

Universidade de Brasília  
Faculdade de Medicina  
Núcleo de Medicina Tropical

**SHEILA PACHECO SILVA**

***Características clínico-epidemiológicas das  
crianças indígenas internadas por doenças  
infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria  
Clínica do Hospital Universitário de Brasília***

Brasília – DF

2007



**SHEILA PACHECO SILVA**

***Características clínico-epidemiológicas das  
crianças indígenas internadas por doenças  
infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria  
Clínica do Hospital Universitário de Brasília***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Medicina Tropical da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (UnB) como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Medicina Tropical

**Área de concentração – Clínica das doenças infecciosas e parasitárias**

Orientador: Professor Dr. Pedro Luiz Tauil

***Brasília – DF***

***2007***

S586 Silva, Sheila Pacheco.

Características clínico-epidemiológicas das crianças indígenas internadas por doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília / Sheila Pacheco Silva; Pedro Luiz Tauil (orientador). – Brasília, 2007.

xiv, 106f. : il., 29 cm

Dissertação (mestrado) – Universidade de Brasília, Faculdade de Medicina, Núcleo de Medicina Tropical, 2007.

1. Crianças indígenas. 2. doenças infecciosas. 3. doenças parasitárias. 4. internações. 5. epidemiologia. 6. pediatria.  
I. Tauil, Pedro Luiz. II. Título.

CDU: 616.9-053.2(81=082)

Aos meus pais, Leila e Juvenal, professores, pelo amor, carinho, compreensão e apoio logístico para facilitar a minha vida acadêmica e profissional.

Aos meus irmãos, Grazielle e Juvenal Júnior, pelo conforto nas horas de estresse e por compartilharem comigo o desejo de ser PROFESSOR.

Aos meus alunos, atuais e futuros, por manter acesa, em mim, a vontade constante de aprender.

À Equipe da Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, da qual tenho orgulho em fazer parte.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força e por iluminar meus caminhos todos os dias da minha vida.

Ao querido Professor Pedro Luiz Tauil, orientador e mestre, mão amiga na hora do sofrimento, sorriso largo ao compartilhar o sucesso. Com meus sinceros agradecimentos deixo o desejo de ser para os meus alunos o amparo que o senhor foi para mim.

À saudosa Professora Vanize Macedo (*in memoriam*), um ser humano inesquecível que cruzou o meu caminho durante a Faculdade e que confirmou em mim, com seu senso de humor incomparável e com todo o conhecimento médico que parecia não caber em uma só pessoa, o desejo de ensinar.

Aos demais professores do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade de Brasília, por seu exemplo.

Ao sempre solícito Juan, pelos ensinamentos e sugestões para a análise dos resultados.

À Dra. Maria Custódia Machado Ribeiro, chefe da Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, pelo apoio, confiança e por fazer o possível para que eu pudesse concluir mais esta etapa da minha vida.

Aos Drs. Dioclécio Campos Júnior e Ícaro Batista Camargo, pelo apoio.

Às amigas Alciara, Karla, Renata, Viviane e Fernanda, pelo amor, incentivo e apoio muitas vezes acreditando mais em mim do que eu mesma.

Às amigas Geane, Julianne, Héliida e Vanessa, pediatras, por seu carinho e amizade.

À querida Rosarita, sem a qual, certamente, este trabalho não teria sido possível.

Aos meus colegas de trabalho, especialmente a Dra. Andréa Nogueira, que compartilha comigo o atendimento às crianças do Hospital Universitário de Brasília e do Hospital Regional de Ceilândia, pelas palavras de incentivo e carinho, não só para o mestrado mas para a vida.

À equipe do Arquivo Médico do Hospital Universitário de Brasília pelo atendimento cordial tornando possível a coleta dos dados, independente do horário,

A Gilberto e Iraneide, ex-residentes, atuais pediatras, pela ajuda inestimável através do fornecimento de material particular sobre índios brasileiros.

Aos ex-alunos Paula, Baiano, Dani e Branco, pela preocupação e disponibilidade.

Ao ex-aluno Antônio Victor, que se desdobrou para conseguir o SPSS para a realização desse trabalho.

“O futuro pertence aos que acreditam na beleza de seus sonhos.”

Eleanor Roosevelt



## SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	vi
LISTA DE FIGURAS.....	ix
LISTA DE ABREVIATURAS.....	x
RESUMO.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. JUSTIFICATIVA.....	3
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	4
3.1. Doenças infecciosas e parasitárias na infância.....	4
3.2. Saúde indígena no Brasil.....	8
3.2.1. População.....	8
3.2.2. Histórico.....	11
3.2.3. Situação atual.....	13
3.3. Saúde da criança indígena.....	17
3.3.1. Morbidade.....	17
3.3.2. Mortalidade.....	18
3.3.3. Mortalidade proporcional por grupo etário.....	22
3.3.4. Prevenção.....	23
4. OBJETIVOS.....	25
4.1. Geral.....	25
4.2. Específicos.....	25
5. MÉTODOS.....	27
5.1. Tipo de estudo.....	27
5.2. Características do local de estudo.....	27
5.3. Fonte e coleta dos dados.....	28
5.4. Critérios de inclusão.....	28
5.5. Critérios de exclusão.....	29
5.6. Variáveis analisadas.....	29
5.7. Aspectos éticos.....	32
5.8. Análise estatística.....	33
6. RESULTADOS.....	34
6.1. População estudada.....	34
6.2. Características clínico-epidemiológicas.....	37
6.2.1. Sexo.....	37
6.2.2. Idade.....	38
6.2.3. Etnia.....	39
6.2.4. Procedência.....	40
6.2.5. Frequência de internações.....	43
6.2.6. Tempo de internação.....	44
6.2.7. Estado nutricional.....	45
6.2.8. Diagnósticos clínicos.....	47
6.2.9. Tratamento.....	50
6.2.10. Desfecho da internação.....	55
6.3. Associações.....	57
7. DISCUSSÃO.....	60
8. CONCLUSÕES.....	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
ANEXOS.....	87

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição absoluta e relativa das causas de morte em crianças menores de 5 anos, no mundo, em 2002.....	5
Tabela 2. Distribuição absoluta e relativa das causas de morte em crianças menores de 5 anos, no Brasil, em 2002.....	5
Tabela 3. Distribuição absoluta e relativa da população indígena no Brasil, segundo as Unidades da Federação, em 2000.....	9
Tabela 4: Distribuição do coeficiente de mortalidade infantil indígena (por mil nascidos vivos), segundo o Distrito Sanitário Especial Indígena, de 2000 a 2005.....	21
Tabela 5. Distribuição absoluta e relativa dos diagnósticos das internações das 17 crianças indígenas com doenças não infecto-parasitárias, segundo o diagnóstico clínico, na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.....	36
Tabela 6. Distribuição absoluta e relativa das crianças indígenas internadas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo o sexo, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.....	37
Tabela 7. Distribuição absoluta e relativa das crianças indígenas internadas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo os grupos etários pediátricos, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.....	38
Tabela 8. Distribuição absoluta e relativa das crianças indígenas internadas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo os indicadores demográficos, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.....	39
Tabela 9. Distribuição absoluta e relativa das crianças indígenas internadas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo a etnia, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.....	40
Tabela 10. Distribuição absoluta e relativa das crianças indígenas internadas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo o Distrito Sanitário Especial Indígena de procedência, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.....	41
Tabela 11. Distribuição absoluta das etnias das crianças indígenas internadas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo o Distrito Sanitário Especial Indígena de procedência, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.....	42
Tabela 12. Distribuição absoluta e relativa das internações das crianças indígenas internadas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do	

Hospital Universitário de Brasília, segundo o grupo etário utilizado em Pediatria, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.....	43
Tabela 13. Distribuição absoluta e relativa das internações das crianças indígenas doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo a duração em dias, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.....	44
Tabela 14. Distribuição absoluta e relativa das internações de crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias internadas na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo a classificação do estado nutricional, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.....	46
Tabela 15. Distribuição absoluta e relativa das internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo os diagnósticos clínicos mais freqüentes, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.....	48
Tabela 16. Distribuição absoluta e relativa das internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo a etiologia provável dos diagnósticos clínicos, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.....	49
Tabela 17. Distribuição absoluta e relativa das internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo a localização da infecção, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.....	50
Tabela 18. Distribuição absoluta e relativa dos tratamentos utilizados nas internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo as classes de medicamentos, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.....	51
Tabela 19. Distribuição absoluta e relativa dos tratamentos utilizados nas internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo o grupo de antibióticos prescritos, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.....	52
Tabela 20. Distribuição absoluta e relativa dos antibióticos prescritos nas internações de crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.....	53
Tabela 21. Distribuição absoluta e relativa dos tratamentos utilizados nas internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo a necessidade de troca de antibióticos, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.....	54
Tabela 22. Distribuição absoluta e relativa dos antifúngicos prescritos nas internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.....	54

Tabela 23: Distribuição absoluta e relativa dos antiparasitários prescritos nas internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.....	55
Tabela 24. Distribuição absoluta e relativa dos antivirais prescritos nas internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.....	55
Tabela 25. Distribuição absoluta e relativa dos desfechos das internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.....	56
Tabela 26. Associação entre etnia e re-internação nas internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.....	58
Tabela 27. Associação entre grupo etário pediátrico e re-internação nas internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.....	58
Tabela 28. Associação entre desnutrição e re-internação nas internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.....	59
Tabela 29. Associação entre etnia xavante e desnutrição nas internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.....	59

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Evolução do número de indígenas no Brasil, segundo o IBGE.....	10
Figura 2. Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.....	14
Figura 3. Organização interna de um Distrito Sanitário Especial Indígena e fluxo de atenção à saúde.....	16
Figura 4. Distribuição do coeficiente de mortalidade infantil da população indígena de 2000 a 2005.....	19
Figura 5. Fluxograma dos procedimentos realizados para selecionar os prontuários das crianças indígenas internadas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.....	35
Figura 6. Distribuição relativa das crianças indígenas internadas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo o sexo, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.....	37
Figura 7. Distribuição relativa das internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo o tempo de internação, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.....	45
Figura 8. Distribuição relativa das internações de crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo a presença de desnutrição na primeira internação, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.....	46
Figura 9. Distribuição relativa das internações de crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo a classificação do estado nutricional, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.....	47
Figura 10. Distribuição relativa das internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo os diagnósticos clínicos mais frequentes, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.....	49

## LISTA DE ABREVIATURAS

- CEP/UnB – Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília
- CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, décima revisão.
- CIMI – Conselho Missionário Indigenista
- CMI – Coeficiente de Mortalidade Infantil
- CONEP/MS – Comitê Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde
- CORE – Coordenação Regional
- DAEP – Diretoria Adjunta de Ensino e Pesquisa
- DATASUS – Departamento de Informática do SUS
- DESAI – Departamento de Saúde Indígena
- DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena
- DSEIs – Distritos Sanitários Especiais Indígenas
- FUNAI – Fundação Nacional do Índio
- FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
- HBDF – Hospital de Base do Distrito Federal
- HUB – Hospital Universitário de Brasília
- I – Idade
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IgA – Imunoglobulina A
- IgG – Imunoglobulina G
- IRAs – Infecções respiratórias agudas
- ISA – Instituto Socioambiental
- MS – Ministério da Saúde
- NCHS – *National Center of Health Statistics*
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- ONGs – Organização não-governamentais
- OR – *Odds ratio*
- P – Peso
- P/I – Índice de relação do peso para a idade esperada no percentil 50
- PNX – Parque Nacional do Xingu
- SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria
- SES - DF – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SIASI – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena  
SPA – Setor de Pronto Atendimento  
SPI – Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais  
SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*  
SUS – Sistema Único de Saúde  
Susa – Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas  
UnB – Universidade de Brasília  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva  
X<sup>2</sup> – Qui-quadrado

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** As populações indígenas constituem um segmento da sociedade que necessita de cuidados especiais de saúde. Não se conhece ainda suficientemente a incidência e distribuição dos principais agravos que acometem essas populações. A mortalidade infantil conhecida é muito elevada, particularmente devida a doenças infecciosas. O estudo das características clínico-epidemiológicas das crianças indígenas com doenças infecciosas, internadas em hospital de referência para assistência à população indígena em geral, pode contribuir para a melhoria do planejamento e organização das ações de prevenção e controle desses agravos.

