

.UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA  
POLO LUCAS DO RIO VERDE– TURMA III

ANGÉLICA THAYANI DE OLIVEIRA

**MORTALIDADE INFANTIL INDÍGENA NO MUNICÍPIO DE BARRA DO GARCAS -  
MT , 2011**

MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO

SÃO PAULO  
2014

ANGÉLICA THAYANI DE OLIVEIRA

**MORTALIDADE INFANTIL INDÍGENA NO MUNICÍPIO DE BARRA DO GARCAS -  
MT , 2011**

Monografia apresentada a Universidade,  
Federal de São Paulo, para a obtenção do  
título de Especialista em Saúde Indígena.  
Orientador (a): Prof<sup>a</sup> Lavínia Santos de  
Souza Oliveira

SÃO PAULO

2014

**“...Quem me dera, ao menos uma  
vez,**

**Como a mais bela tribo, dos mais  
belos índios,**

**Não ser atacado por ser  
inocente....“**

**Legião Urbana - Índios**

## RESUMO

OLIVEIRA, Angélica Thayani de. **Mortalidade Infantil Indígena No Município de Barra Do Garças - Mt , 2011.** Tese de Especialização. Universidade federal de São Paulo, São Paulo, 2014.

A mortalidade infantil é um indicador importante na compreensão das condições de vida da população, pois é afetada principalmente por condições socioeconômicas e acesso a saúde de qualidade. O objetivo deste estudo foi analisar a mortalidade infantil indígena no regional de saúde de Barra do Garças– MT no ano de 2011 através de estudo exploratório descritivo, de enfoque epidemiológico, com utilização de fontes de informação secundárias advindos do DATASUS. Considerou-se a mortalidade infantil por seus componentes e a mortalidade por causas básicas além de condições relacionadas à mãe. Observou-se taxa de mortalidade elevada para a localidade com predominância do componente pós-neonatal cujas causas principais envolvem as afecções originadas no período perinatal já o período neonatal é marcado pelas doenças do aparelho respiratório. Os resultados evidenciam a necessidade de melhorias no atendimento pré-natal, sendo este um critério para a redutibilidade dos óbitos infantis além da necessidade de investimentos na capacitação das equipes de saúde da família e em serviços especializados de referência ao parto por meio de um programa que considere os valores culturais e as peculiaridades que envolvem concepção, gestação e nascimento em uma comunidade indígena.

**Palavras – chave:** Mortalidade ; Xavante ; Indígena.

## **LISTA DE SIGLAS**

CID - Classificação Internacional de Doenças

CGU - Controladoria Geral da União

CMI - Coeficiente de Mortalidade Infantil

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

DIP - Doenças Infecciosas e Parasitárias

DSEI - Distrito Sanitário Especial Indígena

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MN - Mortalidade Neonatal

ONU - Organização das Nações Unidas

SIASI - Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena

SINASC - Sistema Nacional de Nascidos Vivos

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Taxa de mortalidade infantil, Dsei Xavante, 2009 a 2011. ....	9
Tabela 2. Coeficiente de mortalidade infantil indígena, por DSEI, 2003 a 2011. . <b>Erro! Indicador não definido.</b>	
Tabela 3. Taxa de mortalidade infantil por polo-base, Dsei Xavante, janeiro a outubro de 2011: .....	9
Tabela 4. Coeficientes de mortalidade infantil segundo seus componentes. Barra do Garças / MT, 2011.....	10
Tabela 5. Mortalidade infantil segundo sexo. Barra do Garças / MT, 2011.....	10
Tabela 6. Causas de óbitos segundo CID, período Neonatal. Barra do Garças / MT, 2011. ....	11
Tabela 7. Causas de óbitos segundo CID 10, pós-neonatal. Barra do Garças / MT, 2011. ....	11
Tabela 8. Idade das mães segundo faixa etária. Barra do Garças / MT, 2011.....	12
Tabela 9. Escolaridade da mãe segundo anos de escolaridade. Barra do Garças / MT, 2011.....	12
Tabela 10. Óbitos segundo tipo de parto. Barra do Garças / MT, 2011. ....	13
Tabela 11. Óbitos segundo peso ano nascer. Barra do Garças / MT, 2011.....	13
Tabela 12. Óbitos segundo duração da gestação. Barra do Garças / MT, 2011.....	14

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
1.1 DETERMINANTES DA MORTALIDADE INFANTIL ÍNDIGENA.....	3
<b>2. OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS.....</b>	<b>7</b>
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>8</b>
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>9</b>
<b>5. ANÁLISE E CONCLUSÕES.....</b>	<b>15</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>19</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Estudos de morbimortalidade hospitalar constituem importantes ferramentas na compreensão do perfil epidemiológico de grupos populacionais, já que contribuem para a avaliação da gravidade das doenças, para vigilância e controle de agravos, na análise do acesso e utilização dos serviços de saúde, assim como no planejamento em saúde (ALFRADIQUE et al, 2009 apud CARDOSO; COIMBRA JR; TAVARES, 2010).

