

## O modelo biomédico e as práticas de autoatenção das morbidades maternas na gravidez, parto e puerpério na saúde indígena *Maxakali*

The biomedical model and self-care practices of maternal morbidities in pregnancy, child, and puerperia in *Maxakali* indigenous health

El modelo biomédico y las prácticas de autocuidado de las morbilidades materna en el embarazo, parto y puerperia en salud indígena *Maxakali*

Recebido: 23/08/2022 | Revisado: 06/09/2022 | Aceito: 11/09/2022 | Publicado: 19/09/2022

### **Fredson Guilherme Gomes**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6463-8204>  
Universidade Vale do Rio Doce, Brasil  
Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil  
E-mail: fredson.gomes@univale.br

### **Aline Raquel Monteiro**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4269-6723>  
Secretaria Especial de Saúde Indígena, Brasil  
E-mail: alineraquel.monteiro@saude.gov.br

### **Dilceu Silveira Tolentino Júnior**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2435-7576>  
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Brasil  
E-mail: dilceujunior@bol.com.br

### **Messias Carlos Portes Neto**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5986-5370>  
Universidade Vale do Rio Doce, Brasil  
E-mail: mesiascpn@hotmail.com

### **Wener Corrêa de Oliveira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0398-5709>  
Universidade Vale do Rio Doce, Brasil  
E-mail: wener1999@hotmail.com

### **Leonardo Oliveira Leão e Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7482-7471>  
Universidade Vale do Rio Doce, Brasil  
E-mail: leonardo.silva@univale.br

### **Roberto Carlos de Oliveira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2407-8905>  
Universidade Vale do Rio Doce, Brasil  
E-mail: robertocarlosde@gmail.com

### **Resumo**

Objetivou-se analisar a associação das morbidades maternas nos períodos da gravidez, parto e puerpério entre mulheres *Maxakali*, nos municípios de Bertópolis e Santa Helena de Minas, considerando o local do parto (domiciliar x hospitalar) no período de 2004 a 2013. Estudo transversal, retrospectivo e quantitativo com dados não-nominais, provenientes do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena). As taxas de partos domiciliares e hospitalares de 224 gestantes, que cursaram 719 gravidezes foram de 63% e 24,3%, respectivamente. Das 284 morbidades identificadas, 68% ocorreram no período da gravidez, 12,7% no parto e 19,4% no puerpério. Na gravidez, foi observada uma ocorrência de morbidade materna 2,5 vezes maior para os partos que ocorreram na aldeia, quando comparado com os partos que ocorreram no hospital (OR: 2,54 - IC: 1,52 - 2,66). Para o parto, a ocorrência de morbidades maternas foi observada com menor frequência nos partos domiciliares (OR: 0,19 - IC: 0,1 - 0,47), tendo ocorrido 81% menos complicações de morbidades para este grupo. Esse fato se deve não apenas ao local do parto, mas uma somatória de fatores como pré-natal; articulação entre os dois sistemas; realização de exames durante a gravidez dentre outros. A chance de desenvolver uma morbidade puerperal foi 2,1 vezes maior no grupo de gestantes cujo parto tenha sido em ambiente domiciliar quando comparado ao parto hospitalar (OR: 2,1 - IC: 1,14 - 3,58). O parto hospitalar mostrou-se fator protetor para complicações maternas no puerpério. Espera-se que este trabalho subsidie novos estudos epidemiológicos sobre morbimortalidade materna indígena.

**Palavras-chave:** Saúde materna; Saúde da mulher; Atenção primária à saúde; Parto; Índios sul-americanos.

### Abstract

The objective was to analyze the association of maternal morbidities in the periods of pregnancy, childbirth, and puerperium among Maxakali women, in the cities of Bertópolis and Santa Helena de Minas, considering the place of delivery (home versus hospital) from 2004 to 2013. Cross-sectional, retrospective and quantitative study with non-nominal data, from the Health Information System for Indigenous Peoples. The rates of home and hospital births of 224 pregnant women with 719 pregnancies were 63% and 24.3%, respectively. Of the 284 identified morbidities, 68% occurred during pregnancy, 12.7% during childbirth, and 19.4% during the postpartum period. During pregnancy, maternal morbidity was 2.5 times higher for deliveries that took place in the village, when compared to deliveries that took place in the hospital (OR: 2.54 - CI: 1.52 - 2.66). For childbirth, the occurrence of maternal morbidities was observed less frequently in home births (OR: 0.19 - CI: 0.1 - 0.47), with 81% fewer morbidity complications for this group. This fact is due to the place of delivery and a sum of factors such as prenatal care; articulation between the two systems; examinations during pregnancy, among others. The chance of developing puerperal morbidity was 2.1 times greater in the group of pregnant women whose delivery took place at home when compared to hospital delivery (OR: 2.1 - CI: 1.14 - 3.58). Hospital delivery proved a protective factor for maternal complications in the puerperium. It is hoped that this work will support new epidemiological studies on indigenous maternal morbidity and mortality.

**Keywords:** Maternal health; Women's health; Primary health care; Parturition; Indians south american.

### Resumen

El objetivo fue analizar la asociación de las morbilidades maternas en los períodos de embarazo, parto y puerperio entre mujeres Maxakali, de Bertópolis y Santa Helena de Minas, considerando el lugar del parto (domicilio versus hospital) de 2004 a 2013. Estudio transversal, retrospectivo y cuantitativo con datos no nominales, del Sistema de Información en Salud de los Pueblos Indígenas. Las tasas de parto domiciliario y hospitalario de 224 gestantes con 719 embarazos fueron del 63% y 24,3%, respectivamente. De las 284 morbilidades identificadas, 68% ocurrieron durante el embarazo, 12,7% durante el parto y 19,4% durante el puerperio. Durante el embarazo, la morbilidad materna fue 2,5 veces mayor para los partos ocurridos en la aldea, en comparación con los partos ocurridos en el hospital (OR: 2,54 - IC: 1,52 - 2,66). Para el parto, la ocurrencia de morbilidades maternas se observó con menor frecuencia en los partos domiciliarios (OR: 0,19 - IC: 0,1 - 0,47), con 81% menos complicaciones de morbilidad. Este hecho se debe al lugar del parto ya una suma de factores como el control prenatal; articulación entre los dos sistemas; exámenes durante el embarazo, entre otros. La probabilidad de desarrollar morbilidad puerperal fue 2,1 veces mayor en el grupo de gestantes cuyo parto fue domiciliario en comparación con el parto hospitalario (OR: 2,1 - IC: 1,14 - 3,58). El parto hospitalario demostró ser un factor protector para las complicaciones maternas en el puerperio. Se espera que este trabajo apoye nuevos estudios epidemiológicos sobre morbilidad y mortalidad materna indígena.

**Palabras clave:** Salud materna; Salud de la mujer; Atención primaria de salud; Parto; Indios sudamericanos.

## 1. Introdução

A avaliação da morbidade materna é uma ferramenta útil para monitorar os padrões de atendimento obstétrico, sinalizando possíveis problemas no sistema de saúde, o que pode possibilitar o surgimento de estratégias para melhorar a qualidade da assistência materna (Madeiro et al., 2015; Bandali, et al., 2016).

Não surpreendentemente, estima-se que a carga de morbidade materna – como a da mortalidade materna – seja maior em países de baixa e média renda, especialmente entre as mulheres mais pobres (Firoz et al., 2013). As mortes maternas têm sido descritas como a ponta do iceberg e a morbidade materna como a base. Para cada mulher que morre de causas relacionadas à gravidez, 20 ou 30 outras sofrem de morbidade aguda ou crônica, muitas vezes com sequelas permanentes que afetam a saúde dessas mulheres (Storeng et al., 2010; Firoz et al., 2013).

