



ARTIGO ORIGINAL

MORTALIDADE DE INDÍGENAS MENORES DE UM ANO NO PARANÁ – 2010 A 2020

Mortality of indigenous people under one year of age in Paraná – 2010 to 2020

Mortalidad de indígenas menores de un año en Paraná – 2010 a 2020

Gislaine Maria Brasão Da Silva¹ Bruna Tais Zac¹ Tatiele Estefâni Schonholzer¹ Jéssica Cristina Ruths¹

¹ Universidade Federal do Paraná

Autor correspondente: Jéssica Cristina Ruths - ruthsjessica@gmail.com

RESUMO

Objetivo: identificar o perfil de mortalidade de crianças indígenas menores de um ano, residentes no Paraná entre 2010 e 2022. **Método:** pesquisa descritiva, quantitativa realizada por meio dos dados do Sistema de Informação de Mortalidade, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Resultados:** as principais causas de mortalidade foram afecções originadas no período perinatal 40,77%, doenças do aparelho respiratório 15,38% e malformações congênitas 16,96%. Houve prevalência de óbitos no sexo masculino 54,62%, no período pós-neonatal 48,46%, nascidas de parto vaginal 57,69%, entre 37 e 41 semanas de gestação 31,54% e com 3.000 a 3.999 kg, 25,38%. **Conclusão:** entre as características distintivas, destaca-se a vulnerabilidade enfrentada por essa população por meio de óbitos entre crianças de baixo peso e prematuras, no período pós-neonatal, especialmente em casos associados a mães adolescentes. Assim, torna-se imperativo implementar ações específicas de políticas de saúde direcionadas aos indígenas, visando mitigar essas disparidades.

Palavras-chave: Mortalidade indígena; Mortalidade infantil; Povos indígenas; Saúde de Populações Indígenas.

ABSTRACT

Objective: to identify the mortality profile of indigenous children under 1 year old, residing in Paraná between 2010 and 2022. **Method:** quantitative research carried out with data from the Mortality Information System, from the Information Technology Department of the Unified Health System. **Results:** the main causes of mortality were conditions originating in the perinatal period 40.77%, diseases of the respiratory system 15.38% and congenital malformations 16.96%. There was a prevalence of deaths in males 54.62%, in the post-neonatal period 48.46%, in those born by vaginal birth 57.69%, between 37 and 41 weeks of gestation 31.54% and with 3,000 to 3,999 kg, 25.38%. **Conclusion:** the vulnerability faced by this population stands out through deaths among low birth weight and premature children, in the post-neonatal period, especially in cases associated with teenage mothers. Therefore, it is imperative to implement specific health policy actions aimed at indigenous peoples, aiming to mitigate these disparities.

Keywords: Indigenous Mortality; Infant Mortality; Indigenous Peoples; Health of Indigenous Peoples.

RESUMEN

Objetivo: identificar el perfil de mortalidad de niños indígenas menores de 1 año, residentes en Paraná entre 2010 y 2022. **Método:** investigación cuantitativa realizada con datos del Sistema de Información de Mortalidad, del Departamento de Tecnologías de la Información del Sistema Único de Salud. **Resultados:** las principales causas de mortalidad fueron las enfermedades originadas en el período perinatal 40,77%, enfermedades del sistema respiratorio 15,38% y malformaciones congénitas 16,96%. Hubo prevalencia en el sexo masculino 54,62%, en el pos neonatal 48,46%, en los nacidos por parto vaginal 57,69%, entre 37 y 41 semanas de gestación 31,54% y con 3.000 a 3.999 kg, 25,38%. **Conclusión:** destaca la vulnerabilidad que enfrenta esta población, especialmente en los casos asociados a madres adolescentes. Por lo tanto, es imperativo implementar acciones políticas específicas dirigidas a los pueblos indígenas, con el objetivo de mitigar estas disparidades.

Palabras Clave: Mortalidad Indígena; Mortalidad Infantil; Pueblos Indígenas; Salud de Poblaciones Indígenas.