São ainda muito pouco conhecidas as mais diversas dimensões da dinâmica demográfica - seja natalidade, mortalidade ou migração - dos povos indígenas no Brasil contemporâneo (PAGLIARO; AZEVEDO e SANTOS, 2005).

Neste sentido, Coimbra Jr. & Santos (2000) chamam atenção para as implicações do que denominam uma “danosa invisibilidade demográfica e epidemiológica” dos povos indígenas. O perfil epidemiológico invisível destes “decorre da exigüidade de investigações, da ausência de censos e de outros inquéritos regulares e da precariedade dos sistemas de registro de informações sobre morbidade, mortalidade e cobertura vacinal, dentre outros fatores” (COIMBRA JR; SANTOS, 2000).

Estatísticas vitais, tais como coeficiente de mortalidade infantil, esperança de vida ao nascer e taxas brutas de natalidade e mortalidade são essenciais para monitorar o perfil de saúde/doença e planejar ações de saúde e educação, não são disponíveis para a ampla maioria dos grupos (SANTOS; COIMBRA JR., 2003).

Segundo Brasil 2009, a redução da mortalidade infantil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. Faz parte das Metas do Desenvolvimento do Milênio, compromisso assumido pelos países integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU), do qual o Brasil é signatário, para o combate à pobreza, à fome, às doenças, ao analfabetismo, à degradação do meio ambiente e à discriminação contra a mulher, visando o alcance de patamares mais dignos de vida para a população, uma vez que a mortalidade infantil reflete as condições de vida da sociedade (ONU, 2000).

O complexo quadro de saúde indígena está diretamente relacionado a processos históricos de mudanças sociais, econômicas e ambientais atreladas à expansão de frentes demográficas e econômicas nas diversas regiões do país ao



longo do tempo. (COIMBRA JR; SANTOS, 2001). Tais mudanças interferem nas taxas de natalidade e mortalidade, ocasionando mudanças significativas no modo de vida da população indígena. De acordo com UNICEF, 2013 este quadro ocorre porque:

Esses povos enfrentam dilemas ultrasingulares, como altos índices de suicídio, obstáculos à promoção da identidade e da tradição de suas comunidades, dificuldade de acesso e cobertura à saúde, impasses linguísticos, escassez de meios de sobrevivência, como a caça e a pesca, inadequação de saneamento básico, cooptação por gangues que se organizam ao redor das aldeias, violência dentro das escolas e expansão vertiginosa do alcoolismo e da aids, além de extrema pobreza, que afeta as crianças das aldeias.

Há ainda diferenças substanciais e preocupantes nas taxas de mortalidade infantil entre grupos populacionais: as crianças pobres têm mais do que o dobro de chance de morrer do que as ricas e, a mortalidade infantil entre as crianças negras e indígenas é, respectivamente, cerca de 40% e 138% maior, quando comparadas com as taxas na população de crianças brancas (UNICEF, 2008).

Essas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, em sua maioria, desde que garantido o acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde. Decorrem de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde. As intervenções dirigidas à sua redução dependem, portanto, de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, assim como de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde (BRASIL, 2009).

Esse trabalho visa contribuir para o conhecimento das causas de mortalidade da população indígena do município de Barra do Garças – MT pertencente ao distrito sanitário especial indígena (DSEI) Xavante. O município possui uma população indígena xavante estimada em 3.644 habitantes distribuídos em 38 aldeias, assistidas pelo polo base de São Marcos. Entre os municípios que fazem parte da jurisdição do DSEI Xavante, é o segundo colocado em número de habitantes indígenas, concentrando em seu território 22% da população existente no âmbito desse Distrito (CGU, 2013).

Os indígenas Xavantes povoam a região sudeste do Estado de Mato Grosso, com aldeias distribuídas em territórios de, aproximadamente 12 Municípios. A população estimada, segundo dados do Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena – SIASI, é de 17.419 habitantes, dividida em 238 aldeias (SESAI, 2013). Dentre os indicadores de saúde, o destaque negativo refere-se às taxas de

mortalidade infantil, extremamente elevadas se comparadas com dados de outras etnias (CGU, 2013).

Abaixo, a tabela 1 apresenta série histórica da mortalidade infantil identificada em Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI, no estado do Mato Grosso.

**Tabela 1. Coeficiente de mortalidade infantil indígena, por DSEI, 2003 a 2011.**

DSEI	2003	2005	2007	2009	2010	2011
Xavante	100,46	136,26	81,13	85,97	71,23	71,07
Xingu	49,75	19,23	28,44	-	-	-
Cuiabá	15,87	60,98	44,44	-	-	-

Fonte: CGU, Controladoria Geral da União. Relatório de Demandas Externas, 2013.

Os coeficientes de mortalidade infantil indígena no âmbito do DSEI Xavante, embora tenham apresentado melhora nos últimos anos, continuam extremamente altos, sobretudo quando comparados ao coeficiente brasileiro de mortalidade infantil geral, que atualmente está em torno 15,6 (CGU, 2013).