As mulheres indígenas formam um dos grupos mais vulneráveis; elas experimentam resultados de saúde materna substancialmente piores do que a maioria da população e são menos propensas a se beneficiar dos serviços (Armenta-Paulino, et al., 2019). Além disso, elas são mais propensas do que outras mulheres a sofrer exclusão social e econômica e morrer durante a gravidez ou o parto (Armenta-Paulino, et al., 2019; Márquez, et al., 2017). As populações indígenas são afetadas negativamente por uma combinação de diferentes determinantes sociais da saúde, como pobreza, educação limitada, papéis de gênero desvantajosos e fatores culturais. Além disso, as disparidades de saúde entre diferentes grupos étnicos também podem refletir o efeito da discriminação no acesso aos serviços de saúde ou na qualidade da assistência prestada (Armenta-Paulino, et al., 2019).

Quando se fala em morbidade materna entre a população indígena no Brasil, temos poucos estudos, e os existentes apenas citam dados generalizados (Igansi & Zatti 2018; Dias-Scopel, et al., 2017), sendo necessários novos estudos com levantamento de dados do próprio Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS (SasiSUS). Dessa forma, justifica-se a realização deste estudo com o intuito de analisar a assistência à saúde materna *Maxakali* com o foco nas morbidades diagnosticadas no programa de pré-natal da atenção primária e especializada do SasiSUS. Assim, os resultados obtidos poderão contribuir para a Vigilância em Saúde, instrumentalizando o desenho de ações para a continuidade do cuidado das mulheres *Maxakali*.

Considerando que os partos das mulheres *Maxakali* ocorrem na aldeia ou em ambiente hospitalar (Maxakali et al., 2008; Oliveira & Coloma 2009), este estudo será guiado pela seguinte pergunta de pesquisa – Existe diferença na morbidade materna, quando considerado o local do parto (domiciliar ou hospitalar)? Como hipótese afirma-se que o parto ocorrido em ambiente hospitalar curse com uma menor casuística de morbidade materna, quando comparado ao parto ocorrido em ambiente domiciliar. Objetiva-se analisar a morbidade materna entre as mulheres *Maxakali*, considerando suas preferências pela escolha do local do parto, no domicílio ou hospital.

## 2. Metodologia

Trata-se de um estudo observacional transversal analítico retrospectivo (Barata, 2006). Delineado para examinar a existência de associação entre o local do parto (domiciliar ou hospitalar) e as morbidades maternas, com análise quantitativa dos dados sobre morbidade materna entre as mulheres *Maxakali*, no período de 2004 a 2013.

Os dados são provenientes dos relatórios dos módulos demográficos e de morbidade do Painel-Siasi do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Estes dados, registros das consultas médicas, são classificados como secundários e desidentificados dos *Maxakali* dos Polos Base (comunidades) de Água Boa e Pradinho para a referida pesquisa.

### O campo de observação e os participantes da pesquisa

Os *Maxakali* constituem o segundo maior grupo étnico de Minas Gerais (Ribeiro, 2008), originários de áreas da Mata Atlântica, povo tradicionalmente seminômade, caçador e colecionador (Ribeiro, 2008; Rubinger, 1980; Popovich, 1980; Alvares, 1992). Esse grupo mantém uma conexão grupal e uma identidade étnico-cultural graças à manutenção da sua língua e à frequência nas Casas de Religião para realização de rituais próprios trazidos por seus ancestrais, e ainda não desfigurados ou esquecidos (Rubinger, 1980; Popovich, 1980; Marcato, 1980; Oliveira, 2018).

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde (MS) realizou o cadastramento das famílias *Maxakali* das comunidades dos Polos Base Tipo I de Pradinho e Água Boa dos municípios de Bertópolis e Santa Helena de Minas, respectivamente, em outubro de 2019. Neste processo, foram cadastradas 1.873 pessoas com a construção de Reconhecimentos Geográficos de todas as 21 aldeias com suas respectivas 292 residências nas duas comunidades.

### Questões éticas da pesquisa

O projeto desta pesquisa foi submetido inicialmente à apreciação das lideranças da comunidade-alvo, membros dos Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI) de Água Boa e Pradinho que concordaram com a sua execução e, por tratar-se de pesquisa na área de saúde, foi levado para discussão e aprovação em reunião ordinária do Conselho Distrital de Saúde Indígena de Minas Gerais e Espírito Santo (CONDISI-MG/ES), em 10/08/2021. O projeto foi aprovado por unanimidade pelos conselheiros distritais, com posterior anuência do Distrito Sanitário Especial Indígena de Minas Gerais e Espírito Santo.

Por envolver somente a utilização de dados de saúde secundários desidentificados, o presente projeto não precisou ser encaminhado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme Item 4 da Resolução CNS/466/2012 e Nota Técnica Nº 16/2020-COGASI/DASI/SESAI/MS.

### **Procedimentos e técnicas de coleta de dados**

O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) foi criado em 1999, no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com o objetivo de coletar, processar e analisar informações sobre óbitos, nascimentos, morbidade, imunização, produção de serviços, recursos humanos e infraestrutura. Sua implantação, iniciada em 2000, se deu de forma simultânea nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), distribuídos pelo território nacional. O SIASI foi concebido para funcionar em nove módulos – demográfico, morbidade, imunização, saúde bucal, nutrição, acompanhamento à gestação, recursos humanos, infraestrutura e saneamento (Brasil, 2020).

Utilizamos os relatórios dos módulos de morbidade (morbidades maternas diagnosticadas durante as consultas médicas e registradas por códigos da Classificação Internacional de Doenças (OMS, 1997): CAPÍTULO XV – gravidez, parto e puerpério) do Painel-SIASI, com dados desidentificados, utilizamos as seguintes variáveis: (1) Comunidade (POLO BASE): Nome da comunidade dado pelo SIASI; (2) Aldeia, Nome da Aldeia em que um *Maxakali* tem sua família dada pelo SIASI; (3) Número da Residência, Número de agregados familiares oferecidos pelo SIASI. Cada residência possui uma planta retangular; (4) Grupo Etário em que se encontram as mulheres *Maxakali*, atendidas durante o período analisado: 10 a 15; 16 a 20; 21 a 34; 35 ou mais; (5) Lugar do atendimento, Local em que foi prestado o atendimento à gestante (domicílio, hospital); (6) Código Internacional de Doenças - CID-10: caracterização dos atendimentos médicos, segundo a categoria da CID-10, tendo sido usado apenas o capítulo XV – Gravidez, parto e puerpério e seus agrupamentos; (7) Intervalo intergestacional em meses, entre uma gravidez e outra das mulheres *Maxakali*; (8) Identificação da mulher *Maxakali*: Para resguardar o anonimato das mulheres *Maxakali*, elas foram identificadas por códigos alfanuméricos sequenciais de AAA001 a AAA224 pelo DSEI-MG/ES; (9) Atendimentos: Foi gerado um número sequencial de 1 a 950 para representar cada atendimento prestado à mulher *Maxakali*, atendida pelo profissional médico com diagnóstico no CID-10 - capítulo XV.

### **Análise de dados**

Para o presente estudo, por razões de sistematização, cumpriram-se as recomendações da OMS (1997), agrupando as morbidades maternas nos períodos da gestação, parto e puerpério (ocorridas até 42 dias de pós-parto). Embora foram separadas as descrições destas morbidades por períodos, elas não constituem etapas distintas, dado que algumas morbidades podem acontecer nos três períodos, além de que durante uma gestação, várias atividades são realizadas para reduzir as morbidades no trabalho de parto e no parto, bem como outras visando a recuperação materna no pós-parto (Dias-Scopel, et al., 2017; Andrade, et al., 2020). Com esta postura teórica e metodológica, todos os atendimentos médicos registrados nos grupamentos O10-O16 (Edema, proteinúria e transtornos na gravidez, no parto e no puerpério) e O94-O99 (Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte) foram distribuídos nestes períodos, levando em consideração a data do parto e a data do registro do atendimento, adicionando-os às morbidades dos grupamentos dos três períodos de análise deste estudo.