INTRODUÇÃO

No ano de 2023, o número de indígenas residentes no Brasil era de 1.693.535, o que representava 0,83% da população total do país. Pertencentes a 305 povos diferentes, falam 274 idiomas distintos, essa população está distribuída em 5.366 aldeias, presentes em todas as Unidades Federativas do país.^{1,2}

O Paraná tem a 14ª maior população indígena do País e a segunda maior da região Sul. Em 2023 havia 13.887 indígenas morando em terras de demarcação no Paraná, com destaques para o Rio das Cobras, na região Centro-Sul do Estado, a maior terra indígena paranaense e a 50ª maior do País, com 3.102 indígenas. A segunda maior é a Terra de Mangueirinha, no Sudoeste, com 1.994 residentes. Na sequência está Ivaí, onde moram 1.886 indígenas, Apucarana 1.636, e Palmas, com 725.^{1,2} Das quatro etnias indígenas existentes no Paraná, a Guarani e a Kaingang estão presentes nessas localidades.²

Quando se discute a situação da vida dos povos indígenas no Brasil, a saúde precisa ser analisada em relação ao contexto cultural, socioeconômico e político para um maior entendimento.^{3,4} Desse modo, a sua marginalidade em relação aos demais segmentos da sociedade gera reflexos diretos na condição de saúde e no acesso aos serviços de saúde.³⁻⁵ Neste contexto, destacam-se análises sobre a mortalidade infantil, que é um dos principais indicadores de avaliação da qualidade de vida de uma população, incluso nos objetivos de desenvolvimento sustentável, os quais fomentam diversas ações para redução dos óbitos em menores de um ano.⁶

Nacionalmente o país tem reduzido substancialmente a mortalidade infantil, passando de 29,7 mortos a cada 1.000 nascidos vivos em 2000, para 13,8/1.000 em 2015. Porém é importante a diferença quando se comparam as taxas de crianças indígenas e não indígenas.⁷ Em 2010 morreram 23,0 crianças a cada 1.000 nascidos vivos entre indígenas do Brasil, já quanto aos não indígenas a taxa foi de 15,6/1000.⁸

Além das iniquidades de indicadores e acesso a saúde, a população indígena enfrenta ampla desigualdade social, potencializada pelas péssimas condições de saneamento básico, falta de acesso a alimentação adequada e serviços de saúde.³ É necessário fomento do estabelecimento de políticas públicas específicas, capazes de mitigarem os entraves e atrasos inerentemente experienciados por essa parcela da população.

Para a melhoria destas ações e estratégias, são necessárias análises de qualidade sobre a morbimortalidade indígena, a fim de se conhecer as adversidades enfrentadas e refletir sobre os impactos das políticas preconizadas pelo Sistema Único de Saúde na qualidade da saúde desta população.⁹ Assim, objetivou-se identificar o perfil de mortalidade de crianças indígenas menores de um ano, residentes no Paraná entre 2010 e 2022.

MÉTODO

Estudo quantitativo, transversal, retrospectivo e descritivo, com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, referente aos óbitos de menores de um ano indígenas no Paraná, nos anos 2010 a 2022.

Os dados foram coletados em janeiro de 2024. Para isso, foi acessado o portal do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).¹⁰ Nos campos disponíveis, foram selecionadas as variáveis capítulo da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), sexo, cor/raça (indígena), idade materna, escolaridade materna, duração da gestação, tipo de parto e peso ao nascer. Destaca-se que, nesse contexto, o DATASUS não fornece os dados das etnias relacionadas à população indígena, que, no território paranaense, podem ser Guarani, Kaingang, Xokleng ou Xetá.²

Foram incluídos óbitos de crianças indígenas, menores de 1 ano, residentes no Paraná, entre os anos de 2010 e 2022. Foram excluídos indivíduos brancos, amarelos, pretos e pardos,

maiores de 1 ano, residentes de outros estados e que tenham ocorrido fora do período da pesquisa.

Os dados foram coletados e organizados em planilhas do Microsoft Excel®. As análises de estatística descritiva foram realizadas no mesmo software. Todas as informações utilizadas nesta pesquisa foram coletadas exclusivamente em banco de dados de acesso público, assim, foi dispensada a submissão para apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, em consonância com a resolução número 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

No Paraná, entre 2010 e 2022, foram a óbito 130 crianças indígenas menores de um ano. A faixa etária prevalente foi a pós-neonatal, ou seja, entre 28 e 364 dias de idade, com 48,46% dos óbitos. O sexo masculino deteve 54,62% das mortes. Houve prevalência de 25,38% de óbitos no peso entre 3.000g a 3.999g. Referente a duração da gestação, foram termas, entre 37 e 41 semanas, para 34,54% das crianças. Entre os 130 óbitos houve investigação em 91,54% dos casos, ação assistencial relevante para determinação das causas e elaboração de ações para redução das causas evitáveis (Tabela 1).