**OBJETIVO:** Avaliar as características clínicas e epidemiológicas das crianças indígenas internadas por doenças infecciosas e parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

**MÉTODOS:** Estudo com dois componentes: um descritivo, em que foram avaliadas as variáveis idade, sexo, etnia, estado nutricional, frequência e tempo de internação, diagnóstico, tratamento e desfecho da internação, e outro, analítico, no qual buscou-se verificar associação entre idade, estado nutricional e etnia com re-internação e, também, etnia e estado nutricional.

**RESULTADOS:** Crianças do sexo masculino foram internadas mais vezes (60%). Noventa e três por cento eram menores de 5 anos, destes 78% eram lactentes. A etnia Xavante foi a mais freqüente e representou risco para desnutrição (OR=2,39; p=0,002). A média de internações foi de 1,8 por criança e o tempo médio de permanência na enfermaria foi de 18 dias. Desnutrição ocorreu em 77% dos pacientes. As doenças mais freqüentes foram pneumonia (71,6%) e diarreia (39,2%). Antibióticos foram necessários em 91,4% das internações, mas a troca de esquema foi pouco comum (24%). O desfecho foi favorável em 80% das vezes. A criança desnutrida tem 2 vezes mais chance de ser re-internada (OR=2,02; p=0,003).

**CONCLUSÃO:** o perfil predominante da criança indígena internada na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília é o de uma criança do sexo masculino, etnia xavante, com idade inferior a 2 anos, desnutrido, com pneumonia e/ou diarreia, com alta probabilidade de retornar, curada ou melhorada, à aldeia ao final da internação. As crianças xavantes apresentaram maior risco para desnutrição que as de outras etnias e a re-internação de crianças desnutridas foi duas vezes maior que as não desnutridas.

**Palavras-chave:** criança indígena; doenças infecciosas, internação.



## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The indigenous population is a segment of Brazilian society who needs special health care. The incidence and distribution of its main health problems are not known enough. The child mortality is higher than the non-indigenous population, particularly due to infectious diseases. The study of its clinical and epidemiological characteristics of indigenous children with infectious diseases, treated in reference hospital to indigenous population may contribute to the improvement of planning and organization of diseases prevention and control measures.

**OBJECTIVE:** To evaluate clinical and epidemiological characteristics of indigenous children admitted at University Hospital of Brasília with infectious and/or parasitic diseases, between May 2<sup>nd</sup> 2000 and May 2<sup>nd</sup> 2006.

**METHODS:** The study has two components: first, descriptive, in which the variables age, gender, ethnic group, nutritional status, frequency and duration of hospital stay, diagnostics, treatment and admission's end were evaluated; second, analytical, in which the association between age, nutritional status and ethnic group with hospitalization, and also ethnic group and nutritional status were verified.

**RESULTS:** Boys were admitted more times (60%). Ninety and three per cent were up to 5 years old and, of them, 78% were under two years old. The ethnic group Xavante was the most frequent and presented higher risk for malnutrition (OR=2.39; p=0.002). The mean of days of hospitalization was 1.8 per child and the mean time of hospital stay was 18 days. Malnutrition occurred in 77% of the patients. The most frequent diseases were pneumonia (71.6%) and acute diarrhea (39.2%). Antibiotics were necessary in 91.4% of the admissions but the change of treatment was uncommon (24%). The conditions of discharge from hospital were favorable in 80% of the times. The child with malnutrition had two times more probability of hospitalization (OR=2.02; p=0.003).

**CONCLUSION:** The predominant profile of indigenous children who are admitted in pediatric ward of University Hospital of Brasília is: of Xavante ethnic group, male, younger than 2 years old, with malnutrition, pneumonia and/or diarrhea, with 80 per cent of probability to return to your home, healed or in better conditions. The xavante children had higher risk for malnutrition than the other indigenous children and the hospitalization of children of malnutrition was two times higher than the children without malnutrition.

**Key words:** indigenous children; infectious diseases, hospitalization.



## 1. INTRODUÇÃO

As populações indígenas constituem um segmento da sociedade que necessita de cuidados especiais de saúde. Na maioria dos casos não têm acesso a saneamento básico ou abastecimento de água apropriada para consumo humano, medidas simples que por si só já ajudariam a melhorar suas condições de vida e saúde (FONTBONNE et al., 2001; LEITE et al., 2006). Conseqüentemente, as taxas de morbidade e mortalidade por doenças infecciosas nessas populações são elevadas (ESCOBAR et al., 2003).

Em um levantamento epidemiológico na população de índios Pakaanóva, no estado de Rondônia, realizado entre 1995 e 1997, constatou-se que as principais causas de óbito foram doenças infecciosas e parasitárias e que 30% dos óbitos foram verificados em crianças menores de cinco anos (ESCOBAR et al., 2003).

Dados do Departamento de Saúde Indígena (DESAI) da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), do Ministério da Saúde (MS), de 2002, mostraram que as principais doenças diagnosticadas nas aldeias foram as doenças infecto-parasitárias, representando 35,8% dos atendimentos. As doenças mais freqüentes foram helmintíases, diarreia, micose, pediculose, tuberculose e malária. Já o principal motivo de consultas de crianças indígenas foi em conseqüência de infecções respiratórias agudas (IRAs) e as causas de óbito mais freqüentes foram as pneumonias (SERAFIM, 2004).

Há que se considerar, também, a alta incidência de doenças como escabiose, pediculose e piodermite (ALVAREZ et al., 1991) que sinalizam a higiene individual inadequada e, principalmente em crianças, acompanham as doenças de maior gravidade.

A criação e implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) estão melhorando não só o atendimento prestado aos indígenas como também a coleta de dados epidemiológicos, facilitando a programação de ações efetivas para a melhoria da saúde dessa população. A assistência médica é prestada nas aldeias, ou nos pólos-base, por equipes multidisciplinares, sendo os

problemas mais graves encaminhados a um hospital da rede de referência do Sistema Único de Saúde (SUS) (SERAFIM, 2004).

O Hospital Universitário de Brasília (HUB) é considerado, desde 2000, um dos hospitais de referência para o atendimento de indígenas na Região Centro-Oeste. Desde então, houve mais de 400 internações na Enfermaria de Pediatria Clínica. Aparentemente, a principal causa de internação é devida a doenças infecto-parasitárias.

Estima-se que, dentre as principais doenças infecciosas que motivam a internação de crianças indígenas na Enfermaria de Pediatria Clínica do HUB, estejam aquelas que também representam a maior causa de internação em crianças não indígenas: infecções respiratórias e gastroenterites (LEITE et al., 2006; SERAFIM, 2004).

É sabido que a desnutrição altera o prognóstico das doenças infecto-parasitárias em crianças. A relação sinérgica entre desnutrição e infecção, com elevadas taxas de mortalidade, já está bem estabelecida. Considerando as infecções respiratórias, o risco de morte aumenta de duas a três vezes mais em crianças desnutridas quando comparadas a crianças eutróficas (RICE et al., 2000).

## **2. JUSTIFICATIVA**

Considerando a escassez de informações na literatura sobre a saúde indígena em geral e das crianças indígenas atendidas no Hospital Universitário de Brasília, em particular, buscou-se a realização deste estudo. Espera-se que o conhecimento das características clínico-epidemiológicas das crianças indígenas internadas no HUB possa subsidiar o planejamento e organização das atividades de assistência hospitalar, bem como orientar as ações de prevenção de doenças para esta população.

### **3. REVISÃO DA LITERATURA**

#### ***3.1. Doenças infecciosas e parasitárias na infância***

As crianças, por todas as suas características, são vítimas naturais e potenciais da grande maioria das doenças infecciosas. Em 2002, aproximadamente 10,5 milhões de crianças com menos de cinco anos morreram no mundo devido a doenças infecto-parasitárias. Quase metade dessas crianças vivia na África, onde mais de 500 mães perdem um filho a cada hora (STEIN et al., 2004).

Naquele ano, em 2002, dentre as dez principais causas de morte em crianças menores de cinco anos, sete eram de causas infecciosas ou parasitárias. Estas foram responsáveis por 60% das mortes (Tabela 1).

O quadro global, no entanto, não é uniforme em todas as regiões do mundo. O Brasil, por exemplo, não acompanha a distribuição mundial, apresentando causas de morte em menores de cinco anos semelhantes às dos países desenvolvidos.

O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde (DATASUS) disponibiliza, em seu sítio na internet, informações sobre a saúde da população brasileira. Em 2002, segundo informações oficiais, no Brasil, as doenças diarreicas e as infecções das vias aéreas inferiores apareceram em quarto e quinto lugares, respectivamente, como causa de morte em crianças menores de cinco anos (Tabela 2) (DATASUS, 2007).

Tabela 1. Distribuição absoluta e relativa das causas de morte em crianças menores de 5 anos, no mundo, em 2002.

Doença	n	%
Afecções do período neonatal	2.375.675	23,1
Infecções de vias aéreas inferiores	1.855.856	18,1
Doenças diarréicas	1.565.627	15,2
Malária	1.098.402	10,7
Sarampo	550.652	5,4
Anomalias congênitas	387.560	3,8
Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana	370.170	3,6
Coqueluche	301.041	2,9
Causas externas	285.230	2,8
Tétano	185.035	1,8
Outras causas	1.293.006	12,6
<b>Total</b>	<b>10.268.253</b>	<b>100,0</b>

Modificado de STEIN et al., 2004.

Tabela 2. Distribuição absoluta e relativa das causas de morte em crianças menores de 5 anos, no Brasil, em 2002.