Em estudos transversais de prevalência, além da razão de prevalência, pode-se também verificar o *Odds Ratio* (OR) ou razão de chances de exposição individual a um algum fator, entre os que apresentaram um desfecho, quando comparado aos que não apresentaram o desfecho. É importante distinguir o conceito de risco e chance. Risco é análogo à probabilidade, ou seja, uma razão entre uma parte contra o todo. Por sua vez, a chance é uma razão em que o numerador é uma probabilidade e o denominador é seu complemento (Wagner & Callegari-Jacques 1998).

A interpretação dos resultados se dá pela análise dos valores obtidos. Se a medida relativa for igual a 1, não há diferença. Valores acima de 1 são fatores de risco, e valores abaixo de 1 são fatores de proteção.

Para verificar a magnitude das associações foram estimadas as Razões de Chance/Odds Ratio (OR) e seus respectivos Intervalos de Confiança (IC) a 95%. A interpretação deste achado é a de que o OR é significativo (o intervalo não contém o valor 1, que indica nulidade de associação), ou seja, a amostra estudada reflete um efeito real do fator de risco na população. Portanto, se o intervalo de confiança do OR envolver o valor 1, o estudo não terá significância estatística para rejeitar a hipótese nula. Sabe-se que isso sempre coincide com um valor de “P” maior do que 0.05, dessa forma, a análise consistiu em estimar a associação entre as morbidades durante o período gestação/parto/puerpério e o local de ocorrência, por meio do Teste Exato de Fisher, ao nível de significância estatístico de 5% ( $p \leq 0,05$ ) (Wagner & Callegari-Jacques, 1998).

### 3. Resultados e Discussão

Na Atenção Primária à Saúde Maxakali (APS-M), o Programa de Pré-Natal (PPN), implantado em 2009, inicia-se no primeiro trimestre da gravidez, quando há a percepção precoce da gestação, pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) para o cadastro e a realização das consultas e acompanhamentos do PPN junto às EMSI (SESAI, 2012), registrando-se as consultas médicas no módulo de morbidade do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena Local (SIASI\_Local) do Polo Base Tipo II localizado no município de Machacalis/MG (FUNASA, 2009). A cada consulta médica do PPN, um diagnóstico é registrado no prontuário da gestante e lançado no SIASI utilizando os códigos do Capítulo XV - gravidez, parto e puerpério - da CID-10, descrito na Metodologia.

O SIASI Local Machacalis do DSEI/MG-ES, através dos relatórios do módulo de morbidade, exibiu 950 registros de consultas médicas do PPN referentes ao Capítulo XV para o período de 2004 a 2013 realizados em 224 gestantes de duas comunidades *Maxakali* dos Polos Base Tipo I de Água Boa e Pradinho, situados nos municípios de Bertópolis e Santa Helena de Minas, respectivamente. Dos 950 registros no SIASI Local no período analisado, identificamos: 1) para o período da gravidez, 193 morbidades maternas relacionadas com 719 gravidezes que cursaram em abortos (43) ou partos (676); 2) 36 morbidades estiveram relacionadas com o trabalho de parto e o parto em si; 3) já no puerpério, designou-se 55 complicações relacionadas aos partos em estudo.

#### Gravidez

Na Tabela 1, infere-se que a proporção de atendimentos relacionados ao grupamento O00-O08 (Gravidez que termina em aborto) foi baixa em ambos ambientes, tendo ocorrido 24 (50%) abortos no nível da APS-*Maxakali* e 24 (50%) na atenção especializada. Quanto à distribuição por faixa etária deste grupamento da CID-10 (O00-O08), observou-se que 50% dos atendimentos na aldeia foram para menores de 15 e maiores de 35 anos de idade, enquanto nos atendimentos ocorridos no hospital, 91,7% foram de pacientes entre 16 a 34 anos anos conforme demonstra a Tabela 2.

Destaca-se que as bases de dados oficiais de saúde não viabilizam estimar o número de abortos que ocorrem no Brasil, mas, acredita-se que aproximadamente 25% das mulheres sofrerão um abortamento espontâneo durante a sua vida reprodutiva (Zugaib, 2012). Segundo dados do Ministério da Saúde, as complicações do abortamento são a 4ª causa de morte materna no Brasil (Brasil, 2019).

Para o grupamento O10-O16 (Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na grávidas, no parto e no puerpério), observou-se semelhança com as morbidades apresentadas pelas gestantes que tiveram parto domiciliar, 10 (1,8%), e parto hospitalar, 13 (3,4%). Houve um predomínio de atendimentos ocorridos na aldeia para pacientes com mais de 21 anos de idade (100%), já para os atendimentos ocorridos no hospital, à faixa etária predominante foi entre 16 a 34 anos (53,8%).

A doença hipertensiva específica da gravidez é a maior causa de morte materna no Brasil, sendo responsável por cerca de 20% destas mortes (Brasil, 2016). Segundo resultados de estudos sobre este agravo, o cuidado pré-natal adequado é capaz de prevenir as principais complicações da hipertensão arterial crônica na gestação (Karumanchi & Granger 2016). Tais resultados corroboram com os achados deste estudo, pois ao analisarmos os seis casos de pré-eclâmpsia foi evidenciado que 83,3% destes foram encaminhados para o parto hospitalar, o que reforça os cuidados adequados dos pré-natais às gestantes *Maxakali*.

Analisando o grupamento O20-O29 (Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez) na Tabela 1, observou-se o destaque para as Infecções do Trato Geniturinário (ITU). Comparando as gravidezes que resultaram em partos domiciliares com partos hospitalares, observamos que as ITU's foram oito vezes mais prevalentes nas gestantes que tiveram partos domiciliares, ou seja, dos 103 atendimentos de ITU, 93 (90,3%) foram em gestantes que evoluíram para o parto domiciliar.

Em relação à faixa etária, não houve ocorrência de atendimentos, neste grupamento, para as gestantes de 16 a 20 anos que tiveram o parto hospitalar, enquanto que as gestantes que tiveram parto domiciliar representaram 28,3% dos atendimentos, para a mesma faixa etária. E independente do local de parto, houve prevalência para a faixa etária entre 21 a 34 anos (48,7% dos atendimentos).

Mata et al. (2014) em um estudo observaram que 57% das gestantes com ITU desenvolverão como complicação o trabalho de parto prematuro, podendo ainda comprometer a gestante com uma pielonefrite, segundo Tavares (2016), justificando o seu rastreamento no primeiro e terceiro trimestres de gestação. Logo, este diagnóstico é feito na maioria das vezes nas unidades básicas de saúde, durante o pré-natal (Habak & Griggs 2021).

O grupamento O30-O48 (Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto), representou 1,2% dos atendimentos, correspondendo a 11 morbidades, sendo seis (1,1%) para os partos que ocorreram na aldeia e cinco (1,3%) para os partos hospitalares. O destaque para esse grupamento se dá para o descolamento de placenta, devido a sua maior morbimortalidade materna e fetal, cujo atendimento ocorreu no ambiente hospitalar o que pode garantir a assistência adequada para a gestante. Em relação à idade, observamos que a distribuição dessas morbidades, independente do local do parto, concentrou-se no grupo etário de 21 a 34 anos de idade (82%).

**Tabela 1** - Distribuição das morbidades maternas no período da gravidez segundo local do parto e do agrupamento da CID-10, Povo Indígena *Maxakali*, 2004 a 2013.