Espera-se que o trabalho venha a contribuir para uma melhor compreensão dos problemas que resultam em óbito, contribuindo para a melhoria das ações de saúde dada a baixa resolutividade da atenção básica que persiste no cenário atual da saúde indígena no Brasil.

## 1.1 DETERMINANTES DA MORTALIDADE INFANTIL ÍNDIGENA

A saúde é o elemento mais relevante para mensurar os níveis de vida de uma população, porém, paradoxalmente, tais medidas só são possíveis através de dados de “não-saúde”, ou seja, dados de morte ou doença (KERR-PONTES; ROUQUAYROL, 2003 apud GUEDES, 2009).

A mortalidade infantil é um indicador clássico de saúde de uma população, sendo considerado um cálculo determinante da qualidade dos serviços. Tal indicador entre os indígenas no Brasil apresenta atualmente uma tendência de redução, principalmente a partir da implantação do Subsistema de Saúde Indígena

(FERREIRA, 2009). Mas, ainda assim, apresentam valores extremamente altos, principalmente quando comparados à média nacional.

Segundo Roberto (2007) a infância representa, de fato, uma fase particularmente vulnerável da vida, quando os determinantes biológicos do óbito estão fortemente atrelados às condições socioeconômicas e ambientais incluindo: moradia, alimentação, saneamento, higiene, relações familiares e disponibilidade de serviços de saúde. Tais fatores se tornam ainda mais relevantes quando se trata da população indígena visto que esses povos vivem experiências desiguais, quando comparados com a população branca, ao nascer, viver, adoecer e morrer, apesar da crescente melhoria do Índice de Desenvolvimento Humano (UNICEF, 2013).

A mortalidade infantil é mensurada através do coeficiente de mortalidade infantil (CMI) o qual corresponde ao número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado local, no ano considerado. Costuma-se classificar o valor da taxa como alto (50 por mil ou mais), médio (20 a 49) e baixo (menos de 20), esses parâmetros necessitam de revisão periódica, em função de mudanças no perfil epidemiológico (REDE, 2008).

O CMI permite analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade infantil, identificando situações de desigualdade e contribuindo para avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população. Tem seu uso principal na colaboração do planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil.

O coeficiente de mortalidade infantil pode ainda ser dividido em: coeficiente de mortalidade neonatal (óbitos de 0 a 27 dias) e coeficiente de mortalidade pós-neonatal ou infantil tardia (óbitos de 28 dias a 364 dias) em relação ao total de nascidos vivos (por 1000) (SOARES; ANDRADE; CAMPOS, 2001).

Segundo Passos, 2011 de uma maneira geral, quando o coeficiente de mortalidade infantil é considerado alto, há predomínio do componente pós-natal e, quando baixo, o seu principal componente é a mortalidade neonatal, com predominância da mortalidade neonatal precoce.

A mortalidade neonatal (MN) esta relacionada às condições gestacionais, do parto e à integridade física da própria criança. Todavia, a pós-neonatal tem uma associação clara entre as condições de saúde, as condições socioeconômicas e as ambientais (GUEDES, 2009). A MN sofre influência direta das ações de saúde

promovidas a gestantes, as atenções adequadas principalmente no pré-natal parto e ao recém nascido podem reduzir as taxas de mortalidade neonatal.

O pré-natal é importante fator de proteção, pois propicia a prevenção e o tratamento de doenças maternas, promove acompanhamento nutricional adequado à gestante, imunizações e permite o aconselhamento materno e a detecção precoce de fatores que poderão vir a contribuir para o adoecimento e óbito infantil. O Ministério da saúde preconiza o mínimo de 6 consultas pré-natais em diferentes fases da gestação (BRASIL, 2005). De acordo com o I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas (FUNASA, 2010) mulheres não indígenas realizam seis ou mais consultas por gestação enquanto mulheres indígenas somente 4,65 consultas. A baixa cobertura do pré-natal e por consequente baixa qualidade dos serviços de saúde em áreas indígenas refletem diretamente as condições de saúde da mãe e da criança, logo a mortalidade infantil.

Outros fatores podem também contribuir para diminuição dos componentes neonatal e pós-neonatal da mortalidade infantil como: redução das taxas de fecundidade, expansão da atenção básica à saúde, dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, e desenvolvimento de um programa regular de atenção integral à saúde da criança, que proporciona, entre outras ações, a promoção da saúde e a assistência oportuna frente às principais afecções, com destaque às infecções respiratórias (VENTURA et al.2008).

Além destes destaca-se como determinante e condicionante da mortalidade infantil as condições socioeconômicas da mãe, principalmente no que refere a escolaridade e hábitos de vida. Observa-se que 15,1% das indígenas nunca freqüentaram a escola, ao passo que 66,2% delas freqüentaram uma das séries do ensino fundamental regular, e somente 2,1% dos indígenas cursaram algum curso superior ou de pós-graduação. A proporção de mulheres indígenas que nunca freqüentaram a escola apresenta diferenças marcantes entre as macrorregiões, sendo a do Centro-Oeste a mais elevada, superando em 1,3 a 2,8 vezes as proporções de mulheres sem escolaridade no Norte e Nordeste, respectivamente. (FUNASA, 2009).