Doença	n	%
Afecções do período neonatal	33.123	48,0
Anomalias congênitas	8.445	12,2
Causas não definidas	6.838	9,9
Doenças diarréicas	5.640	8,1
Infecções das vias aéreas inferiores	3.813	5,5
Causas externas	3.073	4,5
Desnutrição	1.463	2,1
Outros	6.668	9,7
<b>Total</b>	<b>69.093</b>	<b>100</b>

Fonte: Brasil, DATASUS, 2007.

As doenças diarreicas agudas costumam ser autolimitadas e, em sua maioria, de etiologia infecciosa (MOTA et al., 2000). Estão associadas à higiene ambiental e individual inadequadas e, freqüentemente, à desnutrição em variados graus, esta última aumentando o risco de morte pela diarreia (YOON et al., 1997; RICE et al., 2000). Apesar de a incidência ser elevada, a mortalidade está em declínio graças ao estímulo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, ao uso da terapia de reidratação oral, às melhorias nas condições sanitárias e à melhor educação das mães (ESCUDER, et al., 2003; PARASHAR et al., 2003; CHECKLEY et al., 2004).

As infecções respiratórias agudas, por sua vez, são infecções de etiologia viral ou bacteriana que acometem qualquer segmento do trato respiratório, sendo que as que acometem o trato respiratório inferior costumam ser as mais letais (FUCHS et al., 2005). São consideradas IRA a bronquiolite, a coqueluche, a pneumonia, dentre outras. Destas, a pneumonia assume maior importância por sua elevada freqüência, sendo responsável por 83% dos óbitos por infecções das vias aéreas inferiores no Brasil, em 2002 (DATASUS, 2007; BENGUIGUI et al., 1998; SANT'ANNA, 2002).

Outras doenças infecto-parasitárias de importância para a mortalidade na infância, em termos mundiais, são a malária, o sarampo e a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Noventa e três por cento das mortes por malária, no mundo, ocorrem no continente africano, mais precisamente na região subsaariana (STEIN et al., 2004). No Brasil, a representatividade dessa doença como causa de morte não é tão significativa. Os dados oficiais mais recentes mostram que, em 2005, a malária foi responsável por 0,1% das mortes de crianças entre menores de cinco anos (DATASUS, 2007).

O sarampo é a quinta causa de morte entre os menores de cinco anos no mundo, matando mais de meio milhão de crianças em 2002. No Brasil, a última grande epidemia de sarampo ocorreu em 1997, com aproximadamente 50 mil casos. Em 2001, o número de casos autóctones confirmados chegou a zero, dois anos após a implantação do Plano de Erradicação do Sarampo. O último caso autóctone foi registrado em novembro do ano 2000, em Mato Grosso do Sul (SVS, 2007).



Recentemente, no segundo semestre de 2006, houve um surto de sarampo na Bahia. Até 30 de janeiro de 2007, 47 casos haviam sido confirmados, com uma mediana de idade de 11 anos. A cepa do vírus foi identificada como circulante na África e Europa. Até então, não havia sido possível identificar a cadeia epidemiológica de transmissão do sarampo naquele estado. Não houve relatos de sarampo em outros estados do país e o surto foi considerado controlado em 8 de fevereiro de 2007 (SÃO PAULO, 2007; LUNA et al., 2007).

Em se tratando do HIV, mais de 90 por cento das crianças adquirem a infecção de suas mães durante a gestação e o parto ou no pós-parto, através da amamentação. Assim, a prevenção da transmissão vertical seria a estratégia mais efetiva para diminuir o número de casos de síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) na infância (JAFARI, 2004). Segundo o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (PNDST/AIDS) do Ministério da Saúde, no Brasil a transmissão vertical foi responsável por mais de 80% dos casos de infecção pelo HIV em crianças menores de 13 anos de 1983 a 1999. Este cenário contrasta com o fato de que, quando as medidas de prevenção são adotadas, o risco de transmissão do vírus de mãe para filho pode chegar a menos de 1% (PNDST/AIDS, 2007). Em 2005, das 11.000 mortes causadas por infecção pelo HIV, 103 foram de crianças com menos de cinco anos, menos de 1% do total de mortes por HIV no período (DATASUS, 2007).

Uma estratégia simples para a diminuição da morbidade e mortalidade por doenças infecciosas em crianças com menos de cinco anos foi adotada, oficialmente, pelo Ministério da Saúde em 1996. Trata-se da Assistência Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), quais sejam pneumonia, diarreia, desnutrição, sarampo e malária.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), junto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), baseados nas experiências acumuladas com programas implementados no passado, e visando retificar o desequilíbrio e a iniquidade existentes na saúde infantil, elaboraram a estratégia AIDPI. Esta é baseada no treinamento daqueles que estão ao lado da criança no reconhecimento das doenças e de seus sinais de gravidade. Assim, por meio da melhoria da qualidade da atenção que lhes é

prestada nos serviços de saúde e no lar, pode-se diminuir o número de mortes infantis por doenças preveníveis (AMARAL et al., 2004).

A maioria das crianças dos países em desenvolvimento não tem acesso a cuidados básicos de saúde que possam mantê-las saudáveis e com capacidade para alcançar todo seu potencial. A ausência desses cuidados é o fator determinante da alta morbidade e mortalidade das doenças infecto-parasitárias na infância, sendo as mais prevalentes, passíveis de tratamento ou prevenção. Assim, o acesso a estes recursos, associados a estratégias simples como o AIDPI e os programas de estímulo ao aleitamento materno, será o fator determinante para a diminuição significativa das mortes de crianças por doenças infecciosas e parasitárias em todo o mundo.

## **3.2. Saúde indígena no Brasil**

### **3.2.1. População**

A estimativa da população indígena varia conforme a fonte dos dados. As fontes são as agências governamentais (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Fundação Nacional do Índio - FUNAI e FUNASA), a Igreja Católica por meio do Conselho Indigenista Missionário (CIMI) e as organizações não-governamentais (ONGs) como o Instituto Socioambiental (ISA).

À época do descobrimento do Brasil, estima-se que os índios constituíssem mais de 1000 povos, somando entre dois e quatro milhões de pessoas. Atualmente, há no país, 227 povos, falantes de 180 línguas diferentes, distribuídos em todo o território nacional, exceto Piauí e Rio Grande do Norte, ocupando, aproximadamente, 12% das terras brasileiras (IBGE, 2005).

Em 2000, o IBGE estimou a população indígena em 734.000 (Tabela 3) e o ISA estimou a população em 600.000, com 480.000 índios nas aldeias e 120.000 vivendo nas capitais (IBGE, 2005; ISA, 2007a).

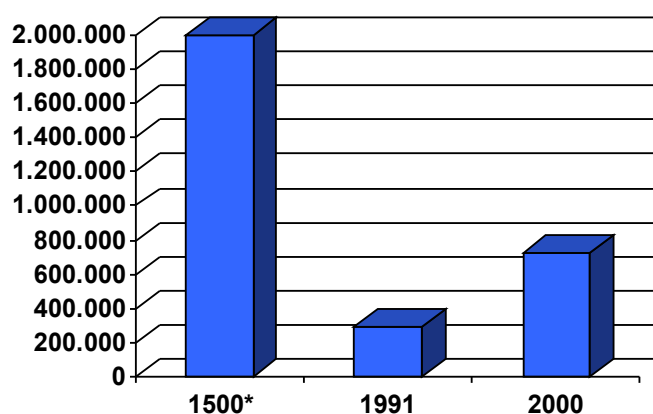
Tabela 3. Distribuição absoluta e relativa da população indígena no Brasil, segundo as Unidades da Federação, em 2000.

Unidade da Federação	n	%
Amazonas	113.391	15,5
Bahia	64.240	8,8
São Paulo	63.789	8,7
Mato Grosso do Sul	53.900	7,3
Minas Gerais	48.720	6,6
Rio Grande do Sul	38.718	5,3
Pará	37.681	5,1
Rio de Janeiro	35.934	4,9
Pernambuco	34.669	4,7
Paraná	31.488	4,3
Mato Grosso	29.196	4,0
Roraima	28.128	3,8
Maranhão	27.571	3,8
Santa Catarina	14.542	2,0
Goiás	14.110	1,9
Espírito Santo	12.746	1,7
Ceará	12.198	1,7
Rondônia	10.683	1,5
Tocantins	10.581	1,4
Paraíba	10.088	1,4
Alagoas	9.074	1,2
Acre	8.009	1,1
Distrito Federal	7.154	1,0
Sergipe	6.717	0,9
Amapá	4.972	0,7
Rio Grande do Norte	3.168	0,4
Piauí	2.664	0,4
<b>Total</b>	<b>734.131</b>	<b>100,0</b>

Fonte: IBGE

De acordo com o IBGE, o aumento da população indígena entre 1991 e 2000 foi de 150% (Figura 1). Segundo Marta Azevedo, especialista em demografia e coordenadora de formação de professores indígenas, do Instituto Socioambiental, grande parte desse aumento deveu-se ao número de pessoas que, quando perguntadas sobre qual a sua cor de pele, se classificam como índios (ISA, 2007b).

É fato, porém, que nos últimos anos, registra-se uma recuperação dos contingentes populacionais dos povos indígenas, com taxas que variam de 3 a 5% ao ano, mesmo considerada a heterogeneidade das sociedades indígenas (IBGE, 2005).



\*População em 1500 baseada em estimativas

Figura 1. Evolução do número de indígenas no Brasil, segundo o IBGE.

### 3.2.2. Histórico

O contato com o “homem branco”, desde o descobrimento do Brasil, tem sido responsável, muitas vezes, pela extinção de aldeias indígenas inteiras. Mudanças impostas ao modo habitual de vida do índio, a proibição de suas manifestações religiosas, o trabalho forçado, a escravidão e a ocorrência de epidemias de doenças infecciosas ao longo da história dizimaram grande parte dessa população.

Apesar de serem os habitantes originais do Brasil, os indígenas só mereceriam o real apoio dos governantes no século XX, 400 anos após a chegada do primeiro europeu ao país.

Em 1910, foi criado o Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI), órgão vinculado ao Ministério da Agricultura, com o objetivo de integrar as comunidades indígenas à sociedade. Sua ação em saúde era essencialmente de cunho emergencial (SERAFIM, 2004).

Em 1950, o Ministério da Saúde criou o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (Susa), pretendendo que ações básicas de saúde, como imunizações, atendimento odontológico e controle das doenças infecciosas chegassem a áreas de difícil acesso, que incluíam áreas com população indígena (SERAFIM, 2004). A evolução estava na inclusão de ações preventivas e não apenas no atendimento de emergências.

Em 1967, a essência do modelo de assistência foi mantida, mas o SPI foi extinto, sendo substituído pela FUNAI, vinculada ao Ministério da Justiça.