Diagnóstico (Descrição CID-10)	Local do atendimento		Total	Odds Ratio / Intervalo de Confiança
	Domicílio n (%)	Hospital n (%)		
<b>O00-O08 - Gravidez que termina em aborto</b>	<b>24 (4,2%)</b>	<b>24 (6,3%)</b>	<b>48 (5,1%)</b>	
O00.9 – Gravidez ectópica não especificada	1 (4,2%)	1 (4,2%)	2 (4,2%)	
O01.9 – Mola hidatiforme não especificada	–	1 (4,2%)	1 (2,1%)	
O01 - Mola hidatiforme	–	1 (4,2%)	1 (2,1%)	
O02.1 - Aborto retido	1 (4,2%)	–	1 (2,1%)	
O03 - Aborto espontâneo	10 (41,7%)	8 (33,2%)	18 (37,5%)	

O03.4 - Aborto espontâneo incompleto s/complicação	1 (4,2%)	–	1 (2,1%)	
O03.9 - Aborto espontâneo completo ou não especificado sem complicações	1 (4,2%)	–	1 (2,1%)	
O06 - Aborto não especificado	10 (41,7%)	12 (50%)	22 (45,8%)	
O08.1-Hemorragia tardia ou excessiva consequente a aborto e gravidez ectópica e molar	–	1 (4,2%)	1 (2,1%)	
<b>O10-O16 – Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravides, no parto e no puerpério</b>	<b>10 (1,8%)</b>	<b>13 (3,4%)</b>	<b>23 (2,4%)</b>	
O13 - Hipertensão gestacional sem proteinúria significativa	2 (20%)	2 (15,4%)	4 (17,4%)	
O14.0 – Pré-eclâmpsia moderada	–	2 (15,4%)	2 (8,7%)	
O14.1 – Pré-eclâmpsia grave	–	1 (7,7%)	1 (4,3%)	
O14.9 - Pré-eclâmpsia não especificada	1 (10%)	2 (15,4%)	3 (13%)	OR: 2,46
O14 - Hipertensão gestacional com proteinúria significativa	1 (10%)	1 (7,7%)	2 (8,7%)	IC: 1,49 - 2,59
O16 - Hipertensão materna não especificada	6 (60%)	5 (38,4%)	11 (47,8%)	
<b>O20-O29 - Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez</b>	<b>99 (17,4%)</b>	<b>12 (3,1%)</b>	<b>111 (11,7%)</b>	
O20.0 - Ameaça de aborto	–	2 (16,7%)	2 (1,8%)	
O21.0 - Hiperêmese gravídica leve	6 (6,1%)	–	6 (5,4%)	
O23 - Infecção do trato geniturinário na gravidez	34 (34,3%)	4 (33,3%)	38 (34,2%)	
O23.4 - Infecção ne do trato urinário na gravidez	56 (56,6%)	5 (41,7%)	61 (55%)	
O23.5 - Infecção do trato genital na gravidez	3 (3%)	1 (8,3%)	4 (3,6%)	
<b>O30-O48 - Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto</b>	<b>6 (1,1%)</b>	<b>5 (1,3%)</b>	<b>11 (1,2%)</b>	
O30.0 - Gravidez múltipla	2 (33,3%)	–	2 (18,2%)	
O36.7 - Assistência prestada à mãe por feto viável em gravidez abdominal	1 (16,7%)	–	1 (9,1%)	
O41.0 – Oligo-hidrânio	2 (33,3%)	2 (40%)	4 (36,3%)	
O42.0 - Ruptura prematura de membrana, início de trabalho de parto dentro de 24h	–	2 (40%)	2 (18,2%)	
O45.9 - Descolamento prematuro da placenta não especificado	–	1 (20%)	1 (9,1%)	
O46.9 - Hemorragia anteparto não especificada	1 (16,7%)	–	1 (9,1%)	
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>54</b>	<b>193</b>	

Fonte: SIASI\_Local, Polo Base Tipo II Machacalis.

Como evidenciado na Tabela 1, foi observada uma ocorrência 2,46 vezes maior de morbidade materna no período da gestação, para os partos que ocorreram na aldeia, quando comparado com os partos que ocorreram no hospital (OR: 2,46 - IC: 1,49; 2,59).

**Tabela 2** - Caracterização dos atendimentos segundo a faixa etária considerando-se o local do atendimento.

Diagnóstico (Descrição CID-10) por Grupo-etário	Local do atendimento		Total
	Domicílio n (%)	Hospital n (%)	
<b>GRAVIDEZ</b>			
<b>O00-O08 - Gravidez que termina em aborto</b>	<b>24 (4,2%)</b>	<b>24 (6,3%)</b>	<b>48 (5,1%)</b>
10 e 15	3 (12,5%)	–	3 (6,2%)
16 e 20	5 (21%)	4 (16,7%)	9 (18,8%)
21 e 34	7 (29%)	18 (75%)	25 (52%)
35 e mais	9 (37,5%)	2 (8,3%)	11 (23%)
<b>O10-O16 – Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério</b>	<b>10 (1,8%)</b>	<b>13 (3,4%)</b>	<b>23 (2,4%)</b>
10 e 15	–	6 (46,2%)	6 (26,1%)
16 e 20	–	4 (30,7%)	4 (17,4%)
21 e 34	6 (60%)	3 (23,1%)	9 (39,1%)
35 e mais	4 (40%)	–	4 (17,4%)
<b>O20-O29 - Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez</b>	<b>99 (17,4%)</b>	<b>12 (3,1%)</b>	<b>111 (11,7%)</b>
10 e 15	17 (17,2%)	4 (33,3%)	21 (18,9%)
16 e 20	28 (28,3%)	–	28 (25,2%)
21 e 34	47 (47,5%)	7 (58,4%)	54 (48,7%)
35 e mais	7 (7%)	1 (8,3%)	8 (7,2%)
<b>O30-O48 - Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto</b>	<b>6 (1,1%)</b>	<b>5 (1,3%)</b>	<b>11 (1,2%)</b>
10 e 15	–	–	–
16 e 20	1 (17%)	1 (20%)	2 (18%)
21 e 34	5 (83%)	4 (80%)	9 (82%)
35 e mais	–	–	–
<b>PARTO</b>			
<b>O10-O16 – Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério</b>	<b>1 (0,2%)</b>	<b>3 (0,8%)</b>	<b>4 (0,4%)</b>
10 e 15	–	–	–
16 e 20	–	1 (33,3%)	1 (25%)
21 e 34	1 (100%)	1 (33,3%)	2 (50%)
35 e mais	–	1 (33,3%)	1 (25%)



<b>O60-O75 - Complicações do trabalho de parto e do parto</b>	<b>7 (1,2%)</b>	<b>25 (6,5%)</b>	<b>32 (3,4%)</b>
10 e 15	4 (57%)	3 (12%)	7 (22%)
16 e 20	1 (14%)	9 (36%)	10 (31,1%)
21 e 34	2 (29%)	10 (40%)	12 (37,5%)
35 e mais	–	3 (12%)	3 (9,4%)
<b>O80-O84 - Parto</b>	<b>381 (67,2%)</b>	<b>285 (74,4%)</b>	<b>666 (70,1%)</b>
10 e 15	27 (7,1%)	28 (9,8%)	55 (8,3%)
16 e 20	109 (28,6%)	80 (28,1%)	189 (28,4%)
21 e 34	211 (55,4%)	153 (53,7%)	364 (54,6%)
35 e mais	34 (8,9%)	24 (8,4%)	58 (8,7%)
<b>PUERPÉRIO</b>			
<b>O10-O16 – Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério</b>	<b>0 (0,0%)</b>	<b>1 (0,3%)</b>	<b>1 (0,1%)</b>
10 e 15	–	–	–
16 e 20	–	–	–
21 e 34	–	1 (100%)	1 (100%)
35 e mais	–	–	–
<b>O85-O92 - Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério</b>	<b>37 (6,5%)</b>	<b>14 (3,6%)</b>	<b>51 (5,4%)</b>
10 e 15	2 (5,4%)	1 (7,1%)	3 (5,9%)
16 e 20	10 (27%)	5 (35,7%)	15 (29,4%)
21 e 34	23 (62,2%)	7 (50%)	30 (58,8%)
35 e mais	2 (5,4%)	1 (7,1%)	3 (5,9%)
<b>O94-O99 - Outras afeções obstétricas não classificadas em outra parte</b>	<b>2 (0,3%)</b>	<b>1 (0,3%)</b>	<b>3 (0,3%)</b>
10 e 15	1 (50%)	1 (50%)	2 (67%)
16 e 20	1 (100%)	–	1 (33%)
21 e 34	–	–	–
35 e mais	–	–	–

Fonte: SIASI\_Local, Polo Base Tipo II Machacalis.