A educação tem sido a variável chave na obtenção de quedas consistentes na mortalidade infantil, em todos os países, devido à maior percepção, por parte das mulheres mais instruídas, no cuidado com seus filhos, possibilitando um maior acesso aos serviços básicos de saúde (IBGE, 1999).

Em relação a morbidade infantil indígena destacam-se a desnutrição como principal doença nutricional, alta prevalência de doenças infectoparasitárias, destacando-se as doenças diarreicas agudas, altas frequências de doenças do aparelho respiratório, como a IRA, pneumonia, bronquite e asma, como também doenças por causas externas (trauma simples e agressão) (UNICEF, 2013). É relevante destacar que muitas destas causas de mortes infantis são potencialmente evitáveis, sejam elas decorrentes de causas perinatais, de doenças infecciosas e parasitárias (DIP), ou respiratórias (GUEDES, 2009). Este autor atribui a DIP como mais prevalente na faixa etária de 6 a 11 meses de vida, relacionando-se principalmente as condições de saneamento e desmame do aleitamento materno precoce, sendo este ultimo mais presente na vida indígena pela introdução cada vez mais precoce de alimentos industrializados na alimentação familiar.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar a mortalidade infantil no de Barra do Garças - MT, Dsei Xavante, no ano de 2011.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Descrever e analisar os coeficientes de mortalidade infantil (mortalidade neonatal e pós-neonatal) e de mortalidade infantil por causas básicas.
- Descrever e analisar os óbitos em menores de 1 ano, segundo as variáveis relacionadas à mãe e a criança.

### **3. METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de enfoque epidemiológico, com utilização de fontes de informação secundárias.

As principais foram as de dados eletrônicas: Scielo, Bireme, Lilacs, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Departamento de Informática do SUS (DATASUS), Controladoria Geral da União (CGU), consultadas no período de janeiro a junho de 2014 que abrangeram dados produzidos nos últimos 10 anos, além de manuais técnicos e livros de referência.

#### 4. RESULTADOS

Durante o ano de 2011 segundo dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) houveram 166 nascimentos indígenas no município de Barra do Garças – MT, referência para o polo base de São Marcos. Esse mesmo período foi marcado por 15 óbitos de crianças menores de um ano de idade, destes 100% foram investigados. A taxa de mortalidade infantil para o período foi de 90,36, encontrando-se em patamar superior a do Dsei Xavante (71,07) como demonstrado na tabela 1 a qual apresenta os óbitos e respectivas taxas de mortalidade infantil apuradas nos últimos três anos no DSEI - Xavante.

**Tabela 2. Taxa de mortalidade infantil, Dsei xavante, 2009 a 2011.**

<b>Periodo</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Óbitos < 1 ano	57	50	56
Nascidos Vivos	663	702	788
Taxa de Mortalidade	85,97	71,23	71,07

Fonte: CGU, Controladoria Geral da União. Relatório de Demandas Externas, 2013.

Ainda em relação ao DSEI – Xavante, a tabela 3 demonstra a taxa de mortalidade infantil segundo seu polos bases. Informações desta tabela conflitam com a taxa de mortalidade aferida pelos dados do DATASUS (90,36) e SIASI (fonte dos dados da CGU, 77,6) para o município (polo são marcos).

**Tabela 3. Taxa de mortalidade infantil por polo-base, Dsei xavante, janeiro a outubro de 2011:**

<b>Polo – Base</b>	<b>Taxa de mortalidade Infantil</b>
Marãiwatsede	52,6
Água Boa	25,2
Campinápolis	133,3
São Marcos	77,6



Sangradouro	41,7
Paranatinga	0

Fonte: CGU, Controladoria Geral da União. Relatório de Demandas Externas, 2013.

Ao se decompor a mortalidade infantil em coeficiente neonatal e pós-neonatal (tabela 4), nota-se que o componente neonatal contribuiu com maior prevalência, 48,18 por mil nascidos vivos, já o componente componente pós-neonatal apresenta 42,16.

**Tabela 4. Coeficientes de mortalidade infantil segundo seus componentes. Barra do Garças / MT, 2011.**

Componente	Coeficiente	Prevalência
Neoprecoce (0 a 6 dias)	42,16	7
Neotardio (7 a 27 dias)	6,02	1
Pós-neonatal (28 a 364 dias)	42,16	7
<b>Total</b>		<b>15</b>

Fonte: DATASUS, 2011.

Quanto ao sexo (tabela 5) a distribuição é similar, sendo 9 óbitos de sexo masculino e 6 femininos, conforme demonstra a tabela 4 segundo as porcentagens.

**Tabela 5. Mortalidade infantil segundo sexo. Barra do Garças / MT, 2011.**

Sexo	Prevalência	(%)
Feminino	6	40
Masculino	9	60
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Ao destrinchar as causas de óbito segundo os componentes da mortalidade infantil e classificação internacional de doenças (CID) encontramos no período neonatal (tabela 6) a prevalência das afecções originadas do período perinatal (75%).