A FUNAI criou as Equipes Volantes de Saúde com a intenção de manter o atendimento contínuo e preventivo nas aldeias, contudo, por fatores econômicos e administrativos, como falta de recursos materiais e humanos, o conceito inicial foi subvertido pela paradoxal fixação das equipes volantes nos centros urbanos, não havendo mais o atendimento *in loco*. E as ações preventivas, novamente, foram substituídas por ações assistenciais curativas e emergenciais, muitas vezes sem acompanhamento técnico qualificado (SERAFIM, 2004).

A promulgação da Constituição Brasileira em 1988 estipulou o reconhecimento e o respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas e criou o Sistema Único de Saúde, duas grandes conquistas, a primeira para a população de índios do Brasil em particular e a segunda, para a população brasileira em geral, principalmente a população mais pobre.

Entretanto, no final da década de 90, ainda que a partir de informações parciais, dados indicavam taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores para a população indígena em relação à população brasileira (SERAFIM, 2004).

Desse modo, levando-se em consideração as necessidades das comunidades indígenas, estabeleceu-se a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas como base da organização dos serviços de saúde, com o atendimento básico no âmbito das terras indígenas (MAGALHÃES, 2003). Estes estão inseridos no Subsistema de Atenção aos Povos Indígenas no SUS. Sua implantação deu-se a partir de 1999-2000 e o seu aprimoramento continua até os dias atuais (FUNASA, 2007a).

A partir do segundo semestre de 1999, o processo de estruturação dos DSEI foi acelerado, tendo acontecido também, nesse momento, a transferência das atribuições relativas à saúde indígena da FUNAI para a FUNASA (COIMBRA et al., 2001). Assim, a competência em relação à saúde dos povos indígenas passou do Ministério da Justiça para o Ministério da Saúde.

Apenas no “apagar das luzes” do século XX, pela primeira vez, fica garantido que a atenção à saúde indígena é dever da União por meio da promoção, proteção e recuperação da saúde do índio, ações estas, executadas pela FUNASA.

### 3.2.3. Situação atual

A política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas foi aprovada pelo então Ministro da Saúde, Sr. José Serra, em 31 de janeiro de 2002 por meio da Portaria nº 254 do Ministério da Saúde (MAGALHÃES, 2003).

Este foi o marco para o reconhecimento oficial das especificidades étnicas e culturais dos povos indígenas, além de seus direitos territoriais, na medida em que vinculava as políticas de saúde à garantia do exercício da cidadania aos índios. Para isso, seria necessária a adoção de um modelo diferenciado de organização de serviços ligado ao SUS.

As deficiências de cobertura do SUS e as dificuldades de acesso e de aceitabilidade pela população indígena seriam sanadas com a criação de uma rede de serviços de saúde que partisse das aldeias chegando até hospitais terciários, nos grandes centros urbanos mais próximos do território indígena.

Assim, foram criados os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, buscando contemplar a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política das comunidades indígenas, favorecendo a superação dos fatores que tornam a população indígena mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

Atualmente existem 34 distritos sanitários especiais indígenas vinculados a coordenações regionais (CORE) que, por sua vez, se subordinam à FUNASA (Anexo I), distribuídos pelo território nacional e não coincidindo, necessariamente com os limites dos estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas. Sua definição territorial leva em consideração critérios como a população, área geográfica e perfil epidemiológico e a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas (Figura 2).

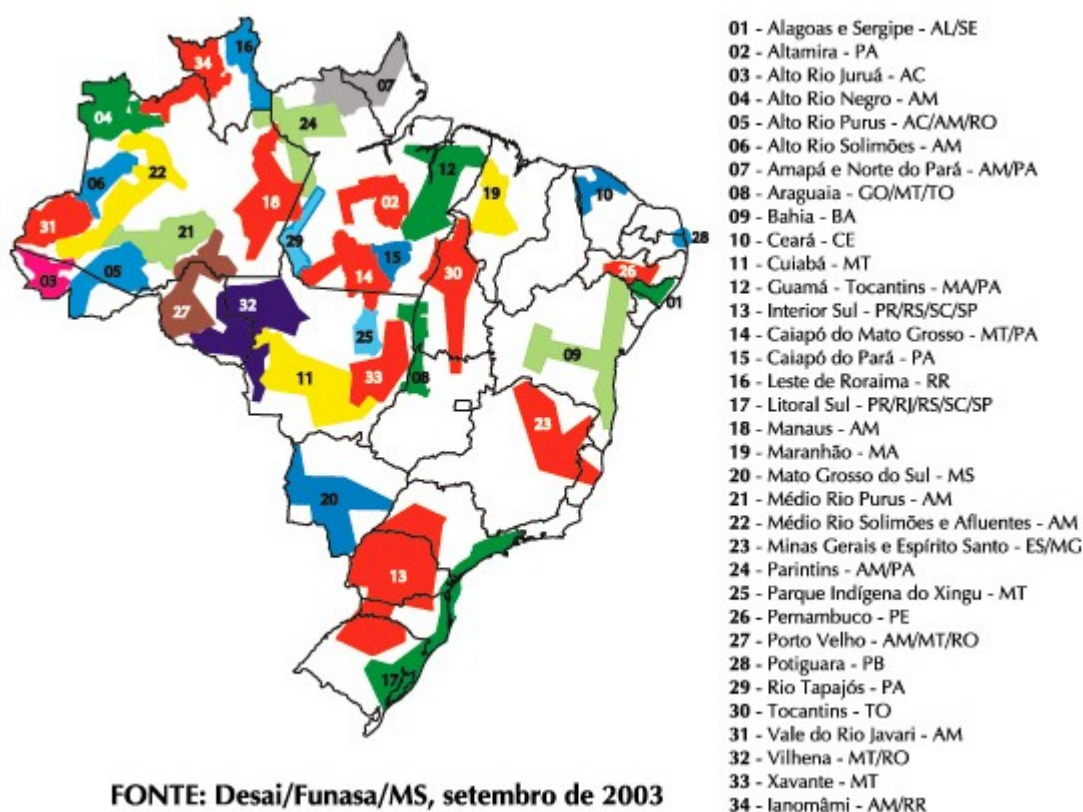


Figura 2. Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

As equipes de saúde dos distritos devem buscar a multidisciplinaridade, com profissionais de várias áreas, idealmente composta por médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem e agentes indígenas de saúde, estes últimos capacitados para a apropriação de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, sem substituição do acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não. Às equipes de saúde, somam-se as participações sistemáticas de antropólogos, educadores, engenheiros, sanitaristas e técnicos considerados necessários.

Para viabilizar a produção de serviços e atividades sanitárias nas aldeias, o modelo administrativo adotado pela FUNASA continha duas vertentes. Na primeira as coordenações regionais da FUNASA atuavam como ordenadoras das despesas e, por conseguinte, controlavam os recursos financeiros destinados aos distritos (ATHIAS et al., 2001). Na segunda modalidade administrativa, o nível central da FUNASA promovia a terceirização por meio da celebração de convênios com prefeituras municipais, universidades, organizações indígenas e outras entidades



não-governamentais, as quais receberiam os recursos e assumiriam a responsabilidade pela totalidade da execução dos serviços de saúde em áreas indígenas (GARNELO, 2004; ATHIAS et al., 2001).

Contudo, por não estar orientada por uma política única, em consonância com o SUS, essa forma de gestão começou a apresentar dificuldades. A mais grave delas era decorrente da não pactuação com os parceiros da necessidade de se trabalhar com indicadores de saúde. Os convênios celebrados não previam a obrigação do monitoramento desses indicadores. Uma outra dificuldade era a constante interrupção na prestação dos serviços, por problemas nas prestações de contas das entidades conveniadas (MS, 2007).

A partir de 20 de janeiro de 2004, com a aprovação da portaria nº 70 do Ministério da Saúde (PORTARIA MS nº 70), a FUNASA passaria a assumir diretamente a execução das ações da política de atenção à saúde dos índios, centralizando os recursos e passando a ser responsável pelas ações de saúde nas áreas indígenas, dando às ONG função apenas complementar. A efetivação desse modelo administrativo continua, ainda, nos dias atuais.

Além dos DSEI, foram criados os pólos-base, outra instância de atendimento, primeira referência para os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias. Sua localização pode ser tanto numa comunidade indígena como num município de referência. Neste último caso, corresponde a uma Unidade Básica de Saúde já existente na rede de serviços daquele município. A maioria dos agravos à saúde deveria ser resolvida nesse nível (Figura 3), com os agentes de saúde indígenas atuando nos postos de saúde nas aldeias e com as equipes multidisciplinares de saúde indígena nos pólos-base (FUNASA, 2007a).

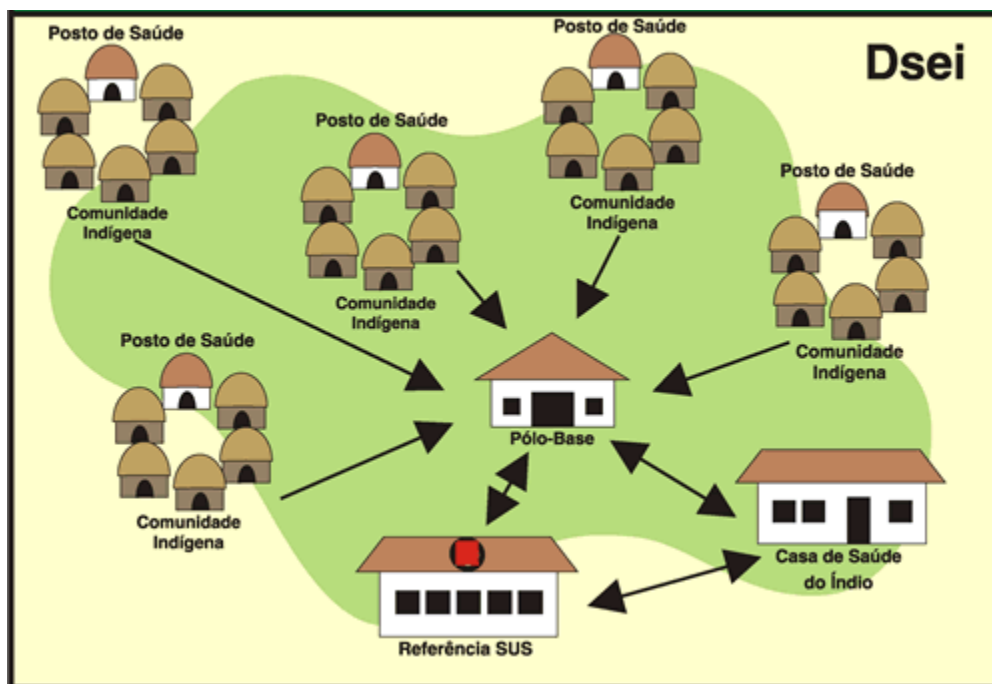


Figura 3. Organização interna de um Distrito Sanitário Especial Indígena e fluxo de atenção à saúde. Fonte: FUNASA, 2007a.

Quando as demandas não são resolvidas em nível das unidades básicas de saúde ou de pólos-base, o próximo elo na cadeia de serviços de atenção às comunidades indígenas são os hospitais de referência do SUS, categoria na qual se encontra o Hospital Universitário de Brasília.