Tabela 1 – Óbitos de indígenas menores de 1 ano no Paraná, segundo faixa etária, tipo de parto, duração da gestação, peso ao nascer, sexo e investigação do óbito, entre 2010 – 2022.

Faixa Etária		
	n	%
28 a 364 dias	63	48,46
0 a 6 dias	53	40,77
7 a 27 dias	14	10,77
Total	130	100
Sexo		
	n	%
Masculino	71	54,62
Feminino	59	45,38
Total	130	100
Peso ao nascer		
	n	%
3000 a 3999 g	33	25,38
1500 a 2499 g	25	19,23
500 a 999g	25	19,23
2500 a 2999 g	18	13,85
1000 a 1499 g	16	12,31
Ignorado	13	10,00
Total	130	100
Duração da Gestação		
	n	%
37 a 41 semanas	41	31,54
32 a 36 semanas	22	16,92
Ignorado	22	16,92
28 a 31 semanas	21	16,15
22 a 27 semanas	20	15,38
Menos de 22 semanas	2	1,54
42 semanas e mais	2	1,54
Total	130	100
Investigação do óbito		
	n	%
Óbito investigado, com ficha síntese informada	119	91,54
Óbito não investigado	11	8,46
Total	130	100

Fonte: Autores, 2024.

Quanto às informações relativas às mães, observa-se na tabela 2 que a via de parto das mulheres indígenas foram predominantemente a vaginal 57,69%, enquanto 24,62% dos óbitos foram de bebês de mães com maior escolaridade, entre 8 e 11 anos de estudo. No quesito idade, 31,54 % tinham entre 15 e 19 anos.

Tabela 2 – Informações sociodemográficas das mães de indígenas menores de 1 ano que foram a óbitos no Paraná, entre 2010 – 2022.

Tipo de parto		
	n	%
Vaginal	75	57,69
Cesário	44	33,85
Ignorado	11	8,46
Total	130	100
Escolaridade		
	n	%
4 a 7 anos	41	31,54
8 a 11 anos	32	24,62
1 a 3 anos	23	17,69
Ignorado	18	13,85
Nenhuma	16	12,31
Total	130	100
Idade da mãe		
	n	%
15 a 19 anos	41	31,54
30 a 34 anos	27	20,77
20 a 24 anos	24	18,46
25 a 29 anos	12	9,23
10 a 14 anos	11	8,46
Idade ignorada	9	6,92
35 a 39 anos	6	4,62
Total	130	100

Fonte: Autores, 2024.

O grupo de causas de maior mortalidade foi composto por afecções originadas no período perinatal, que apresentaram 40,77% dos óbitos, seguido das malformações congênicas 16,92% e doenças do aparelho respiratório 15,38%, que juntas representam 73,07% das causas de morte (Tabela 3).

Tabela 3 – Causas de óbitos em indígenas menores de 1 ano no Paraná, segundo o capítulo do CID 2010 – 2022.

Causas de óbito		
	n	%
Cap XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal	53	40,77
Cap XVII - Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas	22	16,92
Cap X - Doenças do aparelho respiratório	20	15,38
Cap I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	9	6,92
Cap XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade	8	6,15
Cap XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	7	5,38
Cap IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	5	3,85
Cap III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	2	1,54
Cap VI - Doenças do sistema nervoso	2	1,54
Cap IX - Doenças do aparelho circulatório	1	0,77
Cap XIV - Doenças do aparelho geniturinário	1	0,77
Total	130	100

Fonte: Autores, 2024.

DISCUSSÃO

Considerada um evento evitável, a mortalidade em menores de um ano deve ser analisada de forma proximal por meio dos períodos de vida da criança, subdividindo-se em: óbitos ocorridos durante os períodos neonatal precoce (0 a 6 dias), neonatal tardio (7 a 27 dias) e pós-neonatal (28 e 364 dias).¹¹

Neste estudo houve prevalência de óbitos de indígenas no período pós-neonatal e neonatal precoce. Conforme Hug *et al.*⁹ a sobrevivência de recém-nascidos apresentou melhoria significativa entre 1990 e 2017, evidenciada por redução de 51% na taxa de mortalidade neonatal e diminuição no número anual de mortes de 5 milhões para 2,5 milhões.