Na Tabela 2, observamos a faixa etária correspondente às morbidades maternas nos períodos da gravidez, parto e puerpério entre as mulheres *Maxakali*, para cada grupamento da CID-10. De um modo global, a maioria das gestantes atendidas no período analisado (2004 a 2013) tinham de 21 a 34 anos (53,1%). Seguido das seguintes faixas etárias: de 16 a 20 anos (27,3%); de 10 a 15anos (10,3%) anos; e 35 anos ou mais (9,3%).

## Parto

Quando analisamos o local onde ocorreram os 676 partos por Polo Base Tipo I (PBTI), observamos que o PBTI Pradinho teve a maior proporção de partos domiciliares: 240 (62,2%), enquanto o PBTI Água Boa teve: 144 (49,7%); já em relação aos partos hospitalares ambos os PBTI tiveram 146 cada. Todavia, quando analisamos estes comportamentos, de preferência por local de parto por PBTI, encontramos comportamentos distintos entre Água Boa e Pradinho.

Além desta diferença entre PBTI, também se observou comportamentos diferentes dentro dos PBTI quando analisamos a distribuição do local do parto por aldeias destas duas comunidades. Embora no PBTI de Água Boa as proporções de partos domiciliares (49,7%) e hospitalares (50,3%) sejam praticamente semelhantes, quando desagregamos os partos por aldeia, sete de 13 aldeias de Água Boa tiveram a maioria dos partos domiciliares, com destaque para duas aldeias (Marcelo & Valdemar) por apresentarem 100% dos nascidos vivos de partos domiciliares; e, três aldeias com as maiores proporções de partos hospitalares, duas com 66,7% (Major & Nova Raízes) e uma com 90,9% (Tomé). No PBTI Pradinho, seis das oito aldeias tiveram a maioria dos partos domiciliares. Uma aldeia teve 100% de partos domiciliares (Cachoeira) e a aldeia com maior proporção de partos hospitalares foi de 54,5% (Vila Nova).

Ao analisarmos os 676 partos ocorridos entre as 218 gestantes *Maxakali* por grupo etário no período estudado, observamos que a proporção de partos domiciliares aumentou com a idade, sendo de 49,2% no grupo etário de 10 a 15 anos de idade, chegando a 57,6% no grupo etário 35 anos ou mais. O contrário também ocorre para os partos hospitalares, o grupo etário de 10 a 15 anos de idade teve a maior proporção (50,8%) de nascidos vivos em ambientes hospitalares, enquanto entre as gestantes de 35 anos e mais foi de 42,4%.

Dos 676 partos ocorridos, somente 26 (3,8%) foram cesarianas. Esta taxa de cesariana está em conformidade com a revisão sistemática da OMS, que associa as taxas populacionais de cesáreas de até 10-15% com uma menor taxa de mortalidade materna e neonatal (Betran, 2015).

Dos 676 partos ocorridos no período analisado, 10 foram partos pré-termos, sendo três ocorridos no domicílio e sete no hospital; 631 (93,3%) foram partos espontâneos cefálicos, 376 ocorridos na aldeia e 255 no hospital. Observamos também que ocorreram sete partos espontâneos pélvicos, três destes domiciliares e quatro no hospital.

Na Tabela 3, observamos quatro (0,4%) registros de atendimentos relacionados ao grupamento O10-O16 (Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério) e 32 (3,4%) registros para o grupamento O60-O75 (Complicações do trabalho de parto e do parto). O que chama a atenção destes registros é o fato de que das 36 morbidades maternas *Maxakali*, no período do parto, 28 (77,8%) foram registrados no ambiente hospitalar e somente 8 (22,2%) foram registrados pelos médicos da APS que acompanham as gestantes que tiveram seus partos em ambiente domiciliar. Em relação a faixa etária, ocorreu um atendimento na aldeia para paciente com 21 a 34 anos de idade (100%), já os atendimentos ocorridos no hospital, foram três pacientes entre 16 a 35 anos ou mais de idade.

Em relação ao grupamento O60-O75 (Complicações do trabalho de parto e do parto), dos 12 registros de trabalho de parto pré-termo, destacamos que destes somente dois não evoluíram para o parto prematuro. Outro ponto a ser destacado, foi que oito (67%) registros de trabalho de parto pré-termo foram em ambiente hospitalar, contra quatro em ambiente domiciliar, o que demonstra uma conduta adequada da APS em referenciar estas gestantes para uma atenção especializada, garantindo assim uma melhor assistência à gestante e o seu conceito quanto às possíveis complicações relacionadas aos fatores de risco dessa condição.

Ainda no grupamento O60-O75, observamos 10 (31,2%) registros relacionados à hemorragia pós-parto, destes 9 (90%) foram em ambiente hospitalar. A hemorragia pós-parto é uma das principais causas de mortalidade materna, ocorrendo em aproximadamente 1 a 6% de todos os partos. A principal etiologia de hemorragia pós-parto é a atonia uterina, sendo esta responsável por 70 a 80% dos casos (Wormer, Jamil e Bryant, 2021).

Em relação à categoria O60-O75 (Complicações do trabalho de parto e do parto), 57% das complicações relacionadas ao trabalho de parto na aldeia ocorreram entre a faixa etária de 10 a 15 anos. Já no ambiente hospitalar, a prevalência foi entre a faixa etária de 16 a 34 anos, com 19 (76%) casos.

**Tabela 3** – Distribuição das morbidades maternas no período do parto, segundo o local do parto e o agrupamento da CID-10, Povo Indígena *Maxakali*, 2004 a 2013.

Diagnóstico (Descrição CID-10)	Local do atendimento		Total n (%)	Odds Ratio / Intervalo de Confiança
	Domicílio n (%)	Hospital n (%)		
<b>O10-O16 – Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério</b>	<b>1 (0,2%)</b>	<b>3 (0,8%)</b>	<b>4 (0,4%)</b>	
O10.0 – Hipertensão essencial pré-existente complicando a gravidez, parto e puerpério	–	1 (33,3%)	1 (25%)	
O15.1 – Eclâmpsia no trab. de parto	–	1 (33,3%)	1 (25%)	
O16 - Hipertensão materna não especificada	1 (100%)	1 (33,3%)	2 (50%)	
<b>O60-O75 - Complicações do trabalho de parto e do parto</b>	<b>7 (1,2%)</b>	<b>25 (6,5%)</b>	<b>32 (3,4%)</b>	
O60 – Trabalho de parto pré-termo	4 (57,1%)	8 (32%)	12 (37,6%)	
O62.0 - Contrações iniciais inadequadas	–	1 (4%)	1 (3,1%)	OR 0,2
O62.4 - Contrações uterinas hipertônicas, incoordenadas ou prolongadas	1 (14,3%)	3 (12%)	4 (12,6%)	IC: 0,1 - 0,47
O63 - Trabalho de parto prolongado	–	1 (4%)	1 (3,1%)	
O71.1 - Ruptura do útero durante o trabalho de parto	–	1 (4%)	1 (3,1%)	
O71.7 - Hematoma obstétrico da pelve	–	1 (4%)	1 (3,1%)	
O72.2 - Hemorragias pós-parto tardias e secundárias	1 (14,3%)	–	1 (3,1%)	
O72 - Hemorragia pós-parto	–	9 (36%)	9 (28,1%)	
O73.0 - Retenção da placenta e das membranas, sem hemorragia	1 (14,3%)	–	1 (3,1%)	
O75.9 - Complicações do trabalho de parto e do parto, não especificada	–	1 (4%)	1 (3,1%)	
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>28</b>	<b>36</b>	

Fonte: SIASI\_Local Polo Base Tipo II Machacalis.

