

**JAQUELINE EMIKO YOSHIHARA**

**PESO AO NASCER DE CRIANÇAS INDÍGENAS DE DOURADOS,  
MS**

**Dourados, MS**

**2015**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS**

**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**CURSO NUTRIÇÃO**

**JAQUELINE EMIKO YOSHIHARA**

**PESO AO NASCER DE CRIANÇAS INDÍGENAS DE DOURADOS,  
MS**

**Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Nutrição da  
Faculdade de Ciências da Saúde como  
pré-requisito para obtenção do título de  
Bacharel em Nutrição.**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Cristina  
Corrêa de Souza**

**Co-Orientadora: Ms. Caroline André  
Souza Jorge**

**Dourados, MS**

**2015**

## **Resumo**

O objetivo do presente estudo foi investigar o peso ao nascer de crianças indígenas e fatores associados. Foi realizado um estudo descritivo de delineamento transversal, com amostra de 36 crianças selecionadas entre mulheres indígenas que referiam gestação. A informação das variáveis foi extraída dos prontuários maternos. A maioria das crianças nasceu no Hospital Universitário (83,3%), de parto normal (69,4%) e com peso adequado (72,1%). Vale ressaltar que 27,8% das crianças apresentaram peso insuficiente/baixo e 41,7% pertenciam ao tercil 1, de menor situação socioeconômica. Os achados refletem pequeno número de crianças com baixo peso ao nascer (5,6%), mas um percentual mais importante de peso insuficiente. Conclui-se, que apesar da melhora no quadro de saúde desta população, é necessária a ampliação dos cuidados, de forma a atingir o maior número de gestantes.

## **Abstract**

The purpose of this study was to investigate the birth weight of indian children and associated factors. It was done a descriptive study of cross-sectional with a sample of 36 children selected among indian women who reported pregnancy. The information of variables was extracted from maternal records. Most of the children were born at the University Hospital (83.3%) of normal birth (69.4%) and appropriate weight (72.1%). It's worth to say that 27.8% of children were underweight / low and 41.7% belonged to the group 1, lower socioeconomic status. The findings reflect small number of children with low birth weight (5.6%), but a greater percentage of underweight. It is concluded that despite the improvement in the health context, the more care is required in order to reach the largest number of pregnant women.

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo dados do Censo Demográfico 2010, no Brasil vivem hoje aproximadamente 896,9 mil indígenas distribuídos por todo o território nacional. No estado de Mato Grosso do Sul essa população soma 73.295 indivíduos, sendo considerado, o segundo estado com maior número de indígenas no país<sup>1</sup>. Na Cidade de Dourados habitam cerca de 14.564 indígenas, destes 6.889 vivem na aldeia Bororó, 7.260 na aldeia Jaguapirú e 415 na aldeia Panambizinho<sup>2</sup>. Os índios que vivem no Estado do Mato Grosso do Sul pertencem a oito etnias, sendo elas Guarani, Kaiowá, Terena, Kadiwéu, Kinikinau, Guató, Ofaié e Atikum<sup>3</sup>. No Município de Dourados as etnias que predominam são Guarani Kaiowá, Guarani Nandeva e Terena.

A escassez de estudos relacionados à população indígena dificulta a compreensão da condição de saúde em que se encontram. O perfil epidemiológico dessa população ainda é pouco conhecido, porém sabe-se que as doenças infecciosas ocupam um papel de destaque e, recentemente, observou-se um aumento no desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis nesses povos<sup>4,5</sup>. O estado nutricional é um dos mais importantes identificadores das condições de saúde de uma população<sup>6</sup>.

O estado nutricional e o crescimento, na população infantil, são basicamente os mais importantes parâmetros da situação de saúde<sup>7</sup>. O peso ao nascer é o indicador isolado de extrema importância na determinação da sobrevivência do neonato, uma vez que crianças com baixo peso (< 2.500 g) estão mais propícias a contrair doenças e até vir a óbito nos primeiros anos de vida. No outro extremo, a macrosomia fetal (> 4.000 g) é relacionada a diversos problemas como asfixia neonatal, hipoglicemia fetal, trabalho de parto prematuro entre outros<sup>8</sup>. Obtido logo após o nascimento, o peso ao nascer determina o estado nutricional do recém-nascido e da mãe e, de fato, tem relação com o crescimento e desenvolvimento infantil e, posteriormente, com o estado de saúde na vida adulta<sup>9</sup>.