Estas melhorias, principalmente a pós-neonatal, podem estar relacionadas as políticas públicas que ampliem o acesso aos serviços de saúde materna e infantil, melhoria no desenvolvimento econômico e social local,¹⁰ além da implementação progressiva de serviços de saúde brasileiros demonstrando aperfeiçoamento da saúde materno-infantil.⁵

Entretanto, existe uma lacuna de estudos envolvendo a participação de populações específicas nestes indicadores, principalmente de indígenas. Evidências indicam condições de vida desfavoráveis nas aldeias, com precária assistência pré-natal e durante o trabalho de parto,^{12,13} além disso, o difícil acesso aos cuidados em saúde pela população indígena, o que dificulta as intervenções em tempo oportuno,¹⁴ podendo afetar taxas de mortalidade.

Em 2010, a taxa de mortalidade infantil geral brasileira foi de 15,6 óbitos/1.000 nascidos vivos.⁸ Para os indígenas, entre 2000 e 2012, registrou-se taxa média de 116,5/1.000 no distrito sanitário especial indígena Yanomami, 94,7/1000 no Xavante e 37,9/1000 no Médio Rio Tapajós.¹⁵ Apesar de diversas e de estarem mais elevadas na região Norte do país, as taxas para indígenas se apresentam inequivocamente mais elevadas que dos demais segmentos populacionais nacionais.¹⁶⁻¹⁸

Apesar de não realizar o cálculo da taxa de mortalidade, este estudo contribui fazendo um alerta para o número bruto de mortes de indígenas menores de um ano no Paraná, entre 2010 e 2022, chamando a atenção para os óbitos que aconteceram no período pós-neonatal e neonatal precoce. Este contexto aponta para a necessidade de melhoria no acesso e qualidade da assistência ao pré-natal, assistência integral no parto e pós-parto, além da longitudinalidade resolutiva da puericultura.^{11,19}

Em relação ao perfil social, os achados desta pesquisa mostram predominância de óbitos em crianças do sexo masculino. Lima *et al.*¹¹ identificaram no Pará, maior risco de morte entre nascidos vivos indígenas do sexo masculino, quais podem estar relacionados a maior ocorrência de anomalias congênitas, maior necessidade de ventilação auxiliar; baixo índice de apgar e, síndrome do desconforto respiratório nos meninos, quando comparados às meninas.²⁰

Apesar de maior prevalência de óbitos em crianças com mais de três quilogramas, se somadas os demais, observa-se que 50,77% dos óbitos ocorreram entre 500g e 2500kg, caracterizando maioria com baixo peso ao nascer. O peso ao nascer é crucial para o desenvolvimento após o nascimento e tem um impacto direto no crescimento físico das crianças.²¹ O baixo peso ao nascer é considerado um fator de risco significativo para o retardo no crescimento infantil, aumentando a suscetibilidade das crianças a problemas de saúde.²⁰ Anderson *et al.*²¹ compararam os indicadores socioeconômicos e de saúde de 28 povos indígenas em 23 países com os respectivos indicadores de políticas de referência não indígenas e demonstraram uma desvantagem sistemática para os povos indígenas, incluindo a prevalência do baixo peso ao nascer.

No que se refere a idade gestacional, apesar da maior parte dos bebês terem nascidos a termo, quando somados os que nasceram com menos de 36 semanas, a representação neste estudo, sobe para 49,99% do total dos óbitos. Barreto *et al.*²² identificaram a prevalência de 15,6% de prematuridade nas populações Guarani do Brasil e destacam que essa foi superior às

taxas correspondentes na população brasileira não indígena 11,5%,²³ bem como os povos indígenas de outras regiões do mundo 10,8%.²¹ Ressalta-se que a prematuridade é mais frequentemente associada a condições obstétricas como descolamento prematuro de placenta, infecções, condições socioeconômicas, gravidez na adolescência, baixa escolaridade materna e assistência pré-natal inadequada.²²

No que se refere a alta porcentagem de mães adolescentes, um estudo aponta que mulheres pertencentes às comunidades indígenas geralmente começam a ter filhos em idades jovens e apresentam alta taxa de fecundidade, muitas vezes excedendo quatro filhos por mulher.²³ O estudo destaca a extrema importância do acompanhamento pré-natal não somente para garantir a saúde da mãe durante a gestação, mas também para promover o bem-estar do bebê ao nascer e o seu desenvolvimento.