A localização dessa rede é previamente definida e os hospitais que dela participam são incentivados a atender aos índios, levando em consideração a realidade sócio-econômica e a cultura de cada povo indígena, por intermédio de diferenciação de financiamento previsto em lei (30% a mais do que é pago pelo atendimento prestado aos pacientes não indígenas) (MAGALHÃES, 2003).

Os pacientes encaminhados à rede do SUS contam, ainda, com as Casas de Saúde do Índio, localizadas nos municípios de referência dos distritos ou nas capitais dos estados. Embora denominadas Casas de Saúde, essas estruturas não executam ações médico-assistenciais. São locais de recepção e apoio ao índio, que vem referenciado da aldeia/pólo-base. As casas disponibilizam apoio para os acompanhantes e cuidados de enfermagem ao paciente após a alta hospitalar, até que haja completo restabelecimento para o retorno às aldeias (SERAFIM, 2004).

Finalmente, para ações em longo prazo e com o intuito de acompanhar a saúde da população indígena brasileira, está sendo implantado um sistema oficial informatizado de dados epidemiológicos da saúde indígena, o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena, o SIASI (SOUSA et al., 2007).

As informações coletadas servirão para identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, estabelecendo prioridades, alocação de recursos e orientação programática de maneira a facilitar a participação das comunidades indígenas no planejamento e na avaliação das ações. Além disso, será possível a identificação da população indígena por povos, e análises epidemiológicas estratificadas da situação de saúde por DSEI (GARNELO et al., 2005).

### **3.3. Saúde da criança indígena**

A criança indígena é, do ponto de vista sanitário, duplamente vulnerável por ser criança e por ser indígena.

Seria de se esperar, então, que, em razão de representar uma população especial, que maior atenção fosse dispensada aos seus problemas, com melhoria efetiva nos indicadores de saúde. Segundo dados da FUNASA, em 2004, a população total de índios distribuídos pelos 34 DSEI do país era de 434.730. Destes, 126.072 eram índios até nove anos de idade, o equivalente a um percentual de 29%, isto é, quase um terço da população indígena do país é composta por crianças (DATASUS, 2007).

#### **3.3.1. Morbidade**

O perfil de saúde da criança indígena no Brasil é de difícil caracterização, não somente devido à sua complexidade como também à insuficiência de informações, tanto na literatura científica quanto nos sistemas nacionais de informação em saúde e demografia (COIMBRA JR & SANTOS, 2000). No entanto,

os dados disponíveis reforçam a idéia geral de que os indicadores de saúde dos povos indígenas são piores que aqueles referentes à população geral brasileira (GARNELO et al., 2003).

A doença diarréica destaca-se dentre as principais causas de adoecimento e morte da criança indígena, seguida pela pneumonia, podendo ambas responder por 60-80% das causas de internação (SERAFIM, 2004).

Nas regiões endêmicas, a malária pode representar cerca de metade ou mais dos atendimentos ambulatoriais e internações de crianças. A malária predomina na região Amazônica, mas também é relatada nos estados do Mato Grosso do Sul e do Paraná. Tem sido um grande problema de saúde para os índios brasileiros, representando 5,6% dos atendimentos (SERAFIM, 2004).

A tuberculose apresenta elevada incidência em crianças. Segundo informações do DATASUS, em 2005, dos 730 casos notificados de tuberculose em indígenas, 16% ocorreram em crianças com idade inferior a 10 anos (DATASUS, 2007). A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), no primeiro Fórum Brasileiro de Saúde da Criança Indígena, estimou que a prevalência de tuberculose era 12 vezes maior em crianças indígenas que nas crianças não indígenas (SBP, 2000).

Outros agravos citados como prevalentes entre as crianças indígenas são: helmintíase (42,7% dos atendimentos em 2002, com o diagnóstico baseado em abordagem sindrômica), micose, pediculose, desnutrição e anemia (SERAFIM, 2004).

### 3.3.2. Mortalidade

Nos primeiros meses de 2005, a saúde da criança indígena motivou diversas reportagens na imprensa nacional. Infelizmente, o foco principal foi a morte de mais de 19 crianças indígenas na região de Dourados no Mato Grosso do Sul, até 16 de abril daquele ano. Todas apresentavam desnutrição crônica e, provavelmente, doenças infecciosas associadas. Um dos casos foi o de uma menina que faleceu em 24 de fevereiro de 2005, com 1 ano e 3 meses, da etnia Guarani-

Kaiowá, cujos diagnósticos incluíam Síndrome de Down, desidratação com distúrbio hidroeletrólítico grave, infecção intestinal e desnutrição protéico-calórica (MS, 2005).

A rigor, a mortalidade infantil na população já era conhecida de autoridades e profissionais de saúde indígena. As taxas chegaram em 2004 a 48,5 mortes a cada mil nascidos vivos, de acordo com a FUNASA (DESAI, 2006). A média nacional para o mesmo ano, segundo dados do IBGE, foi de 22,6.

Observa-se uma diminuição progressiva nos valores do coeficiente de mortalidade infantil (CMI) em relação ao ano 2000, com um pequeno aumento em 2005. De 2000 a 2005, o CMI foi de 74,6; 57,2; 55,7; 54,6; 48,5 e 53,1 por mil nascidos vivos, respectivamente. No entanto, o CMI na população indígena ainda representa duas vezes a média nacional (Figura 4).

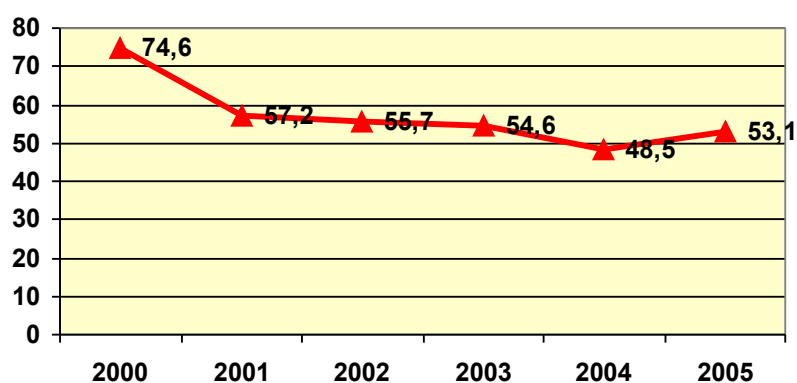


Figura 4. Distribuição do coeficiente de mortalidade infantil da população indígena de 2000 a 2005. Fonte: DESAI/FUNASA, 2006.

Uma análise individualizada por DSEI revela que, em 2004, quando o CMI para a população geral foi de 22,5, dos 34 DSEI, 29 apresentaram valores acima da média geral brasileira. Por exemplo, no DSEI Xavante (MT), uma criança tinha quase cinco vezes mais probabilidade de morrer antes de completar seu primeiro aniversário que as crianças não indígenas do país (CMI 99,3) (Tabela 4).

Apenas cinco DSEI apresentaram CMI menor que a média nacional no ano de 2004 (Alto Rio Solimões (AM) – 6,3; Vale do Rio Javari (AM) – 20,0; Potiguara (PB) – 15,4; Bahia (BA) – 22,0 e Tocantins (TO) – 18,7).

É provável que esses valores representem mais um resultado da precariedade dos dados sanitários pelas subnotificações do que bons níveis de saúde (GARNELO, 2005). Em 2005, por exemplo, houve aumento do CMI em quatro dos DSEI citados acima. No Vale do Rio Javari, o CMI aumentou de 20,0 para 103,5 em um ano.

O aumento do CMI nesses distritos pode estar ocorrendo, provavelmente, pela melhoria das notificações ou por um aumento real no número de óbitos no primeiro ano de vida (SERAFIM, 2004).

Felizmente, enfim, a deficiência de informações da saúde indígena tem sido progressivamente revertida. Em agosto de 2004, a FUNASA dispunha de 7% dos dados do referido ano e 68% do ano de 2003. Em março de 2006, além de resgatar informações dos anos anteriores já dispunha de 94,45% de informações para o ano 2005 (DESAI, 2006).

Tabela 4. Distribuição do coeficiente de mortalidade infantil indígena (por mil nascidos vivos), segundo o Distrito Sanitário Especial Indígena, de 2000 a 2005.

DSEI	COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
1. Alagoas e Sergipe – AL/SE	11,0	32,1	30,1	60,2	47,6	29,4
2. Amapá e Norte do Pará – AP/PA	42,3	55,1	63,8	73,2	30,7	29,6
3. Altamira – PA	94,1	128,6	63,8	94,1	80,5	90,0
4. Alto Rio Juruá – AC	205,9	39,1	113,3	66,4	91,8	174,9
5. Alto Rio Purús – AC/AM	144,0	64,3	46,2	73,2	55,9	79,3
6. Alto Rio Negro – AM	45,0	90,9	60,2	105,4	48,6	64,7
7. Alto Rio Solimões – AM	21,6	28,1	64,3	29,0	6,3	20,1
8. Araguaia – GO/MT	86,0	80,0	31,6	116,7	29,4	69,3
9. Bahia – BA	-	44,1	23,8	59,2	22,0	43,7
10. Ceará – CE	39,3	11,3	17,8	32,3	31,5	24,4
11. Minas Gerais/Espírito Santo – MG/ES	41,7	51,6	36,1	23,7	66,2	84,7
12. Interior Sul – SP/PR/SC/RS	128,8	62,3	33,5	44,6	30,5	31,1
13. Vale do Javari – AM	96,2	34,2	111,1	137,0	20,0	103,5
14. Caiapó do Pará – PA	130,4	161,3	79,2	105,3	33,3	112,2
15. Caiapó do Mato Grosso – MT	92,7	53,8	108,7	41,2	82,8	66,4
16. Leste de Roraima – RR	43,1	26,9	49,5	34,7	36,6	40,4
17. Litoral Sul – RJ/SP/PR/SC/RS	67,9	39,8	62,6	31,1	80,7	43,7
18. Manaus – AM	11,9	25,2	56,8	50,5	43,0	42,2
19. Guamá Tocantins – PA	74,1	28,6	26,4	47,3	37,0	57,9
20. Maranhão – MA	115,5	104,6	63,5	66,4	51,6	47,5
21. Mato Grosso do Sul – MS	84,9	62,8	61,8	60,3	62,6	49,1
22. Médio Rio Purús – AM	52,6	50,9	135,2	38,8	63,2	36,4
23. Parintins – AM/PA	60,9	51,6	42,8	44,3	69,4	28,9
24. Pernambuco – PE	-	21,4	49,2	30,9	43,5	29,7
25. Porto Velho – RO	49,3	38,3	24,9	77,2	35,4	37,3
26. Potiguara – PB	69,8	20,6	37,2	23,8	15,4	9,7
27. Cuiabá – MT	128,2	39,6	22,9	15,9	28,9	61,0
28. Rio Tapajós – PA	99,5	52,6	42,9	64,1	58,6	95,7
29. Médio Rio Solimões – AM	96,7	73,3	78,1	98,0	60,3	109,0
30. Tocantins – TO	99,3	100,4	36,7	46,1	18,7	40,7
31. Vilhena – RO/MT	83,7	51,4	66,7	30,0	42,9	26,2
32. Xavante – MT	145,5	133,6	99,0	100,5	99,3	136,3
33. Xingu – MT	40,2	109,1	22,9	70,4	48,8	19,2
34. Yanomami – RR/AM	96,7	81,8	113,8	86,9	69,8	83,9
Total	74,6	57,3	55,7	54,6	48,6	53,1

Fonte: DESAI/FUNASA, 2006

### 3.3.3. Mortalidade proporcional por grupo etário

Segundo informações do DATASUS, em 2004, os óbitos entre crianças indígenas menores de um ano de idade corresponderam a 22,7% do total dos óbitos registrados para aquele ano (Anexo II).