O baixo peso ao nascer (< 2.500 g) está associado a maior mortalidade e morbidade neonatal e infantil. Os fatores maternos potencialmente determinantes para o baixo peso ao nascer são: etnia, ganho ponderal insuficiente durante a gestação, estado nutricional materno, consumo de tabaco e drogas em geral, escolaridade materna, estatura da mãe, doenças hipertensivas específicas da gestação, doenças renais, diabetes mellitus (gestacional ou não) idade materna avançada (acima de 35 anos) ou muito

jovem (menos de 20 anos), abortos espontâneos recorrentes, história prévia de filho com baixo peso ao nascer e, cuidados pré-natais. Em relação aos fatores ambientais, se relacionam as condições de baixa renda e escolaridade. A gravidez na adolescência é considerada um importante fator de risco<sup>8,10,11,12</sup>.

Nos últimos anos, alguns estudos têm mostrado que o peso insuficiente ao nascer (2500 g a 2999 g) assim como o baixo peso ao nascer, está associado à maior morbimortalidade infantil, além de doenças infecciosas, infecções respiratórias agudas e a consequências em longo prazo como as doenças crônicas<sup>13,14,15</sup>.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a classificação de peso adequado é de 3000 g a 3999 g<sup>16</sup>. A prematuridade e o retardo do crescimento intra-uterino (RCIU) são os principais fatores condicionantes para o baixo peso ao nascer, além dos fatores maternos como baixo peso pré - gestacional (< 45 kg), tabagismo, ausência de pré-natal, dentre outros<sup>10</sup>. Uma dieta inadequada no período gestacional, tanto insuficiente quanto excessiva, influencia a saúde, o ganho de peso e desenvolvimento adequado do feto<sup>8</sup>.

Devido à escassez de dados e importância desta temática nesses povos, este estudo objetivou investigar o peso ao nascer de crianças indígenas.

## **2 METODOLOGIA**

### **2.1 Métodos da coleta de dados inicial: gestantes**

Foi realizado um estudo descritivo de delineamento transversal nas aldeias Bororó e Jaguapirú, situadas na reserva indígena localizada na Cidade de Dourados, MS. Foram estimados 500 domicílios para a coleta de dados, pois este é um subprojeto do projeto intitulado “Perfil de saúde e nutrição dos indígenas de Dourados, MS”. Os domicílios foram sorteados a partir de uma lista retirada do mapa das aldeias<sup>17</sup>. O sorteio foi realizado através de amostra aleatória simples pelo programa SPSS versão 2.1, disponibilizadas em GPS da marca Garmin e Trex® para facilitar a identificação dos domicílios.

Foi realizado treinamento com as equipes e os tradutores para a padronização das técnicas e aplicação dos questionários. Em caso de necessidade de tradução dos questionários, era realizada pelo tradutor logo após a leitura feita pelos entrevistadores. Em caso de ausência do responsável, os entrevistadores voltavam até três vezes na mesma residência para considerar como perda amostral.

Um estudo piloto foi realizado para verificar a adequação dos questionários com 10 domicílios da aldeia (não incluídos na amostra). Após a conclusão do mesmo, foram estabelecidos os ajustes necessários para a eficiência do questionário.

A coleta de dados foi realizada por três equipes, compostas por alunos do Mestrado em Ciências da Saúde, da Residência Multiprofissional em Saúde e acadêmicos do curso de graduação em Nutrição da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) para a coleta de dados, acompanhados de um tradutor indígena para facilitar a comunicação com os entrevistados.

Um questionário adaptado a partir do material utilizado no 1º Inquérito Nacional de Saúde Indígena foi aplicado às mulheres responsáveis pelos domicílios. A partir da aplicação deste questionário foram identificadas as mulheres com faixa etária entre 10-60 anos e verificadas as que estavam em período gestacional.

A classificação socioeconômica foi realizada com base na quantidade de bens duráveis nos domicílios, e pautada na análise fatorial, a partir da técnica de análise de componentes principais. Dezenove bens foram investigados, porém, houve a exclusão

de um (ralador de mandioca com motor) devido ao fato de nenhum dos domicílios possuir esse bem. Assim, foi realizada matriz de correlações de 18 bens duráveis. As correlações variaram entre -0,95 (animal de carga x computador) e 0,479 (televisão x videocassete/DVD). O teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) atingiu valor de 0,75, indicando adequação da amostra para análise proposta. A extração resultou em 8 componentes. O valor inicial do primeiro componente foi 3,224 sendo responsável por 17,91% da variância. Já o segundo componente obteve valor inicial de 1,587 com variância correspondente a 8,81%. A partir do segundo componente verificou-se discreta diferença entre as variâncias. Apenas o primeiro componente foi considerado na classificação socioeconômica, com exclusão das variáveis com correlação <1 (animal de carga, motor de popa, telefone fixo, ar-condicionado). O resultado da análise de componentes principais gerou um valor para cada bem durável que foi multiplicado pelo número de itens em cada domicílio. Posteriormente, esse escore foi analisado em 3 classes de acordo com a medida separatriz tercil.