Seguindo os aspectos etnográficos das populações indígenas, o conceito de saúde-doença é uma construção histórica e sociocultural, assim como o fenômeno da gravidez da adolescência,¹³ o que podem impactar na incompreensão das diferenças interculturais e culpabilização da idade de forma descontextualizada. Em função dessa população ser mais vulnerável aos agravos à saúde, incluindo àqueles relacionados à gestação e ao puerpério, é preciso superar os fatores que tornam essa população mais exposta, e para tanto, é indispensável programas e políticas públicas que tenham ações específicas voltadas para essa população quanto ao tema.¹³

Identificou-se como principal causa dos óbitos as afecções originadas no período perinatal. Entre as afecções desse grupo, destaca-se os fatores maternos e por complicações da gravidez, transtornos relacionados a duração da gestação e crescimento fetal, transtornos respiratórios e cardiovasculares e por outras afecções do período perinatal.

Campos *et al.*²⁰ também encontraram esse grupo de causa como o mais prevalente, contudo, no estudo realizado em oito unidades federativas do Brasil, dentro dele as causas mais comuns foi a síndrome da angústia respiratória do recém-nascido 8,9%; imaturidade extrema quando o neonato apresenta menos de 28 semanas de idade gestacional 5,2%; e, muito baixo peso ao nascer, menos de 1.000g, com 5,2%.

A literatura indica que as principais causas de mortalidade indígena são a pneumonia, além da gastroenterite de origem infecciosa, pneumonia, septicemia, morte sem assistência, desnutrição proteico-calórica grave não especificada, entre outras mal definidas e não especificadas.^{16,20,24,25} Estas causas apontam para as baixas condições sanitárias e socioeconômicas da população indígena, indicando a importância de atenção à saúde intersetorial para amenizar as causas evitáveis de óbitos.³

Além disso, principais causas registradas expressam baixa qualidade de puericultura e assistência pré-natal aos indígenas, o que pode estar relacionado a dificuldades de acesso aos serviços e baixa efetividade,³ devido à distância dos pontos de assistência e diferenças culturais, por parte dos profissionais, com indicação de práticas que não são compreendidas ou aceitas pela população indígena.^{4,13,11}

Nesse sentido, para uma compreensão dos modos de vida, das culturas e das profundas dificuldades que os indígenas, enfatizam-se os diálogos interculturais, numa perspectiva de troca intercultural, que promova o autocuidado e a articulação dos saberes nas políticas públicas em saúde.⁴

Os aspectos que podem auxiliar na promoção da saúde intercultural, a fim de mitigar as elevadas taxas de óbito entre a população indígena, incluem-se o aumento do engajamento dessa população em atividades de promoção de saúde, valorizando sua cultura e conhecimentos.²⁶ Ainda, enfatiza-se a compreensão ampliada dos determinantes e condicionantes do processo saúde doença dessa população nos momentos de educação em saúde,²⁷ bem como as ações baseadas em evidências, projetadas especificamente para a população indígena.^{28,29}

Destaca-se que no SUS há estratégias para abranger o acesso dessa população. A Secretaria de Saúde Indígena, do Ministério da Saúde, dá preferência a contratação de profissionais indígenas para realizarem o atendimento, porém o progresso é lento, ações afirmativas como cotas raciais começaram a fazer efeito recentemente. Além disso, o retorno à aldeia tarda anos, pois as características culturais, de linguagem e econômicas dificultam a permanência nos cursos de ensino superior.⁴

Este estudo possui como limitação a baixa a qualidade do preenchimento das Declarações de Óbitos no quesito raça e causas básicas do óbito, com alta incidência de morte por causas mal definidas, ou neste caso, as classificações de afeções gerais do período pós-neonatal. Isso pode estar relacionado a diversidade, a alta rotatividade, o desconhecimento da importância do preenchimento correto e a falta de treinamento e de capacitação permanente dos profissionais que trabalham na área.²⁶