Dentro do grupo analisado, na Tabela 3, observa-se que a ocorrência de morbidades maternas apresentou menor frequência nos partos domiciliares (OR: 0,2), tendo ocorrido 81% menos complicações de morbidades maternas para este grupo. Esse fato se deve não apenas ao local do parto, mas uma somatória de fatores como: pré-natal; articulação entre os dois sistemas; realização de exames durante a gravidez e outros.

### Puerpério

Em relação ao agrupamento O85-O92 (Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério) (TABELA 4), foram observadas 51 morbidades maternas entre as mulheres *Maxakali*, tendo uma distribuição dos registros médicos de 37 (72,5%) morbidades associadas às gestantes que tiveram partos em ambientes domiciliar contra 14 (27,5%) em ambiente

hospitalar. O que representa uma razão de 1,95 vezes mais complicações nos partos domiciliares. Sendo que, em ambos os ambientes, foram mais comuns as infecções puerperais (22) e as infecções mamárias (29), conforme demonstra a Tabela 4.

Em relação aos registros das infecções puerperais destacadas na Tabela 4, observamos que 12 (54,5%) e 10 (45,5%) foram diagnosticadas entre as gestantes que tiveram partos em ambientes domiciliar e hospitalar, respectivamente.

Segundo Boushra e Rahman (2021), essas infecções podem se agravar em septicemia, a qual é responsável por 15% dos casos de morte materna no puerpério. Essa causa de morte pode ser facilmente evitada com uma atenção à saúde de qualidade. A infecção puerperal também adquire importância devido aos gastos de saúde pública, ao enfraquecimento gerado por essa condição no vínculo mãe-filho e na amamentação, e ao aumento da ocorrência de depressão pós-parto causado por esta (Boushra & Rahman, 2021).

Ao contrário das infecções puerperais, as infecções mamárias apresentaram com comportamento bem diferente quando se compara estas morbidades com o local do parto. Observamos que, do total de 29 registros de infecções mamárias, 25 (86,2%) foram de gestantes que tiveram parto domiciliar.

Aproximadamente, de 2 a 10% das puérperas lactantes desenvolvem mastite, o que demonstra a grande incidência desse agravo e a necessidade iminente de maior conhecimento a seu respeito, para adequada orientação de prevenção, já no pré-natal (Pereira, et al., 2010). Os principais fatores de risco para a mastite são: condições que levam à redução do esvaziamento da mama, por produção demasiada de leite ou pela redução das mamadas, gerando estase do leite (Pereira, et al., 2010).

Estes dados de afecções mamárias no puerpério demonstram a necessidade e a importância do aconselhamento e acompanhamento das mulheres no pós-parto, muitas vezes, com pouca atenção por parte dos profissionais da saúde, em especial para o fato de que 86,2% das mastites foram de gestantes que tiveram parto domiciliar.

Em relação ao grupamento O85-O92 (Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério), foi evidenciado um predomínio para a faixa etária de 21 a 34 anos (62,2%) para os partos domiciliares, enquanto para os partos hospitalares foi registrado 35,7% para a faixa etária de 16 a 20 anos, e de 50% para a faixa etária de 21 a 34 anos.

O grupamento O94-O99 (Outras afecções obstétricas não relacionadas em outra parte) registrou 2 casos de complicações relacionadas a anemia, nos partos domiciliares, sendo um para a faixa etária entre 10 a 15 anos, e um entre 16 a 24 anos, enquanto para os partos hospitalares registraram somente um caso, na faixa etária de 10 a 15 anos.

A anemia constitui uma condição que possui repercussões negativas para a vida da mãe e do bebê e deve ser extensamente estudada, visto que é evitável por meio das consultas de pré-natal (Juul, et al., 2019).

Quando disponível, o hemograma deve ser realizado de forma universal nas gestantes para o acompanhamento correto dos parâmetros hematimétricos. A ferritina sérica é considerada o melhor teste laboratorial para avaliar a quantidade de ferro disponível (Di Renzo et al., 2015).

Conclui-se, portanto, que devido às altas implicações da anemia materna e perinatal, os profissionais de saúde devem se empenhar para a detecção precoce do quadro, além da correta prevenção e instrução das gestantes (Di Renzo et al., 2015).

**Tabela 4**– Distribuição das morbidades maternas no período do puerpério, segundo o local do parto e o agrupamento da CID-10, Povo Indígena *Maxakali*, 2004 a 2013.

Diagnóstico (Descrição CID-10)	Local do atendimento		Total n (%)	Odds Ratio / Intervalo de Confiança
	Domicílio n (%)	Hospital n (%)		
O10-O16 – Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério	<b>0 (0,0%)</b>	<b>1 (0,3%)</b>	<b>1 (0,1%)</b>	OR: 1,95 IC: 1,06 - 3,25
O16 - Hipertensão materna não especificada	–	1 (100%)	1 (100%)	
O85-O92 - Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério	<b>37 (6,5%)</b>	<b>14 (3,6%)</b>	<b>51 (5,4%)</b>	
O85 – Infecção puerperal	9 (24,3%)	7 (50%)	16 (31,3%)	
O86.0 - Infecção da incisão cirúrgica de origem obstétrica	–	1 (7,1%)	1 (2%)	
O86.2 - Infecção das vias urinárias subsequentes ao parto	2 (5,4%)	2 (14,3%)	4 (7,8%)	
O86 - Outras infecções puerperais	1 (2,7%)	–	1 (2%)	
O91.0 - Infecções do mamilo associadas ao parto	1 (2,7%)	–	1 (2%)	
O91.1 - Abscesso da mama associadas ao parto	–	2 (14,3%)	2 (3,9%)	
O91.2 - Mastite não purulenta associada ao parto	15 (40,5%)	1 (7,1%)	16 (31,3%)	
O91 – Infecções mamárias associadas ao parto	–	1 (7,1%)	1 (2%)	
O92.1 - Fissuras do mamilo associadas ao parto	6 (16,2%)	–	6 (11,8%)	
O92.2 - Outras afecções da mama e as não especificadas associadas ao parto	1 (2,7%)	–	1 (2%)	
O92 - Outras afecções de mama e lactação associadas ao parto	2 (5,4%)	–	2 (3,9%)	
<b>O94-O99 - Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte</b>	<b>2 (0,3%)</b>	<b>1 (0,3%)</b>	<b>3 (0,3%)</b>	
O99.0 - Anemia complicando a gravidez, o parto e o puerpério	2 (100%)	1 (100%)	3 (100%)	
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>16</b>	<b>55</b>	

Fonte: SIASI\_Local Polo Base Tipo II Machacalis.

A Tabela 4 mostra que a probabilidade de desenvolver uma morbidade puerperal é 1,95 vezes maior no grupo de gestantes expostas, cujo parto tenha sido em ambiente domiciliar, quando comparado ao grupo de gestantes não expostas, cujo parto tenha sido hospitalar (OR: 1,95 - IC: 1,06; 3,25). Ou seja, o parto hospitalar é fator de proteção para complicações maternas no puerpério, entre as mulheres *Maxakali*.