## **2.2 Métodos da coleta de dados final: crianças**

Para a coleta dos dados das crianças foi necessário o retorno à reserva indígena e visita aos hospitais para a identificação dos nascimentos ocorridos após a finalização das visitas iniciais.

Os dados da criança incluíram: aldeia que reside (Bororó ou Jaguapirú), peso ao nascer (kg), local do nascimento (Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, Hospital da Missão Evangélica Caiuá ou na aldeia Jaguapirú ou Bororó), sexo (masculino ou feminino), tipo de parto (normal ou cesáreo) e situação socioeconômica (tercil socioeconômico).

A informação do peso ao nascer (em gramas), local e tipo de parto e sexo da criança foram retirados da caderneta de vacinação e, também, dos prontuários maternos cedidos pelos hospitais do município. Participaram do estudo apenas as crianças cujo peso se encontrava na caderneta de vacinação e nos prontuários. Os dados referentes à situação socioeconômica foram extraídos do banco de dados do projeto inicial. O peso ao nascer foi classificado segundo Puffer e Serrano como baixo peso < 2500 g, peso insuficiente de 2500 a 2999 g e peso adequado  $\geq$  a 3000 g<sup>18</sup>.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Grande Dourados (CEP/UFGD) – protocolo nº009/2011, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) – parecer nº 653/2011 com anuência das lideranças indígenas. Os dados foram coletados através de entrevistas após a concessão de permissão e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi obtido também consentimento por escrito das lideranças dos indígenas das aldeias.

A análise estatística foi realizada utilizando o pacote estatístico STATA versão 13. Foram calculadas as frequências de todas as características socioeconômicas e demográficas conforme aldeia indígena.

### 3 RESULTADOS

A coleta de dados inicial foi realizada entre julho e setembro de 2013 e, posteriormente ao nascimento das crianças, nos meses de janeiro e fevereiro de 2015. Dos domicílios sorteados, foram encontrados 435 (87%). Foi excluído um recém-nascido natimorto. A amostra consistiu de 36 crianças.

A Tabela 1 mostra as características das crianças indígenas recém-nascidas. Os resultados revelaram que na aldeia Jaguapirú a quantidade de nascimentos foi superior (61,1%) que a Bororó (38,8%). Em relação à variável sexo, foi observado que nasceram mais crianças do sexo masculino (58,3% contra 41,7%). O local de nascimento que apresentou maior prevalência de partos foi no Hospital Universitário (83,3%), seguido pelo Hospital da Missão (13,9%) e, por último partos domiciliares na aldeia (2,8%). A respeito do tipo de parto os achados foram de 25 partos normais e 11 cesárias, correspondendo a 69,4% e 30,6%, respectivamente. Quanto ao peso ao nascer das crianças indígenas, se encontravam em baixo peso (BP) apenas duas crianças (5,6%). Com peso insuficiente (PI) nasceram oito (22,2%). Já com peso adequado (PA) foram 26 crianças (72,2%). Com excesso de peso (EP) não foi registrada nenhuma criança.

A Tabela 2 demonstra a associação de peso ao nascer com o perfil socioeconômico, distribuído em três tercis, das crianças das aldeias Bororó e Jaguapirú. As crianças que se apresentaram com baixo peso ao nascer (5,6%) foram classificadas no tercil 1. Em relação às crianças com peso insuficiente (22,2%), foram classificadas no tercil 1 8,3% e 11,1% no tercil 2. Notou-se que dos recém-nascidos indígenas com peso adequado (72,2%), encontravam-se no tercil 1 27,7% e 24,9% no tercil 2.

## 4 DISCUSSÃO

O peso ao nascer é o parâmetro mais importante e utilizado mundialmente para determinar o estado de saúde do recém-nascido. Alguns autores observaram em seus estudos que o peso ao nascer influencia diretamente no desenvolvimento das crianças ao longo do primeiro ano de vida<sup>8,19,9</sup>. Outros artigos sugerem que o peso ao nascer reflete no estado nutricional durante os primeiros anos de vida da criança podendo evoluir para a obesidade ou desnutrição<sup>20</sup>, este tema vem sendo muito abordado ultimamente devido à correlação positiva com a saúde do indivíduo no futuro<sup>21,22</sup>.