**Tabela 6. Causas de óbitos segundo CID, período Neonatal. Barra do Garças / MT, 2011.**

<b>Doenças de acordo com o CID 10</b>	<b>Prevalência</b>	<b>%</b>
IV – Doenças endócrinas, nutricionais e Metabólicas	1	12,5
XVI- Afecções Originadas do Período Perinatal	6	75
XVII- Malformações Congênicas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas	1	12,5
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

Fonte: DATASUS, 2011.

Já em relação ao componente pós-neonatal, há prevalência de doenças do aparelho respiratório, responsáveis por 42,84% dos óbitos. Outra causa relevante são as doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários registrando 28,57% dos óbitos, conforme demonstra tabela 7.

**Tabela 7. Causas de óbitos segundo CID 10, pós-neonatal. Barra do Garças / MT, 2011.**

<b>Doenças de acordo com o CID 10</b>	<b>Prevalência</b>	<b>%</b>
III- Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos e alguns Transtornos Imunitários	2	28,57
X- Doenças do Aparelho Respiratório	3	42,85
XVI- Afecções Originadas do Período Perinatal	1	14,29
XVII- Malformações Congênicas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas	1	14,29
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

Fonte: DATASUS, 2011.

Em relação as mães a maioria destas possuía a idade entre 20 a 24 anos (tabela 8).

**Tabela 8. Idade das mães segundo faixa etária. Barra do Garças / MT, 2011.**

<b>Idade</b>	<b>Prevalência</b>	<b>%</b>
15 a 19 anos	3	20
20 a 24 anos	4	26,68
25 a 29 anos	2	13,33
30 a 34 anos	1	6,66
35 a 39 anos	2	13,33
Ignorado	3	20
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Fonte: DATASUS, 2011.

Conforme demonstra a tabela 9, quanto à escolaridade das mães, 26,67% das mães não possuíam algum nível de escolaridade, as demais estudaram de 1 a 3 anos (20%), 4 a 7 anos, 13,33% e somente 6,66% de 8 a 11 anos, as 33,34% restantes não foram classificadas em relação a tal quesito.

**Tabela 9. Escolaridade da mãe segundo anos de escolaridade. Barra do Garças / MT, 2011.**

<b>Anos de escolaridade</b>	<b>Prevalência</b>	<b>%</b>
Nenhuma	4	26,67
1 a 3 anos	3	20
4 a 7 anos	2	13,33
8 a 11 anos	1	6,66
Ignorado	5	33,34
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Fonte: DATASUS, 2011.

Em 46,67% dos óbitos foi realizado parto cesário (tabela 10), em 33,33% Vagina, o restante 20% foram declarados como ignorados.

**Tabela 10. Óbitos segundo tipo de parto. Barra do Garças / MT, 2011.**

<b>Tipo de parto</b>	<b>Prevalência</b>	<b>%</b>
Vaginal	5	33,33
Cesário	7	46,67
Ignorado	3	20
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Fonte: DATASUS, 2011.

Dos óbitos em relação ao peso, 26,68% foram observadas com baixo peso (inferior a 2500g), 33,33% apresentaram peso adequado (2500 a 3999g) e 13,33% apresentam sobrepeso, com 4000g ou mais. Os 26,66% restantes não foram qualificados, pois foram ignorados quanto ao peso conforme demonstra a tabela 11.

**Tabela 11. Óbitos segundo peso ano nascer. Barra do Garças / MT, 2011.**

<b>Peso</b>	<b>Prevalência</b>	<b>%</b>
< 500g	1	6,67
500 a 999g	1	6,67
1000 a 1499 g	1	6,67
1500 a 2499 g	1	6,67
2500 a 2999 g	2	13,33
3000 a 3999 g	3	20
4000g e mais	2	13,33
Ignorado	4	26,66
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Fonte: DATASUS, 2011.

A tabela 12 apresenta óbitos relacionados à duração da gestação, 20,01% dos óbitos foram prematuros e 33,33% foram a termo, salienta-se o item ignorado com prevalência de 46,66%.

**Tabela 12. Óbitos segundo duração da gestação. Barra do Garças / MT, 2011.**

<b>Duração</b>	<b>Prevalência</b>	<b>%</b>
< 22 semanas	1	6,67
28 a 31 semanas	1	6,67
32 a 36 semanas	1	6,67
37 a 41 semanas	5	33,33
Gnorado	7	46,66
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Fonte: DATASUS, 2011.

## 5. ANÁLISE E CONCLUSÕES

Em consenso geral, quando a taxa de mortalidade infantil é muito baixa, ela é quase totalmente representada pela mortalidade neonatal e, quando é muito alta, observa-se exatamente o inverso, a mortalidade pós-neonatal representa, proporcionalmente, quase a totalidade dos óbitos de menores de um ano, no presente estudo houve inversão deste fato devido a prevalência do componente neonatal, contudo o CMI é alto.