As causas de óbito relatadas para crianças indígenas até nove anos (< 1 ano, 1-4 anos, 5-9 anos), com base na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, décima revisão (CID-10) (OMS, 1993), foram: afecções originadas no período perinatal (19,6%), doenças infecto-parasitárias nas quais se incluem malária, tuberculose e diarreia (18,3%), doenças do aparelho respiratório das quais a pneumonia aguda é a principal representante (15,0%), doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas representadas prioritariamente pela desnutrição (15,3%) e causas mal definidas (11,4%) (ANEXO II).

Os óbitos ocorridos por afecções com origem no período perinatal são a primeira causa de óbitos entre as crianças e podem significar deficiências na assistência pré-natal e ao recém-nascido, mesmo considerando que em alguns distritos possam ser atribuídos às características culturais como, por exemplo, o infanticídio (SERAFIM, 2004; PAGLIARO, 2004).

A pneumonia foi a principal causa de morte dentre as doenças do aparelho respiratório, representando 84,4% das mortes em crianças indígenas menores de cinco anos (ANEXO II).

As diarreias representaram 69% dos óbitos por doenças infecto-parasitárias em crianças indígenas menores de cinco anos. Nos menores de um ano foram responsáveis por 63% dos óbitos (ANEXO II).

A desnutrição foi notificada como causa isolada de morte em 93% dos casos de morte por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Quando comparada com o número total de óbitos até 10 anos de idade, representou 13,6%, ou seja, de cada 100 crianças com até 10 anos de idade, que morreram no ano de 2004, 14 evoluíram para o óbito em decorrência de desnutrição.



### 3.3.4. Prevenção

A preocupação com a saúde dos indígenas e de suas crianças tem sido crescente.

Desde 2000, a Sociedade Brasileira de Pediatria vem realizando reuniões e fóruns de saúde indígena em vários locais do país para incentivar o debate sobre questões associadas ao tema, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde da criança e do adolescente indígena (SBP, 2000). Dentre as ações concretas destes fóruns destaca-se a elaboração e publicação do Manual de Atenção à Saúde da Criança Indígena Brasileira, resultado da parceria entre a SBP e a FUNASA.

O Ministério da Saúde age, por exemplo, no reconhecimento da necessidade de um calendário de vacinação diferenciado para a população indígena (SERAFIM, 2004; PORTELLA, 2003). A vacina contra a gripe é aplicada em toda a população indígena a partir dos seis meses de idade. Já para o restante da população, a vacina é fornecida gratuitamente apenas aos indivíduos idosos e para pessoas com condições de saúde que alterem a função do seu sistema imunitário, predispondo-as às formas graves da doença (FARHAT, 2002).

Ações de promoção de saúde, como a melhoria do abastecimento de água potável para as comunidades e outras medidas de saneamento básico, já estão em curso por meio do Departamento de Engenharia Sanitária da FUNASA.

A FUNASA também tem estimulado o aperfeiçoamento dos agentes de saúde indígenas com o fornecimento de material didático de fácil entendimento para o seu treinamento no reconhecimento e manejo de doenças como, alcoolismo, doenças sexualmente transmissíveis e doenças de pele, por exemplo.

Finalmente, a prevenção dos agravos à saúde da criança indígena depende não só de ações em saúde, mas também da discussão e solução de problemas relacionados ao domínio das terras indígenas.

No VI Fórum Nacional de Defesa da Saúde da Criança Indígena realizado em 2005, em Boa Vista - Roraima, lideranças indígenas elaboraram um documento onde se manifestavam a respeito de seus desejos, os quais poderiam ser sintetizados em duas palavras: terra e comida, pois, “para ter saúde, os índios precisam de bem estar social e estar bem com suas famílias” (SBP, 2005).

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Geral**

Conhecer o perfil clínico-epidemiológico das crianças indígenas e internadas com doenças infecciosas na Enfermaria de Pediatria Clínica do HUB no período de 02 de maio de 2000 a 02 de maio de 2006.

### **4.2. Específicos**

4.2.1. Avaliar a participação percentual de crianças com doenças infecciosas e parasitárias na internação de indígenas na Enfermaria de Pediatria Clínica.

4.2.2. Caracterizar as crianças indígenas internadas por doenças infecciosas e parasitárias, segundo a idade, gênero e etnia.

4.2.3. Definir a procedência dessas crianças, segundo o Distrito Sanitário Especial Indígena.

4.2.4. Verificar o número de re-internações dessas crianças.

4.2.5. Estabelecer o tempo de internação.

4.2.6 Classificar o seu estado nutricional por ocasião da internação.

4.2.7. Especificar as doenças infecciosas e parasitárias que motivaram a internação e sua participação percentual nas causas da internação por essas doenças.

4.2.8. Discriminar os antimicrobianos utilizados durante a internação segundo a classe, o uso isolado ou em associação, a frequência de uso e, no caso dos antibióticos, verificar a frequência de troca do esquema de tratamento.

4.2.9. Caracterizar o desfecho da internação.

4.2.10. Analisar eventuais associações entre etnia e desnutrição, etnia e re-internação, desnutrição e re-internação e grupo etário e re-internação.

## **5. MÉTODOS**

### ***5.1. Tipo de estudo***

Foram realizados dois tipos de estudo: um estudo descritivo, de natureza clínico-epidemiológica, do tipo série de casos, com base em dados disponíveis em prontuários hospitalares e outro analítico, buscando eventuais associações entre determinadas variáveis pesquisadas.

### ***5.2. Características do local de estudo***

O HUB é o hospital de ensino da Universidade de Brasília (UnB). É um hospital federal e faz parte do SUS-DF atuando mediante diversos convênios com a Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Distrito Federal (SES-DF).

Caracteriza-se por atividades de ensino, pesquisa e extensão já que recebe alunos de graduação e pós-graduação de diferentes cursos da UnB (Medicina, Enfermagem, Odontologia, Nutrição, Farmácia, Psicologia, Serviço Social, Administração, Educação, Arquitetura entre outros).

Por mês, segundo informações do sítio do HUB na internet ([www.hub.unb.br](http://www.hub.unb.br)), o atendimento ambulatorial é, em média, de 16.000 consultas, com cerca de 900 internações. O Pronto Socorro realiza, aproximadamente, 3.500 consultas. No total, o HUB faz 36.000 atendimentos a cada mês. São feitos cerca de 60.000 exames complementares e 500 intervenções cirúrgicas/mês.

### **5.3. Fonte e coleta dos dados**

Todos os pacientes indígenas internados na Enfermaria de Pediatria Clínica do HUB têm seu nome inserido em uma lista própria. Essa lista é preenchida pelas secretárias da Pediatria desde maio de 2000, ano em que foi firmado o convênio entre o HUB e a FUNASA para o atendimento dos pacientes indígenas (PORTELLA, 2003).

A partir dessa lista, foram selecionados todos os prontuários dos pacientes indígenas internados na Enfermaria no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006. A busca dos prontuários ocorreu em diversos setores do hospital: no Setor de Arquivo Médico, no Setor de Faturamento, no Setor de Pronto Atendimento e na Enfermaria de Pediatria Clínica.

Com os prontuários em mãos, foram aplicados os critérios de inclusão para a seleção do número de prontuários que fariam parte do estudo.

### **5.4. Critérios de inclusão**

- Admissão na Enfermaria de Pediatria Clínica do HUB a partir de 2 de maio de 2000 até 2 de maio de 2006.
- Idade inferior a 12 anos.
- Internação motivada por doença infecciosa e/ou parasitária, isoladamente ou associada a outro tipo de doença.

### **5.5. Critérios de exclusão**

- Idade igual ou superior a 144 meses (12 anos), o que caracteriza o adolescente segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2001).
- Internação exclusivamente por doenças não infecciosas e/ou parasitárias.

### **5.6. Variáveis analisadas**

Foram coletadas as seguintes informações dos prontuários:

#### Idade

A idade foi calculada a partir da data de nascimento da criança, comparada com a data da admissão constante da “Guia de Internação e Alta” do paciente do HUB, sendo considerada em meses de vida.

Foi categorizada em grupos etários de duas formas: em grupos etários habitualmente utilizados em Pediatria (MURAHOVSKI, 1995) e em grupos etários conforme os indicadores demográficos utilizados por órgãos oficiais para caracterizar a população em geral (DATASUS, 2007b). O objetivo da segunda categorização foi facilitar a posterior comparação dos resultados deste estudo com os dados disponibilizados pela literatura.

Os grupos habitualmente utilizados em pediatria, segundo a idade, são: neonatos (0 a 28 dias), lactentes (29 dias até 2 anos), pré-escolares (2 anos e 1 dia até 7 anos), escolares (7 anos e 1 dia a 10 anos), pré-púberes (10 anos e 1 dia a 12-14 anos). Segundo Murahovski, os pré-púberes estão na fase de transição entre a infância e a adolescência.

Os grupos etários utilizados nesse estudo, segundo os indicadores demográficos, são: os menores de um ano, de 1 a 4 anos, de 5 a 9 anos e maiores de 9 anos.

### Sexo

Foi considerado o sexo declarado na “Guia de Internação e Alta”. Nos casos em que não havia a definição do sexo na guia de internação e alta, foi considerado o sexo constante no exame físico da criança na história clínica de admissão na Enfermaria de Pediatria Clínica.

### Etnia

Foi considerada aquela etnia citada no prontuário e, quando indisponível, considerada a partir do nome do paciente já que, em geral, o sobrenome do paciente indígena representa a tribo à qual ele pertence. Para os casos em que não foi possível identificar a etnia, a mesma foi classificada como ignorada.

### Procedência

Foi considerada a procedência segundo o distrito sanitário especial indígena de origem do paciente.

Foi obtida a partir do cruzamento de dados como aldeia ou município de origem com informações específicas de cada DSEI, disponíveis no sítio da FUNAI ([www.funai.gov.br](http://www.funai.gov.br)) e no sítio da Rede Nacional de Estudos e Pesquisas em Saúde dos Povos Indígenas – RENISI ([www.sis.funasa.gov.br/portal/](http://www.sis.funasa.gov.br/portal/)).