O presente estudo constatou que a proporção de nascimentos foi maior na aldeia Jaguapirú do que na Bororó, pelo fato da maioria das gestantes identificadas naquele momento residirem nessa aldeia.

O estudo revelou que a maioria dos recém nascidos era do sexo masculino, diferentemente do encontrado no estudo de Pícoli et al<sup>23</sup> sobre saúde materno-infantil e nutrição de crianças Kaiowá e Guaraní, área indígena de Caarapó, Mato Grosso do Sul onde constataram que das crianças participantes 61,3% eram meninas e 38,7% meninos. Os autores avaliaram 137 crianças, número superior ao do presente estudo. Talvez este fato possa justificar os diferentes resultados.

Quanto ao local de nascimento, a maior parte dos partos (97,2%) foi realizada em hospitais e apenas 2,8% teve o parto no domicílio. Enquanto que Ribas e Philippi<sup>24</sup> em seu estudo sobre os aspectos alimentares e nutricionais de mães e crianças indígenas Terenas, MS, encontraram um número superior de partos domiciliares (28,2%). Maior ainda foi o número de partos domiciliares observados por Pícoli et al<sup>23</sup> (53,3%). Pode-se verificar que nos dias atuais as mulheres indígenas estão tendo mais cuidado com sua saúde e de seus filhos durante o período gestacional visto que procuram mais a assistência hospitalar a fim de garantir segurança e qualidade no momento do parto. É importante ressaltar que essa aceitação pelo atendimento hospitalar pode ser fruto das políticas de saúde pública que aos poucos está sendo disseminada até as terras indígenas, o que não era realidade durante muitos anos. Pícoli et al<sup>23</sup> relatam em seu trabalho, que antigamente a maioria dos partos eram realizados na aldeia, devido às dificuldades de transporte e a demora no atendimento à gestante no momento do parto.

Vale ressaltar que a população do presente estudo reside na periferia da cidade e esta proximidade pode causar mudanças nos hábitos de vida das gestantes indígenas, além de facilitar o acesso ao atendimento intra-hospitalar.

Observou-se que, em relação ao tipo de parto, mais da metade das crianças nasceram de parto normal (69,4%) e 30,6% foram cesarianas. Já Ribas e Philippi<sup>24</sup> encontraram em seu estudo, 84,3% de partos normais e apenas 15,7% cesáreas. Estes dados são contrários aos dos não indígenas, já que o Ministério da Saúde identificou em 2014 que mais da metade dos partos no Brasil foram cesarianas (55,6%)<sup>21</sup>. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realiza, há mais de uma década, um trabalho contínuo para a promoção do parto normal e a redução do número de cesarianas. A cesariana quando não tem indicação médica, provoca riscos desnecessários à saúde da mulher e do bebê, além de aumentar em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplicar o risco de morte da mãe<sup>25</sup>.

A respeito do peso ao nascer dos recém-nascidos avaliados, a porcentagem de peso adequado foi superior em relação às outras classificações. Dados encontrado por Pícoli et al<sup>23</sup> em seu estudo revelaram que, 69,6% das crianças nasceram com peso adequado e 30,4% baixo peso, o resultado de peso adequado foi parecido ao do presente estudo, porém o baixo peso foi mais elevado. Ribas e Phillipi<sup>24</sup> identificaram 12,5% de baixo peso, número também superior ao deste estudo. Kuhl et al<sup>26</sup> que identificaram em seu estudo sobre o perfil nutricional de crianças indígenas Kaingáng da Terra Indígena de Mangueirinha, Paraná, onde 81,6% de peso adequado e 18,4% de baixo peso, apesar de ser etnia diferente percebe-se que o percentual de peso adequado foi superior ao de baixo peso como mostrou o presente estudo.

Já Mendes<sup>27</sup> relata em estudo sobre fatores de risco para baixo peso na aldeia Jaguapirú, Dourados, que 18% das crianças nasceram com peso insuficiente e 14% com BP. Pode-se observar que entre a realização destes estudos ocorreu uma redução no percentual de baixo peso, mas em contrapartida o aumento de peso insuficiente não pode passar despercebido, estes resultados levam a hipótese de que a situação de saúde destes povos está em transição. Em seu estudo Tourinho e Reis<sup>8</sup> concluíram que desvios no peso ao nascer, sejam eles para o aumento do peso ou para o retardo de crescimento, estão relacionados com o aumento da morbimortalidade infantil e devem ser avaliados precocemente.