Observa-se que Barra do Garças/MT ocupa a segunda posição em relação ao CMI no âmbito do DSEI, quando o critério de análise leva em consideração os pólos que apresentaram as taxas mais elevadas de mortalidade infantil (CGU, 2013).

Os resultados deste estudo apontam para uma realidade condizente com a encontrada em outras regiões do país, coeficiente de mortalidade infantil em declínio e maior percentual de óbitos infantis ocorridos no período neonatal com as afecções originadas no período perinatal como principais causas de morte. As altas proporções de óbitos por afecção perinatais constitui sinal de alerta, pois esses óbitos estão associados à interrupção precoce da gravidez ou a crescimento intra-uterino retardado sinalizando para um deficitário acompanhamento pré-natal (CALDEIRA et al., 2005). Tais afecções são consideradas causas de caráter evitáveis pois ocorrem devido a esta falha na atenção adequada à mulher durante a gestação, no parto e também ao feto e ao bebê.

Já a mortalidade pós-neonatal deve-se fundamentalmente à causas ligadas a doenças do aparelho respiratório, com destaque para insuficiência respiratória e pneumonias como causas principais (CGU, 2013), outro fator importante são as doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários. Para gestores e profissionais de saúde entrevistados pelo estudo da CGU, 2013, essas doenças estão intimamente relacionadas aos hábitos culturais observados entre os povos Xavantes, tais como, preparo de alimentos no interior das moradias, favorecendo a inalação de monóxido de carbono pelas crianças, sobretudo recém-nascido, distribuição desigual dos alimentos entre os integrantes da família, pois além de favorecer a desnutrição infantil afetam o sistema imunológico, debilitando-o além de hábitos de higiene pessoal inadequados ou inexistentes.

Segundo o DSEI Xavante, a principal causa da mortalidade em menores de 1 (um) ano na população geral está relacionada com as doenças do aparelho respiratório(37,5%), seguidas das doenças relacionadas às afecções do período perinatal (21,42%) e doenças endócrinas (12,5%) (CGU, 2013).

De acordo com Brasil, 2009, a mortalidade infantil também está relacionada à educação, ao padrão de renda, ao acesso aos serviços de saúde, saneamento básico e ao grau de informação das mães. Algumas características maternas têm sido tradicionalmente relacionadas à mortalidade neonatal, como a idade materna, estado civil, tabagismo, alcoolismo, uso de drogas, patologias maternas, entre outras (FRANÇA e LANSKY 2008).

Estudos demonstram que o nível de escolaridade dos pais é elemento decisivo para a percepção acerca dos cuidados com a criança, do aleitamento materno, do saneamento do meio, bem como para recorrer aos serviços de saúde em geral (RIBAS et al., 2001). Observa-se grau de escolaridade baixo entre as mães do estudo sendo este um indicador indireto da condição socioeconômica da família e preditor de risco para a mortalidade infantil. A proporção de mulheres indígenas que nunca freqüentaram a escola apresenta diferenças marcantes entre as macrorregiões, sendo a do Centro-Oeste a mais elevada (FUNASA, 2009).

Os extremos de idade da mãe (menos de 19 anos, especialmente abaixo de 15 anos e idade acima de 35 anos) têm sido tradicionalmente relacionados ao maior risco de óbitos infantis por sua associação com a prematuridade e o baixo peso ao nascer (FRANÇA e LANSKY 2008). Além disso, tem-se a preocupação com doenças crônicas como diabetes e hipertensão cada vez mais presentes na saúde indígena de caráter extremamente relevante para a saúde materno-infantil.

Ressalta-se que há entre a população Xavante início prematuro das atividades, com taxas de fecundidades elevadas aos 10-14 anos, atingindo o maior valor aos 20-24 anos, com declínio posterior (SANTOS et al., 2002). Ainda segundo o autor as mulheres xavantes começam a ter filhos em torno do 13-14 anos.

Outra consequência determinada por fatores biológicos, sócio-econômicos e ambientais às quais a mulher está exposta incluem o baixo peso ao nascer e prematuridade. Estudos demonstram que crianças de baixo peso ao nascer são mais vulneráveis às condições ambientais e sociais desfavoráveis, apresentando maior risco de adoecer ou morrer (RIBAS; SGANZERLA; ZORZATTO, 2001)

Segundo Monteiro, 1992 uma das causas que provavelmente concorrem para aumentar a incidência de baixo peso ao nascer é a deficiência no atendimento pré-natal, pois exatamente os grupos populacionais identificados como sujeitos a maior risco de nascimentos de baixo peso são os que apresentam maior proporção de gestantes que não recebem adequada atenção pré-natal. A incidência de baixo peso ao nascer observada (31,57%) evidencia a necessidade imediata de atenção às mães indígenas de qualidade.

Outro dado relevante envolve a não declaração do peso ao óbito, 42,43%. Gastaud et al., 2008 afirma que não se pode deixar de considerar a importância do peso da criança ao nascer, visto que esse fator tem-se mostrado de risco.