### Limitações

Um dos pontos fortes deste estudo é que o conjunto de dados é pioneiro e o único a incluir todas as gestantes *Maxakali* do período de 2004 a 2013, cujos registros das consultas médicas foram feitos no SIASI. No entanto, existem várias limitações. Os resultados deste estudo de morbidade materna *Maxakali* não podem ser extrapolados para outros povos indígenas brasileiros. O desenho transversal do estudo também impede interpretações causais das associações observadas (Barata, 2006). Não sabemos se as morbidades maternas são influenciadas pelo local do parto (parto hospitalar ou parto domiciliar) ou se o local do parto influencia as morbidades maternas.

Para a interpretação de dados secundários deve-se levar em conta a amplitude de cobertura e qualidade das informações, mudanças na definição de casos ao longo do tempo, ações administrativas e alteração das intervenções e/ou formulários implantados. Reconhecer as limitações dos dados existentes, parte da interpretação epidemiológica (Barata, 2006; Medronho et al., 2004).

Além disso, dada a orientação coletivista presente na cultura *Maxakali* (Oliveira, 2018), compreender a influência dos papéis de outros membros da família extensa, bem como a transmissão de padrões de comportamento relacionadas ao sistema de parto *Maxakali* (Oliveira & Coloma, 2009), são demandas desta agenda. Outros estudos poderão contribuir com a carência de ampliação de pesquisa nessa temática para a construção de conhecimento sobre a forma de como a gestante *Maxakali* irá pensar e agir e, portanto, como e o que vão criar e imaginar no domínio das artes e do mito quanto à preferência do local do parto. Conhecimento básico para qualquer programa de pré-natal *Maxakali*.

#### 4. Considerações Finais

Ao analisar com dois olhares (Bartlett, et al., 2012) se existe diferença na morbidade materna, quando considerado o local do parto (domiciliar x hospitalar), preocupa-se também a identificação de prioridades em termos de problemas e agrupamentos dessas morbidades conforme preconiza a CID-10 (OMS, 1997). A morbidade materna continua sendo um fardo injusto para as mulheres *Maxakali*, como em muitos outros povos e países (Sarmiento et al., 2018). Com o olhar da visão do modelo biomédico, apresentamos, primeiramente os resultados do presente estudo.

Nos anos analisados foram identificadas 284 morbidades maternas entre os períodos da gravidez, do parto e do puerpério. A maior proporção destas morbidades foi durante a gravidez, com 193 (68%) casos, nos períodos do parto e puerpério registraram-se 36 (12,7%) e 55 (19,4%) morbidades, respectivamente.

No período da gravidez, evidenciamos um predomínio das morbidades maternas para os partos que ocorreram em ambiente domiciliar, o que representou 72% (139) das morbidades para esse período, contra os 23% (54) das morbidades ocorridas para os partos hospitalares. Para as morbidades maternas do período da gestação, foi observada uma ocorrência 2,46 vezes maior para os partos que ocorreram na aldeia, quando comparado com os partos que ocorreram no hospital (OR: 2,46 - IC: 1,49 - 2,59).

Para as morbidades do trabalho de parto ou parto, foi evidenciado um predomínio para os partos ocorridos no ambiente hospitalar com 77,8% (28) das morbidades, contra os 22,2% (8) ocorridos para os partos domiciliares. No presente estudo os dados evidenciam que dentro do grupo analisado a ocorrência de morbidades maternas foi observada com menor frequência nos partos domiciliares (OR 0,2 – IC: 0,1 - 0,47), tendo ocorrido 81% menos complicações de morbidades maternas para este grupo. Esse fato se deve não apenas ao local do parto, mas uma somatória de fatores como: pré-natal; articulação entre os dois sistemas; realização de exames durante a gravidez e outros.

Esse dado pode ser facilmente justificado, pelo fato de que as gestantes com maiores morbidades foram encaminhadas para o parto hospitalar. O que demonstra um acompanhamento de pré-natal adequado feito pela Equipe Multidisciplinar *Maxakali*, no sentido de identificar as gestantes mais graves e referenciá-las para o atendimento especializado, além de evidenciar uma adequada articulação, com as mulheres *Maxakali*, entre os dois sistemas médicos, que são: a biomedicina e a medicina tradicional *Maxakali* com a sua autoatenção.

Quanto às morbidades maternas ocorridas no puerpério, foi evidenciado um predomínio para os partos ocorridos no domicílio, com 70,9% (39) das morbidades, contra 29,1% (16) para os partos ocorridos no hospital. A probabilidade de desenvolver uma morbidade puerperal é 1,95 vezes maior no grupo de gestantes expostas cujo parto tenha sido em ambiente domiciliar quando comparado ao grupo de gestantes não expostas, cujo parto tenha sido hospitalar (OR: 1,95 - IC: 1,06 - 3,25). Ou seja, o parto hospitalar é fator de proteção para complicações maternas no puerpério, entre as mulheres *Maxakali*.

Para que ocorra a articulação entre os dois sistemas médicos, é preciso que haja conhecimento das questões culturais envolvidas no sistema de parto da mulher *Maxakali* e que um sistema respeite a existência do outro, com o intuito de garantir a manutenção da cultura indígena e assegurar uma assistência especializada sempre que necessário.

Espera-se que este trabalho contribua para melhorar a saúde materna *Maxakali*, fornecendo referências para a coleta de informações abrangentes e de alta qualidade sobre morbidade materna. Dados precisos e confiáveis permitirão uma melhor tomada de decisão, alocação de recursos e melhor planejamento de intervenções para reduzir a morbidade materna e, indiretamente, também a mortalidade materna (Firoz et al., 2013).

Neste estudo, convidamos pesquisadores qualitativos que trabalham com e para a saúde indígena a colaborarem conosco na avaliação e validação desta metodologia buscando compreender a percepção social dos atores do sistema de parto *Maxakali* acerca das morbidades maternas nos três períodos analisados, enquanto trabalhamos em conjunto para melhorar e investir na saúde das mulheres indígenas do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena de todo o Brasil.

Considerando que a inadequada assistência no pré-natal e no parto pode cursar com aumento da taxa de mortalidade neonatal precoce (MS, 2009), propomos que seja realizado um estudo que avalie o Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce entre a população *Maxakali*, e que seja feito um paralelo comparativo entre os partos ocorridos na comunidade e os ocorridos no hospital (conforme visemos neste estudo). A fim de identificar a associação entre morbidades maternas e os componentes da taxa de mortalidade infantil (neonatal precoce, neonatal tardia e pós-neonatal) segundo local do parto *Maxakali*.