Os dados sobre peso ao nascer obtidos no presente estudo constataram que mais da metade das crianças estavam com peso adequado e destes, a maioria se adequaram no perfil socioeconômico 1 (27,7%), ou seja, o tercil que representa as famílias que possuem menor nível econômico. Verificou-se que, quando aplicado o valor de  $p$  não houve associação entre as variáveis ( $p = 0,336$ ). Sendo a maioria das crianças classificadas como baixa renda, os resultados evidenciam que a situação socioeconômica, nesse momento, não influenciou no estado nutricional das crianças. O contrário foi observado por outros autores que, afirmaram em seus estudos que a baixa condição financeira caracteriza um importante fator de risco para o peso ao nascer, especialmente o baixo peso ao nascer<sup>27,24</sup>. Segundo dados da OMS, todos os anos, mais de 20 milhões (15 a 20%) de bebês nascem com peso inferior a 2,5 kg, mais de 96% delas em países em desenvolvimento<sup>28</sup>.

Em síntese, os achados refletem maior prevalência de peso adequado, indicando um possível avanço na saúde desta população. Vale ressaltar o percentual expressivo de peso insuficiente, o que se torna um fator preocupante, já que nos últimos anos alguns estudos têm mostrado que o peso insuficiente, representa riscos para morbimortalidade infantil e outras consequências em longo prazo<sup>13,14,15</sup>. Portanto, conclui-se, que apesar da melhora no quadro de saúde desta população, é necessária a ampliação dos cuidados, de forma a atingir o maior número de gestantes.

### **Agradecimentos**

À minha família e amigas pelo apoio e incentivo. À minha orientadora e co-orientadora pela paciência na orientação. À Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia (FUNDECT) pelo financiamento do projeto.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os indígenas no Censo demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Rio de Janeiro: IBGE; 2012. 8,9 e 12p.
2. SESAI – Secretaria Especial da Saúde Indígena. Pólo Base de Dourados/DSEI-MS/SESAI/MS.
3. Ferreira MEV, Matsuo T, Souza RKT. Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública (Rio J)**. 2011;27:2327-2339.
4. Pereira JP, Oliveira MAA, Oliveira JS. Anemia em crianças indígenas da etnia Karapotó. **Rev Bras Materno Infantil (Recife)**. 2012; 12:375-382.
5. Coimbra Jr. CEA, Santos RV, Escobar AL. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FioCruz: Abrasco; 2005. 10 e 14p.
6. Morais MB, Alves GMS, Fagundes-Neto U. Estado nutricional de crianças indígenas terenas: evolução do peso e estatura e prevalência atual de anemia. **J Pediatr (Rio J)**. 2005; vol.81, nº5.
7. Alves GMS, Morais MB, Neto UL. Estado nutricional e teste do hidrogênio no ar expirado com lactose e lactulose em crianças indígenas terenas. **J Pediatr (Rio J)**. 2002; 78:113-9.
8. Tourinho AM, Reis LBSM. Peso ao nascer: Uma abordagem nutricional. [dissertação] **Com. Ciências Saúde**. 2013; 22:19-30.
9. Motta MEFA, Silva GAP, Araujo OC, Lira PI, Lima MC. O peso ao nascer influencia o estado nutricional ao final do primeiro ano de vida? **J Pediatr (Rio J)**. 2005; 81:377-82.
10. Franciotti DL, Mayer GN, Cancelier ACL. Fatores de risco para baixo peso ao nascer: um estudo de caso-controle. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. 2010; Vol 39, nº 3.
11. Gurgel MGI, Alves MDS, Vieira NFC, Pinheiro PNC, Barroso GT. Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. *Esc Anna Nery revista Enferm*. 2008; 12:799-05.
12. Maia RRP, Souza JMP. Fatores associados ao baixo peso ao nascer em município do Norte do Brasil. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum*. 2010; 20:735-744.
13. Barbas DS, Costa AJL, Luiz RR, Kale PL. Determinantes do peso insuficiente e do baixo peso ao nascer na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, 2001. **Epidemiol Serv Saúde (Brasília)**. 2009; 18:161-170.