A prematuridade é a principal causa de óbito neonatal em todas as regiões do Brasil, seguida pelas infecções, malformações e asfixia/hipóxia (FRANÇA e LANSKY 2008), outro resultado do estudo indica maior probabilidade de sobrevivência com nascidos de parto normal, com peso ao nascer maior que 2.500g, com apgar 5minuto de 8 a 10 e bebês sem anomalias congênitas (FRANÇA e LANSKY 2008).

Fator relevante encontrado no estudo foi a significativa prevalência de itens classificados como ignorado, esse fato se deve principalmente ao despreparo e/ou desinteresse do profissional responsável pelo preenchimento da Declaração de Óbito. A disponibilidade e a qualidade das estatísticas vitais permanecem como fatores que limitam os estudos sobre a mortalidade no Brasil, principalmente quando analisada sob aspectos específicos, como raça/cor (CARDOSO; SANTOS e VENTURA, 2005), além de idade, localidade e aspectos relacionados a mãe. Apesar da crescente cobertura do Sistema de informação de mortalidade – SIM, algumas regiões principalmente no Norte, nordeste e centro-oeste permanecem com ocorrência de sub-registros aumentando a invisibilidade de dados e informações indígenas, comprometendo a análise da TMI.

Souza e Santos (2001) argumentam que os elevados níveis de mortalidade verificados entre os xavante, o que parece ser uma situação difundida em muitos outros grupos indígenas no Brasil, exemplifica a condição de marginalidade sócio-econômica a que estão relegados, cuja uma das facetas se manifesta através das precárias condições de saneamento de suas aldeias e inadequados serviços de saúde.

Em seu relatório de demandas a CGU, 2013 pôde constatar que:



As ações de atenção à saúde indígenas realizadas em Barra do Garças, nos anos de 2010 e 2011, apresentaram baixa efetividade, uma vez que não se mostraram suficientes para reverter o quadro de elevada mortalidade infantil verificado nesse Município. Pode-se inferir que a taxa de mortalidade infantil permaneceu elevada em 2011, devido ao fato de que as ações voltadas para a atenção básica em saúde, desenvolvidas nos últimos anos, sobretudo em 2010 e 2011, não se mostraram eficazes.

Cabe ressaltar que o relatório citado relaciona ainda fatores como: ausência de meios de comunicação com as aldeias; número insuficiente de veículos para atendimento e o transporte de pacientes, falta de saneamento básico nas aldeias, estrutura inadequada e/ou insuficiente dos postos de saúde indígenas, alta rotatividade de profissionais nas EMSI e aspectos culturais dos povos Xavantes como fatores influentes para a baixa efetividade das ações de saúde.

Este estudo reforça, portanto a necessidade da adequada atenção à gestação, ao parto e ao recém-nascido, pois continuam sendo os primeiros critérios para a redutibilidade dos óbitos infantis.

Mathias et al., 2008, afirmam que o número de mortes pode ser controlado mesmo em comunidade que apresentam precárias condições de desenvolvimento sócio-econômico, entretanto depende também das ações de caráter político-institucional, organização dos serviços de saúde, da área social e adoção de ações educativas permanentes. Urge também a realização de investimentos na capacitação das equipes de saúde da família, dos trabalhadores que atuam em serviços especializados de referência ao parto por meio de um programa que considere os valores culturais e as peculiaridades que envolvem concepção, gestação e nascimento em uma comunidade indígena.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFRADIQUE, Maria Elmira; et al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil)**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009.

ARAÚJO, B. F.; BOZETTI, M. C.; TANAKA, A. C. **A. Mortalidade neonatal precoce no município de Caxias do Sul: um estudo de coorte**. *Jornal de Pediatria*, Rio Janeiro, v. 76, p. 200-206, 2000, Apud, GUEDES, Inês Patrícia F. Perfil da mortalidade infantil no município de Chã de Alegria no período de 1996 a 2005. Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual De Vigilância Do Óbito Infantil E Fetal E Do Comitê De Prevenção Do Óbito Infantil E Fetal**. Secretaria de vigilância em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

CALDEIRA, Antônio Prates; FRANCA, Elisabeth; PERPETUO, Ignez Helena Oliva and GOULART, Eugênio Marcos Andrade. **Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis, Belo Horizonte, 1984-1998**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2005.

CARDOSO, Andrey Moreira; COIMBRA JR., Carlos E.A; TAVARES, Felipe Guimarães. **Morbidade hospitalar indígena Guarani no Sul e Sudeste do Brasil**. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2010.

CARDOSO, Andrey Moreira; SANTOS, Ricardo Ventura and COIMBRA JR., Carlos E. A.. **Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação?**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2005.

CGU, Controladoria Geral da União. **Relatório de Demandas Externas**. Disponível em: [http://sistemas.cgu.gov.br/relats/uploads/6053\\_%20DSEI%20Xavante%20-%20RDE%2000212%20000188-2010-81\\_publica%C3%A7%C3%A3o.pdf](http://sistemas.cgu.gov.br/relats/uploads/6053_%20DSEI%20Xavante%20-%20RDE%2000212%20000188-2010-81_publica%C3%A7%C3%A3o.pdf). Brasília: Controladoria Geral da União – CGU, 2013. Acesso em: 13/05/2014.