### Tempo de internação

Foi calculado em dias, a partir da data de admissão até a data da alta, constantes na “Guia de Internação e Alta” do paciente. Agrupadas para análise estatística em: menor que um dia, quando o tempo de permanência foi inferior a 24 horas, 1 a 7 dias, 8 a 14 dias, 15 a 30 dias, 31 a 60 dias, 61 a 90 dias e maior que 90 dias.



### Classificação do estado nutricional

Utilizou-se o Critério de Gomez para a classificação do estado nutricional dos sujeitos da pesquisa (SIGULEM et al., 2000), uma vez que, na maioria dos prontuários, não constava o registro da estatura.

O peso na internação foi comparado com o esperado para o percentil 50, para a idade e gênero, conforme as tabelas da Organização Mundial de Saúde para crianças até 60 meses (OMS, 2006) e com as tabelas do *National Center of Health Statistics* (NCHS 77/8) para crianças acima de 60 meses (SBP, 2007). Estes valores são os preconizados mundialmente para efeitos de comparação de pesos entre crianças segundo a idade e o gênero. As tabelas estão disponíveis nos anexos III-VI.

A fórmula utilizada para avaliar a adequação do peso para a idade foi:

$$P/I = (\text{peso medido/peso esperado}) \times 100$$

Nesta fórmula, o peso na admissão foi considerado como o peso medido e o peso esperado foi o peso correspondente à idade no percentil 50 das tabelas citadas acima.

Baseado no resultado da fórmula acima, Gomez sugeriu a classificação do estado nutricional em eutrofia (P/I superior a 90% de adequação), desnutrição de 1º grau (P/I entre 76 e 90% de adequação), desnutrição de 2º grau (P/I entre 60% e 75% de adequação) e desnutrição de 3º grau (P/I abaixo de 60% de adequação).

Quando não foi possível obter o peso por ocasião da admissão no prontuário do paciente, o indivíduo não foi classificado.

### Diagnóstico clínico

Foram considerados os diagnósticos constantes na “Guia de Internação e Alta” do paciente, cujas doenças fossem causadas por provável etiologia infecciosa e parasitária.

Os diagnósticos clínicos foram distribuídos segundo sua frequência como motivos de internação, segundo o agente etiológico provável e segundo o local da infecção.

### Tratamento

Por meio da análise do conteúdo das folhas de prescrição do paciente e dos registros diários de evolução durante a internação, foram coletados os nomes dos antimicrobianos utilizados pelas crianças durante as internações.

A primeira análise foi quanto ao uso isolado ou em associação dos antimicrobianos, quais sejam, antibióticos, antifúngicos, antiparasitários e antivirais.

Em relação aos antibióticos, analisou-se a frequência de utilização das classes de antibióticos, o antibiótico o mais prescrito e o registro de sua troca do durante a internação.

Para os demais grupos de antimicrobianos, buscou-se o representante mais prescrito de cada um deles.

### Desfecho da internação

Foi definido de acordo com a “Guia de Internação e Alta” do paciente e classificado como: curado, melhorado, transferido para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou para outra clínica do hospital, evasão e óbito.

## **5.7. Aspectos éticos**

O projeto da dissertação foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília (CEP/UnB) e pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde (CONEP/MS), processo nº 065/2006 (Anexo VII).

Tendo em vista tratar-se de um estudo baseado em informações contidas nos prontuários, não foi exigido, pelos comitês de ética, o termo de consentimento livre e esclarecido, porém a confidencialidade e a privacidade dos dados dos sujeitos da pesquisa foram garantidas.

Foi autorizada a coleta e uso dos dados pela Chefia do Centro de Clínicas Pediátricas e pela Diretoria Adjunta de Ensino e Pesquisa (DAEP/HUB/UnB).

## **5.8. Análise estatística**

As variáveis coletadas foram armazenadas no programa estatístico eletrônico SPSS versão 13.0. Os dados foram dispostos em tabelas e gráficos e foram calculadas as frequências absolutas e relativas dos resultados encontrados e as medidas de posição central (média, mediana, moda) e as de dispersão relativas às variáveis quantitativas contínuas.

As variáveis etnia, idade e estado nutricional foram categorizadas para a associação com a variável re-internação. As categorizações resultantes, respectivamente, foram: xavantes e outros, lactentes e outros e desnutridos e outros. A escolha dos xavantes, lactentes e desnutridos foi determinada pela suspeita da maior frequência de internações dos mesmos. Foi testada, ainda, a associação entre etnia e desnutrição.

As medidas de associação foram avaliadas quanto à sua significância estatística pelo teste do qui-quadrado, quando se tratava de comparação de proporções. Foram calculados os intervalos de confiança para 95% e o nível de significância foi arbitrado em  $p$  menor que 0,05.

## **6. RESULTADOS**

### ***6.1. População estudada***

A figura 5 apresenta o fluxograma dos procedimentos realizados para selecionar os prontuários das crianças indígenas internadas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

Do total de prontuários de crianças, 17 (7,6%) foram referentes a crianças internadas sem doenças infecto-parasitárias, correspondendo a 39 internações. Portanto, restaram 227 (92%) prontuários de crianças com doenças infecto-parasitárias, os quais foram o objeto de análise deste trabalho.

A tabela 5 apresenta a relação dos diagnósticos das crianças internadas com agravos não infecciosos.

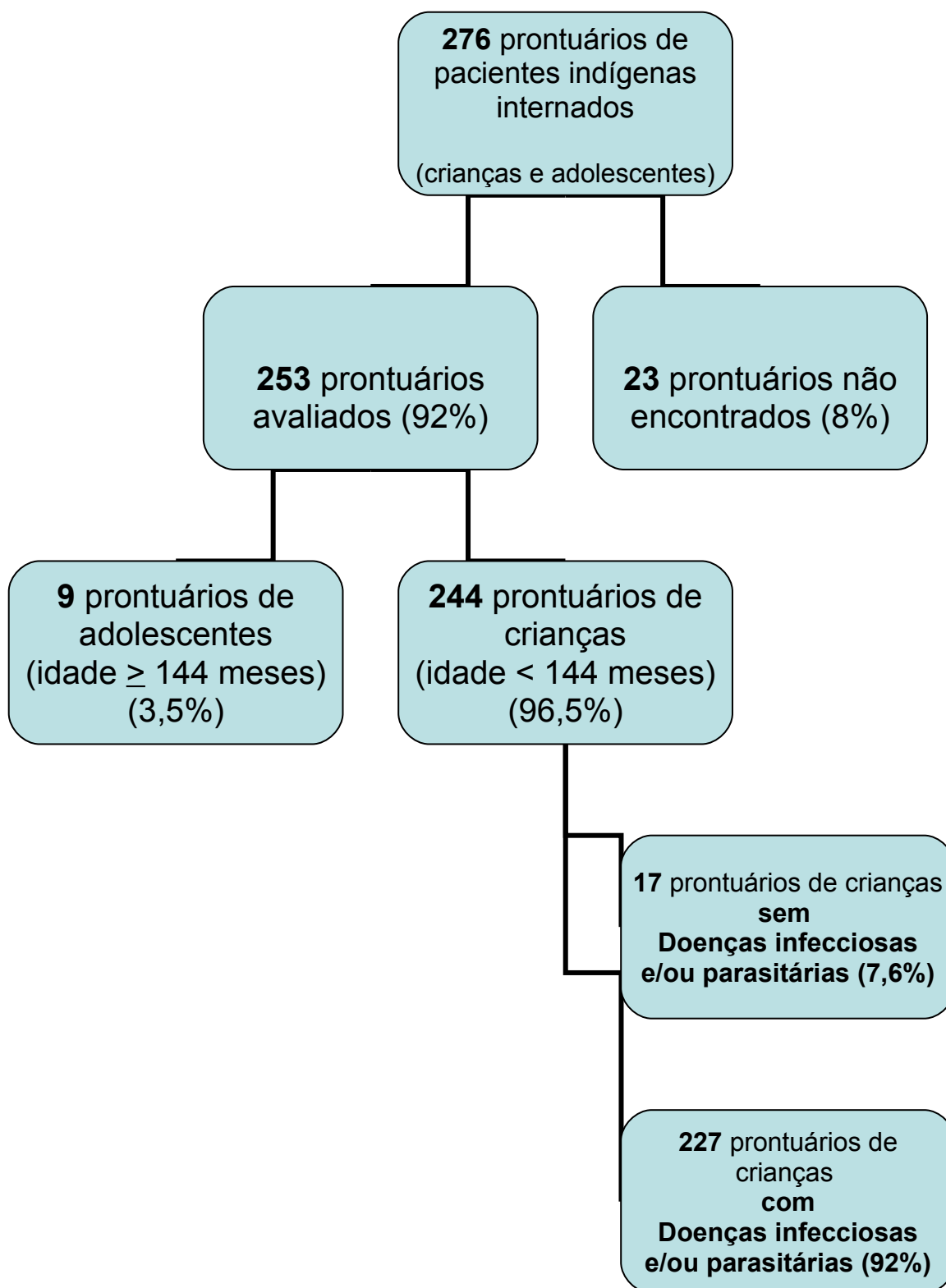


Figura 5. Fluxograma dos procedimentos realizados para selecionar os prontuários das crianças indígenas internadas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

Tabela 5. Distribuição absoluta e relativa dos diagnósticos das internações das 17 crianças indígenas com doenças não infecto-parasitárias, segundo o diagnóstico clínico, na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

Diagnósticos	n	%
Anemia hemolítica	5	12,8
Broncoespasmo	5	12,8
Desnutrição	3	7,7
Diarréia crônica	3	7,7
Bronquiectasias sem infecção	2	5,1
Encefalopatia crônica não progressiva	2	5,1
Síndrome de Down	2	5,1
Artrite idiopática juvenil	2	5,1
Diarréia persistente	1	2,5
Encefalite de causa não especificada	1	2,5
Outros*	13	33,4
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

\*Acidose metabólica a esclarecer, aplasia medular a esclarecer, ascite a esclarecer, colestase a esclarecer, cardiopatia congênita, divertículo ileal, encefalomielite desmielinizante aguda (ADEM), glomerulonefrite pós-estreptocócica, hidrocefalia, linfedema, paralisia periódica hipocalêmica, Síndrome de Cushing, urticária recidivante.

## 6.2. Características clínico-epidemiológicas

### 6.2.1. Sexo

Foram pesquisados os prontuários de 136 crianças do sexo masculino (60%) e de 91 crianças do sexo feminino (Tabela 6, Figura 6).