Nesse sentido, no atendimento prestado pelos profissionais de saúde que acompanham o pré-natal e o puerpério de mulheres indígenas, destaca-se a compreensão e o respeito frente as diferenças culturais existentes, que podem reduzir barreiras no atendimento,^{4,29} e desse modo impactar nas altas taxas de complicações e óbitos infantis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os óbitos infantis indígenas mostraram-se elevados, demandando políticas públicas mais efetivas, desde o acompanhamento pré-natal, até os cuidados de puericultura. Também, é um desafio para a equipe de saúde agregar os saberes biomédicos à prática nativa da cultura indígena que permeia o nascer, a relação mãe-filho e os primeiros cuidados com o recém-nascidos.

Apesar das limitações, este estudo apresentou o panorama do perfil de mortalidade de crianças indígenas no Paraná, indicando vulnerabilidades enfrentadas por essa população, devido aos óbitos entre crianças de baixo peso e prematuras, no período pós-neonatal, especialmente em casos associados a mães adolescentes. Estes podem colaborar com dados para que os gestores de políticas públicas possam elaborar ações que superem iniquidades de acesso e uso dos serviços de saúde pela população indígena.

Ainda, enfatiza-se a importância do fortalecimento das políticas de ações afirmativas, pois a presença dos e das indígenas pode colaborar para uma compreensão das dificuldades e melhorias futuras à assistência dessa população, bem como pesquisas futuras e análises específicas sobre as principais causas de morte identificadas, analisando o perfil étnico e regional.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2024. Resultados gerais da amostra. Brasília [Internet]. IBGE; 2024 [Acesso em 05 jan 2024]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2022/universo-caracteristicas-dos-domicilios>
2. Terras Indígenas. Terras Indígenas no Brasil – ISA Brasília [internet]. Brasil, 2024 [Acesso em 21 fev 2024]. Disponível em: <https://terrasindigenas.org.br/>
3. Corrêa PKV, Lobato RV, Santos FV dos, et al. Indigenous infant mortality: evidence about the theme. *Cogitare Enfermagem*. 2020; 25(0). doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.70215>
4. Alves FTA, Prates EJS, Carneiro LHP, et al. Proportional mortality in Brazil's indigenous

population in the years 2000, 2010, and 2018. *Saúde em Debate* [Internet]. 2021; 45(1):691–706. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113010>

5. Adamski K, Silva TG da, Pereira PP da S, et al. Mortalidade infantil por causas evitáveis em macrorregião de saúde: série temporal 2007 a 2020. *REAS* 2022; 15(8):e10545. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e10545.2022>

6. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. 2016. [Acesso em 31 out 2024]. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>

7. Sanders LS de C, Pinto FJM, Medeiros CRB de, Sampaio RMM, Viana RAA, Lima KJ. Mortalidade infantil: análise de fatores associados em uma capital do Nordeste brasileiro. *Cad saúde colet* 2017; 25(1):83–9. doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201700010284>

8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010. Resultados gerais da amostra. Brasília [Internet]: IBGE; 2024 [Acesso em 05 jan 2024]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2022/universo-caracteristicas-dos-domicilios>

9. Hug L, Alexander M, You D, et al. National, regional, and global levels and trends in neonatal mortality between 1990 and 2017, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis. *The Lancet Global Health*. 2019. 2024 Jun.; 6:710–e720. Disponível em: <https://data.unicef.org/resources/neonatal-mortality-between-1990-and-2017-systematic-analysis/>

10. Brasil. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de Informação de Mortalidade. Brasília [Internet]: DATASUS; 2024. [Acesso em 12 maio 2024]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>

11. Lima MLA, Rêgo LM, Corrêa PKV, Trindade L de NM, Rodrigues ILA, Nogueira LMV. Infant mortality among indigenous people in the state of Pará. *Rev. Eletr. Enferm.* 2020; 22:61719. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/61719>

12. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, et al. Birth in Brazil survey: neonatal mortality, pregnancy and childbirth quality of care. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30:S192–207. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133213>