14. Antonio MARGM, Zanolli ML, Carniel EF, Morcillo AM. Fatores associados ao peso insuficiente ao nascimento. **Rev Assoc Med Bras.** 2009; 55:153-7.
15. Azenha VM, Mattar MA, Cardoso VC, Barbieri MA, Ciampo LAD, Bettiol H. Peso insuficiente ao nascer: estudo de fatores associados em duas coortes de recém-nascidos em Ribeirão Preto, São Paulo. **Rev Paul Pediatr (SP).** 2008; 26:27-35.
16. Lima GSP, Sampaio HAC. Influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido: estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí. **Rev Bras Saúde Matern Infantil (Recife)**, 2004; 4(3): 253-261.'12.
17. IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção Geográfica – Datum SAD69. Malha Digital Municipal. Disponível em: <http://mapas.ibge.gov.br/bases-referenciais/bases-cartograficas/malhas-digitais>. Acesso em 14 Abr. 2013.
18. Puffer RR, Serrano CV. Patterns of birthweights. Washington (DC): PAHO. Scientific Publication, 504. 1987; p. 109.
19. Santos MTM. Fatores relacionados ao peso ao nascer: influência de dados gestacionais [dissertação]. UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora; 2014.
20. Martins EB, Carvalho MS. Associação entre peso ao nascer e o excesso de peso na infância: revisão sistemática. **Cad Saúde Pública (Rio J)**. 2006; 22:2281-2300.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasil, 2012.
22. Santos SP, Oliveira LMB. Baixo peso ao nascer e sua relação com obesidade e síndrome metabólica na infância e adolescência. **Rev Ci Med Biol (Salvador)**. 2011; p.329-336.
23. Pícoli RP, Carandina L., Ribas DLB. Saúde materno-infantil e nutrição de crianças Kaiowá e Guaraní, área indígena de Caarapó, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública (Rio J)**. 2006; 22:223-227.
24. Ribas DLB, Philippi ST. Aspectos alimentares e nutricionais de mães e crianças indígenas terena, Mato Grosso do Sul. **Cad Saúde Pública (Rio J)**. 2001.
25. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. (Acessado em 05 out. 2015) Disponível em: [http:// www.ans.gov.br/aans/noticias](http://www.ans.gov.br/aans/noticias).
26. Kuhl AM, Corso ACT, Leite MS, Bastos JL. Perfil nutricional e fatores associados à ocorrência de desnutrição entre crianças indígenas Kaingáng da Terra Indígena de Mangueirinha, Paraná, Brasil. **Cad Saúde Pública (Rio J)**. 2009; 25:409-420.
27. Mendes RCD. Fatores de risco para baixo peso ao nascer em índias gestantes assistidas pelas equipes de saúde da família na aldeia Jaguapirú, Dourados (MS) [dissertação]. Universidade de Brasília; 2009.

28. World Health Organization (WHO). Global Nutrition Targets 2025: Low birth weight policy brief. WHO, 2014.

**Tabela 1** – Características das crianças indígenas recém-nascidas. Dourados, MS, Brasil, 2013/2014.

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Aldeia		
Bororó	14	38,8
Jaguapirú	22	61,1
Sexo		
Masculino	21	58,3
Feminino	15	41,7
Local de nascimento		
HU/UFGD*	30	83,3
Hospital da Missão	5	13,9
Aldeia	1	2,8
Tipo de parto		
Normal	25	69,4
Cesáreo	11	30,6
Peso ao nascer (g)		
BP (< 2500)	2	5,6
PI (2500-2999)	8	22,2
PA ( $\geq$ 3000)	26	72,2

HU/UFGD: \*Hospital Universitário da Grande Dourados; BP (baixo peso), PI (peso insuficiente); PA (peso adequado).

**Tabela 2** – Classificação do peso ao nascer conforme perfil socioeconômico das crianças nas aldeias Bororó e Jaguapirú de Dourados – MS, 2013/2014.

<b>Classificação do peso ao nascer</b>	<b>Baixo Peso</b> n (%)	<b>Peso Insuficiente</b> n (%)	<b>Peso Adequado</b> n (%)	<b>Valor p</b>
Amostra	2 (5,6)	8 (22,2)	26 (72,2)	
Nível socioeconômico				
Tercil 1 (n)	2 (13,3)	3 (20)	10 (66,6)	0,336
Tercil 2 (n)	0 (0,0)	4 (30,7)	9 (69,2)	
Tercil 3 (n)	0 (0,0)	1(12,5)	7 (87,5)	

Tercil 1: menor nível socioeconômico.