COIMBRA Jr., C.E.A; SANTOS, Ricardo Ventura. **Saúde, minorias e desigualdade: Algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas**. Ciência & Saúde Coletiva, 2000.

COIMBRA JR, Carlos E.A.; SANTOS, Ricardo Ventura. **Perfil epidemiológico da população indígena no brasileira: Considerações Gerais**. Centro Nacional de Epidemiologia/ CENEPI. Ministério da Saúde, 2001.

FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta and BERTOLOZZI, Maria Rita. **Mortalidade pós-neonatal no território brasileiro: uma revisão da literatura.** *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2012.

FERREIRA, Aline Alves. **Estado nutricional e fatores associados ao crescimento de crianças indígenas Xavante, Mato Grosso.** Rio de Janeiro: s.n., 2009.

FRANÇA, Elisabeth; LANSKY, Sônia. **Mortalidade Infantil Neonatal no Brasil: Situação, Tendências e Perspectivas.** Belo Horizonte: Departamento de Medicina Preventiva e Social/Faculdade de Medicina//UFMG: Informe de Situação e Tendências: Demografia e Saúde, 2008.

FUNASA, Fundação Nacional de Saúde. **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas: Relatório Final (Análise dos dados) nº 7.** Rio de Janeiro: FUNASA, 2009.

FUNASA. **Vigilância em saúde indígena: dados e indicadores selecionados (I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas).** Brasília: FUNASA, 2010.

GASTAUD, Ana Lúcia Gomes da Silva; HONER, Michael Robin and CUNHA, Rivaldo Venancio da. **Mortalidade infantil e evitabilidade em Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2002.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil /IBGE.** Departamento da População e Indicadores Sociais,- Rio de Janeiro : IBGE, 1999.

MATHIAS, Thais Aidar de Freitas; ASSUNCAO, Amanda Nolasco de and SILVA, Gisele Ferreira da. **Óbitos infantis investigados pelo Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil em região do Estado do Paraná.** *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2008.

MC, Scatena Souza; SANTOS, RV. **O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento.** *Cad Saúde Pública* 2007.

ONU. **Declaração do Milênio das Nações Unidas, 2000.** Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_milenio\\_nacoes\\_unidas.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_milenio_nacoes_unidas.pdf), acesso 01/12/2013.

PAGLIARO, H., AZEVEDO, MM; SANTOS, RV. orgs. **Demografia dos povos indígenas no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

PASSOS, Maria Leonice de Lima. **Determinantes da mortalidade infantil com enfoque na evitabilidade.** Fortaleza, 2011.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

RIBAS, Dulce Lopes Barboza; SGANZERLA, Alfredo; ZORZATTO, José Roberto and PHILIPPI, Sonia Tucunduva. **Nutrição e saúde infantil em uma comunidade indígena Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2001.

ROBERTO, Daniela Guimarães Itacaramby. **Perfil da mortalidade infantil em hospital de referência do distrito federal**. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Hospital Regional Da Asa Sul, Brasília, 2007.

SANTOS, R.V.e COIMBRA Jr., C.E.A. **Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil**. In: *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2003.

SANTOS, Ricardo Ventura; FLOWERS, Nancy M.; COIMBRA JR., Carlos E. A. **Epidemias, demografias e organização social: Expansão da fronteira e os xavantes do Brasil central**. Documento de Trabalho no. 6. Universidade Federal de Rondônia. Escola Nacional de Saúde Pública. Centro de Estudos em Saúde do índio de Rondônia. Departamento de Endemias S. Pessoa. Porto Velho: outubro de 2002.

SESAI, Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Dados gerais do Dsei Xavante, referentes a 2013**. Ministério da Saúde – MS: 2013. Disponível em : <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/25/Dsei-Xavante.pdf> . Acesso em 20/04/2014.

SOARES, Darli Antônio; ANDRADE, Selma Maffei de. CAMPOS, João José Batista de. **Epidemiologia e Indicadores de Saúde**. In: SOARES, Darli Antônio; ANDRADE, Selma Maffei de; JUNIOR, Luiz Cordon, (Orgs). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001. pg. 183 a 210.

SOUZA, Luciene Guimarães de and SANTOS, Ricardo Ventura. **Perfil demográfico da população indígena Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso (1993-1997), Brasil**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2001.

UNICEF, Brasil. **BEMFAM, UNICEF E SESAÍ juntos para diminuir a mortalidade infantil indígena**. Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/pt/media\\_25245.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/media_25245.htm). Acesso em 14/05/2014. Belém, 2013.

UNICEF, 2008. **Situação Mundial da Infância**. Caderno Brasil. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/cadernobrasil2008.pdf> Acesso em 01/12/2013.

VENTURA, R. N. et al. **Condições de vida e mortalidade infantil no município do Embu,** São Paulo. Revista Paulista Pediatria, São Paulo, v. 26, n. 3, p.251- 257, 2008.