13. Lima CMDA, Alcântara KD, Sógliã AMD, et al. Iniciação sexual, gestação, parto e puerpério em comunidades indígenas do Brasil: uma breve revisão integrativa. *Rev. Saúde Pública Mato Grosso do Sul*. 2018; 86:101. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1141388>

14. Alkema L, Chao F, You D, et al. National, regional, and global sex ratios of infant, child, and under-5 mortality and identification of countries with outlying ratios: a systematic assessment. *Lancet Glob Health*. 2014; 2:e521–30. doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70280-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70280-3)

15. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS. Ministério da Saúde, Brasília [Internet]: Ministério da Saúde, 2019 [acesso em 04 maio de 2024]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-40418>
16. Marinho GL, Borges GM, Paz EPA, et al. Mortalidade infantil de indígenas e não indígenas nas microrregiões do Brasil. Rev. Bras. Enferm. 2019; 72(1). doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0646>
17. Braga CMR, Nogueira LMV, Trindade L de NM, Rodrigues ILA, André SR, Silva IFS da, et al. Suicide in indigenous and non-indigenous population: a contribution to health management. Rev. Bras. Enferm. 2020; 73:e20200186. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0186>
18. Caldas ADR, Santos RV, Borges GM, et al. Mortalidade infantil segundo cor ou raça com base no Censo Demográfico de 2010 e nos sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil. Cad Saúde Pública. 2017; 33(7):e00046516. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00046516>
19. Bonatti AF, Silva AMC da, Muraro AP. Mortalidade infantil em Mato Grosso, Brasil: tendência entre 2007 e 2016 e causas de morte. Ciênc saúde coletiva. 2020; 25(7):2821–30. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.28562018>
20. Campos MB de, Borges GM, Queiroz BL, Santos RV. Diferenciais de mortalidade entre indígenas e não indígenas no Brasil com base no Censo Demográfico de 2010. Cad. Saúde Pública. 2017; 33(5):e00015017. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00015017>
21. Anderson I, Robson B, Connolly M, Al-Yaman F, Bjertness E, King A, et al. Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet–Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. Lancet 2016; 388:131–157. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00345-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00345-7)
22. 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 2020; 20;748. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03396-8>
23. Shah, P. S., Zao, J., Al-Wassia, H., Shah, V. Pregnancy and neonatal outcomes of aboriginal women: a systematic review and meta-analysis. Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health. 2011; 21(1):28–39. doi: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2010.08.005>
24. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. Reprod Health. 2016; 13(Suppl 3):127. doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0230-0>
25. Mitrou F, Cooke M, Lawrence D et al. Gaps in Indigenous disadvantage are not eliminated: a census cohort study of social determinants of health in Australia, Canada and New Zealand 1981-2006. BMC Saúde Pública. 2014; 14:201. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-201>

26. Oosman S, Nisbet C, Smith L, Abonyi S. Health promotion interventions supporting Indigenous healthy ageing: a scoping review. *Int J Circumpolar Health*. 2021; 80(1):1950391. doi: <https://doi.org/10.1080/22423982.2021.1950391>
27. Reweti A, Severinsen C. Waka ama: An exemplar of indigenous health promotion in Aotearoa New Zealand. *Health Promot J Austr*. 2022; 33 Suppl 1(Suppl 1):246-254. doi: <https://doi.org/10.1002/hpja.632>
28. Varcoe C, Ford-Gilboe M, Browne AJ, Perrin N, Bungay V, McKenzie H, Smye V, Price Elder R, Inyallie J, Khan K, Dion Stout M. The Efficacy of a Health Promotion Intervention for Indigenous Women: Reclaiming Our Spirits. *J Interpers Violence*. 2021; 36(13-14):NP7086-NP7116. doi: <https://doi.org/10.1177/0886260518820818>
29. Smylie J, Kirst M, McShane K, Firestone M, Wolfe S, O'Campo P. Understanding the role of Indigenous community participation in Indigenous prenatal and infant-toddler health promotion programs in Canada: A realist review. *Soc Sci Med*. 2016; 150:128-43. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.019>
30. Bezerra R, Souza B, Araujo S, Sá E. Incompleteness of death records due to aplastic anemia in the mortality information system, Brazil, 2000 to 2020. *Hematology, Transfusion and Cell Therapy*. 2022; 44:S58. doi: <https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.096>

Recebido em: 21/05/2024.
Aceito em: 28/02/2025.