## Referências

- Alvares, M. M. (1992). Yamy, os espíritos do canto: a construção da pessoa na Sociedade Maxakali. *Dissertação Mestre em Antropologia Social, UNICAMP, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas*. Campinas, SP.
- Andrade, M. S., Bonifácio, L. P., Sanchez, J. A. C., Zaratini, F.S., Frazon, A. C. A., Pileggi, V. N., Braga, G. C., Fernandes, M., Vieira, C. S., Souza, J. P., & Vieira, E. M. (2020). Morbidade materna grave em hospitais públicos de Ribeirão Preto, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(7), e00096419. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00096419>. ISSN 1678-4464
- Armenta-Paulino, N., Sandín-Vázquez, M., & Bolúmar, F. (2019). Indigenous language and inequitable maternal health care, Guatemala, Mexico, Peru and the Plurinational state of Bolivia. *Bull World Health Organ*, 97, 59–67.
- Bandali, S., Thomas, C., Hukin, E., Matthews, Z., Mathai, M., Dilip, T. R., Roos, N., Lawley, R., Igado, O., & Hulton, L. (2016). Maternal Death Surveillance and Response Systems in driving accountability and influencing change. *Int J Gynaecol Obstet*, 135 (3), 365-371. doi:10.1016/j.ijgo.2016.10.002
- Barata, R. B. (2006). Inquérito Nacional de Saúde: uma necessidade?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11 (4), 870-871. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400003>
- Bartlett, C., Marshall, M., & Marshall, A. (2012). Two-eyed seeing and other lessons learned within a co-learning journey of bringing together indigenous and mainstream knowledges and ways of knowing. *Journal of Environmental Studies and Sciences*, 2, 331–340. <https://doi.org/10.1007/s13412-012-0086-8>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2020). Fundação Nacional de Saúde. *Secretaria especial de saúde indígena*. <https://www.saude.gov.br/o-ministro/692-institucional/unidades-do-ministerio/173-secretaria-especial-de-saude-indigena-sesai>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2019). *Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS, Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS)*. <http://tabnet.datasus.gov.br>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2016). Datasus. Informações de saúde. *Estatísticas vitais secretaria executiva*. <https://datasus.saude.gov.br/>.
- Brasil. Ministério da Saúde (2009). *Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal*: 2ª edição, Brasília-DF. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia\\_obito\\_infantil\\_fetal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_obito_infantil_fetal.pdf).
- Betran, A. P., Torloni, M. R., Zhang, J., Ye, J., Mikolajczyk, R., Deneux-Tharoux, C., Oladapo, O. T., Souza, J. P., Tunçalp, O., Vogel, J. P., & Gülmezoglu, A. M. (2015). What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reprod Health*, 12 (57). 10.1186/s12978-015-0043-6.
- Boushra, M., & Rahman, O. (2021(Atualização)) Postpartum Infection. *Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2021 Jan*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560804/>.
- Dias-Scopel, R. P., Scopel, D., & Langdon, E. J. (2017). Gestação, parto e pós-parto entre os Mundurucu do Amazonas: confrontos e articulações entre o modelo médico hegemônico e práticas indígenas de autoatenção. *Ilha Revista de Antropologia*, 19, 183-216.

- Di Renzo, G. C., Spano, F., Giardina, I., Brillo, E., Clerici, G., & Roura, L. C. (2015). Iron deficiency anemia in pregnancy. *Womens Health (Lond)*, *11* (6) 891-900. 10.2217/whe.15.35.
- Firoz, T., Chou, D., von-Dadelszen, P., Agrawal, P., Vanderkruik, R., Tunçalp, O., Magee, L. A., Van Den Broek, N., & Say, L. (2013). Measuring maternal health: focus on maternal morbidity. *Bull World Health Organ*, *91*, 794–6.
- Habak, P. J., & Griggs, J. R. P. (2021). Urinary Tract Infection In Pregnancy. *Treasure Island (FL): StatPearls Publishin*. De <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537047/>.
- Igansi, M. L., & Zatti, C. A. (2018). Gestação: conhecendo a realidade das aldeias indígenas no Brasil. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, Cianorte – PR*, *23* (1), 48-52.
- Juul, S. E., Derman, R. J., & Auerbach, M. (2019). Perinatal Iron Deficiency: Implications for Mothers and Infants. *Neonatology*. *115* (3), 269-274. 10.1159/000495978.
- Karumanchi, S. A., & Granger, J. P. (2016). Preeclampsia and Pregnancy-Related Hypertensive Disorders. *Hypertension*, *67* (2), 238-42. 10.1161/HYPERTENSIONAHA.115.05024.
- Madeiro, A. P., Rufino, A. C., Lacerda, E. Z. G., & Brasil, L. G. (2015). Incidence and determinants of severe maternal morbidity: a transversal study in a referral hospital in Teresina, Piaui, Brazil. *BMC Pregnancy and Childbirth, London*, *15*, 1-9.
- Marcato, S. A. (1980). O indigenismo oficial e os Maxakali (s culos XIX e XX). Retirado de Rubinger, M. M., Amorim, M. S., & Marcato, S. A. * ndios Maxakali: resistència ou morte. Belo Horizonte: Interlivros*.
- Márquez, L., Plana, A., & Villarroya, M.C. (2017). Mortalidad materna en pueblos indígenas y fuentes de datos: alcances y desafíos para su medición en países de América Latina. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/42029-mortalidad-materna-pueblos-indigenas-fuentes-datos-alcances-desafios-su-medicion>.
- Mata, K. S. da., Santos, A. A. P. dos., Silva, J. M. O., Holanda, J. B. L., & Silva, F. C. L. da. (2014). Complica es causadas pela infec o do trato urin rio na gesta o. *Revista Espaço para a Saúde*, *15* (4), 57-63.
- Maxakali, R., Isael, M., Pinheiro, S., & Maxakali, T. (2008). *Hitupm 'ax: curar*. Belo Horizonte: Faculdade de Letras da UFMG, Cipó Voador.
- Medronho, R. A., Bloch, K. V., Luiz, R. R., & Werneck, G. L. (2004). *Epidemiologia*: Atheneu, 127.
- Oliveira, R. C., & Coloma, C. (2009). *O parto e o resguardo Maxakali Cartilha*. Brasília: Ascom-Funasa.
- Oliveira, R. C. (2018). Uso de álcool e problemas relacionados no povo indígena Maxakali/MG: a visão de mundo Maxakali. *UFMG, Faculdade de Odontologia*, Tese (Doutorado).
- OMS Organiza o Mundial da Saúde. (1997). *Classifica o Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados   Saúde: CID-10 Décima revisão*. Traduzido por Centro Colaborador da OMS para a Classifica o de Doenças em Português, 3, São Paulo: EDUSP.
- Pereira, C., Palmira, J., & Salgado, M. (2010). Mastite puerperal. *Saúde infantil*, *32* (2), 92-94.
- Popovich, F. B. (1980). A Organiza o Social dos Maxakali. Disserta o apresentada ao *Departamento de Sociologia da Universidade do Texas em Arlington*, como requisito parcial para obten o do Grau de Mestre em Sociologia, Texas.
- Ribeiro, R. B. (2008). Guerra e paz entre os Maxakali: devir histórico e violência como substrato da pertenc a. (Disserta o de Doutorado). São Paulo: *Pontifícia Universidade Católica de São Paulo*.
- Rubinger, M. M. (1980). Maxakali: o povo que sobreviveu – estudo de fric o interétnica em Minas Gerais. Retirado de Rubinger, M. M., Amorim, M. S., & Marcato, S. A. * ndios Maxakali: resistência ou morte*. Belo Horizonte: Interlivros.
- Sarmiento, I., Paredes-Solís, S., Andersson, N., & Cockroft, A. (2018). Safe birth and cultural safety in southern Mexico: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, *19*, 354.
- Storeng, K. T., Murray, S. F., Akoum, M. S., Ouattara, F., & Filippi, V. (2010). Beyond body counts: a qualitative study of lives and loss in Burkina Faso after 'near-miss' obstetric complications. *Soc Sci Med*, *71*, 1749–56. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.056>.
- Tavares, V. B. (2016). Infec o do trato urin rio na gravidez uma revisão de literatura. *Caderno de Gradua o-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-Pernambuco*, *2* (3), 67.
- Wagner, M. B., & Callegari-Jacques, S. M. (1998). Measures of association in epidemiological studies: Relative risk and odds ratio. *Journal of Pediatrics*, *74*(3), 247–251.
- Wormer, K. C., Jamil, R. T., & Bryant, S. B. (2021). Acute Postpartum Hemorrhage. *Treasure Island (FL): StatPearls Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499988/>.
- Zugaib, M. (2012). *Zugaib obstetr cia*, 2. Editora Manole Ltda.