Tabela 6. Distribuição absoluta e relativa das crianças indígenas internadas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo o sexo, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

Sexo	n	%
Masculino	136	59,9
Feminino	91	40,1
Total	227	100,0

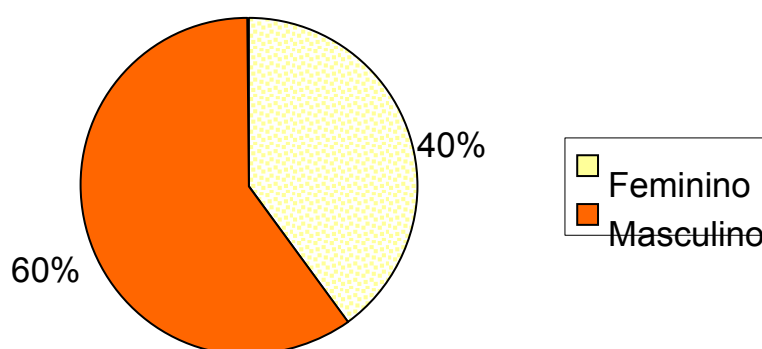


Figura 6. Distribuição relativa das crianças indígenas internadas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo o sexo, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

### 6.2.2. Idade

A idade variou de menos de um mês (17 dias de vida) a 130 meses (média de 18 meses, desvio-padrão de 23, mediana de 11 meses e moda de 11 meses).

Setenta e oito por cento das crianças internadas eram lactentes, isto é, tinham a idade entre 29 dias e 2 anos (Tabela 7).

A distribuição, segundo os indicadores demográficos, mostrou que 55,5% das crianças internadas com doenças infecto-parasitárias tinham menos de 1 ano e 93% tinham idade inferior a 5 anos (Tabela 8).

Tabela 7. Distribuição absoluta e relativa das crianças indígenas internadas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo os grupos etários pediátricos, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

Grupos etários pediátricos	n	%	Frequência acumulada em %
Neonatos	3	1,3	1,3
Lactentes	177	78,0	79,3
Pré-escolares	39	17,2	96,5
Escolares	5	2,2	98,7
Pré-púberes	3	1,3	100
Total	227	100	-



Tabela 8. Distribuição absoluta e relativa das crianças indígenas internadas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo os indicadores demográficos, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

Grupos etários	n	%	Frequência acumulada em%
< 1 ano	126	55,5	55,5
1 a 4 anos	85	37,5	93,0
5 a 9 anos	11	4,8	97,8
> 9 anos	5	2,2	100
Total	227	100	

### 6.2.3. Etnia

Foram encontradas 17 etnias (Tabela 9).

As crianças da etnia Xavante representaram 83,3%. A etnia foi ignorada em 2 casos (0,9%).

Tabela 9. Distribuição absoluta e relativa das crianças indígenas internadas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo a etnia, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

Etnia	n	%
Xavante	189	84,0
Kaiabi	5	2,2
Kamaiurá	4	1,8
Caiapó	4	1,8
Kalapalo	3	1,3
Juruna	3	1,3
Ikpeng	3	1,3
Suiá	2	0,9
Kuikuro	2	0,9
Carajá	2	0,9
Aweti	2	0,9
Yawalapati	1	0,4
Trumai	1	0,4
Tapirapé	1	0,4
Meinako	1	0,4
Maxakalli	1	0,4
Bororo	1	0,4
Subtotal	225	100
Ignorada	2	0,9
Total	227	-

#### 6.2.4. Procedência

As crianças internadas procederam de diferentes Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sendo os mais freqüentes o DSEI Xavante (MT) e o DSEI Xingu (MT). Na figura 2, correspondem respectivamente, aos itens 33 e 25.

A tabela 10 apresenta a distribuição das crianças internadas segundo a procedência de seus Distritos Sanitários.

A distribuição das etnias segundo os DSEIs encontra-se na tabela 11.

Tabela 10. Distribuição absoluta e relativa das crianças indígenas internadas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas de procedência, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

DSEI	n	%
Xavante	191	84,1
Xingu	27	11,9
Caiapó do Pará	3	1,3
do Tocantins	3	1,3
Caiapó do Mato Grosso	1	0,4
da Bahia	1	0,4
de Minas Gerais/Espírito Santo	1	0,4
Total	227	100

Tabela 11. Distribuição absoluta das etnias das crianças indígenas internadas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo o Distrito Sanitário Especial Indígena de procedência, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

Distrito Sanitário Especial Indígena							
Etnia	Xavante	Xingu	Caiapó PA	TO	Caiapó MT	BA	MG/ES
Aweti	-	2	-	-	-	-	-
Bororo	1	-	-	-	-	-	-
Caiapó	-	-	3	-	1	-	-
Carajá	-	-	-	2	-	-	-
Ikpeng	-	3	-	-	-	-	-
Juruna	-	3	-	-	-	-	-
Kaiabi	-	5	-	-	-	-	-
Kalapalo	-	3	-	-	-	-	-
Kamaiurá	-	4	-	-	-	-	-
Kuikuro	-	2	-	-	-	-	-
Maxakalli	-	-	-	-	-	-	1
Meinako	-	1	-	-	-	-	-
Suiá	-	2	-	-	-	-	-
Tapirape	-	-	-	1	-	-	-
Trumai	-	1	-	-	-	-	-
Xavante	189	-	-	-	-	-	-
Yawalapati	-	1	-	-	-	-	-
Ignorada	1	-	-	-	-	1	-
Total	191	27	3	3	1	1	1

Nesta tabela, verifica-se que a maior diversidade de etnias encontra-se no DSEI Xingu.

### 6.2.5. Frequência de internações

As 227 crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias geraram um total de 416 internações na Enfermaria de Pediatria Clínica, no período estudado, com a primeira admissão registrada em 2 de maio de 2000 e a última em 26 de abril de 2006.

Cento e quarenta e duas crianças (62,5%) foram internadas uma única vez no período e 85 (37,5%) foram re-internadas pelo menos uma vez.

O número de internações e re-internações por criança variou de um a 10, com uma média de 1,8 internações por criança.

As internações de lactentes representaram 78,1% das vezes (Tabela 12).

Tabela 12. Distribuição absoluta e relativa das internações das crianças indígenas internadas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo o grupo etário utilizado em Pediatria, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

Grupo etário pediátrico	n	%	Frequência acumulada em %
Neonatos	3	0,7	0,7
Lactentes	325	78,1	78,8
Pré-escolares	71	17,1	95,9
Escolares	10	2,4	98,3
Pré-púberes	7	1,7	100
Total	416	100	

### 6.2.6. Tempo de internação

O tempo médio de internação foi de 17,8 dias, com desvio padrão de 15,7. O tempo mínimo de internação foi menor que 24 horas de permanência na Enfermaria e o tempo máximo foi de 100 dias (mediana de 13,0 e moda de 11 dias).

Aproximadamente 60% das internações duraram até 14 dias (Tabela 13, Figura 7) e apenas a internação de um lactente ultrapassou 90 dias.

Tabela 13. Distribuição absoluta e relativa das internações das crianças indígenas doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo a duração em dias, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

Tempo de Internação	n	%	Frequência acumulada %
< 1 dia	4	1,0	1,0
1 a 7 dias	97	23,3	24,3
8 a 14 dias	146	35,1	59,4
15 a 30 dias	105	25,2	84,6
31 a 60 dias	54	13,0	97,6
61 a 90 dias	9	2,2	99,8
> 90 dias	1	0,2	100
Total	416	100	

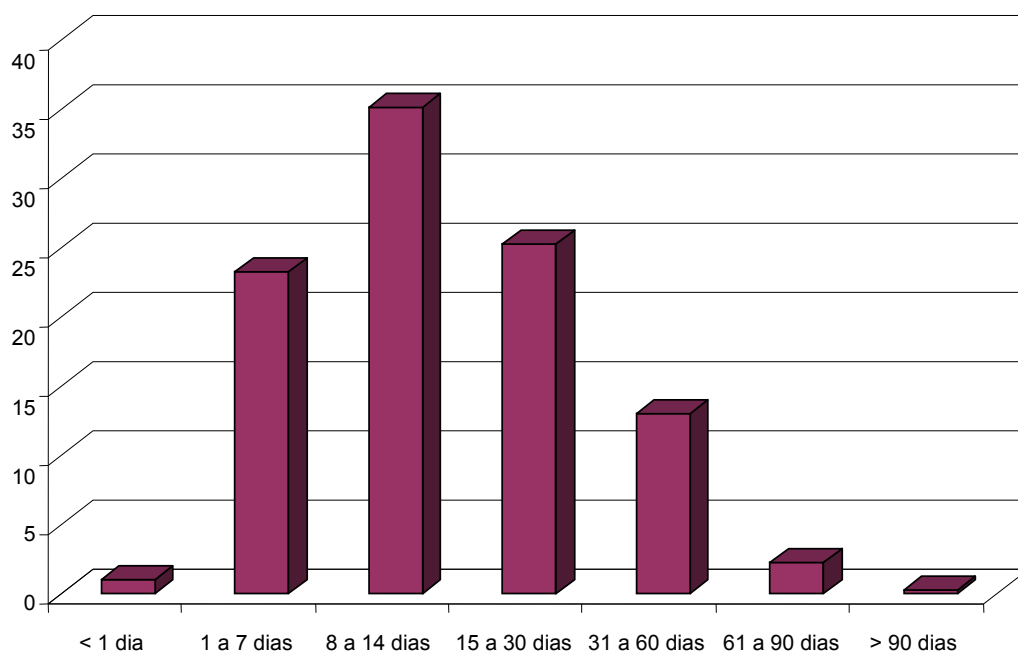


Figura 7. Distribuição relativa das internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo o tempo de internação, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

#### 6.2.7. Estado nutricional

Considerando as internações na Enfermaria de Pediatria Clínica, em 23,3% das vezes, as crianças estavam eutróficas e em 76,7% apresentavam graus variados de desnutrição (Tabela 14, Figura 8).

Em quatro internações não foi possível classificar as crianças quanto ao estado nutricional porque o peso na admissão não foi encontrado no prontuário.

O grau de desnutrição mais comum foi o 2º grau (31,8%) (Figura 9).

Tabela 14. Distribuição absoluta e relativa das internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias internadas na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo a classificação do estado nutricional, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

Estado Nutricional	n	%
Eutrofia	96	23,3
1° grau	111	26,9
2° grau	131	31,8
3° grau	74	18,0
Subtotal	412	100,0
Ignorado	4	1,0
Total	416	-

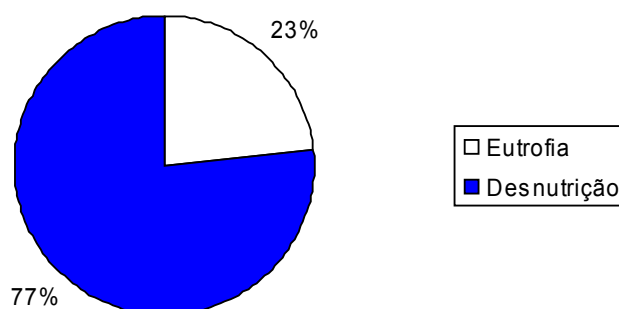


Figura 8. Distribuição relativa das internações de crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo a presença de desnutrição, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.



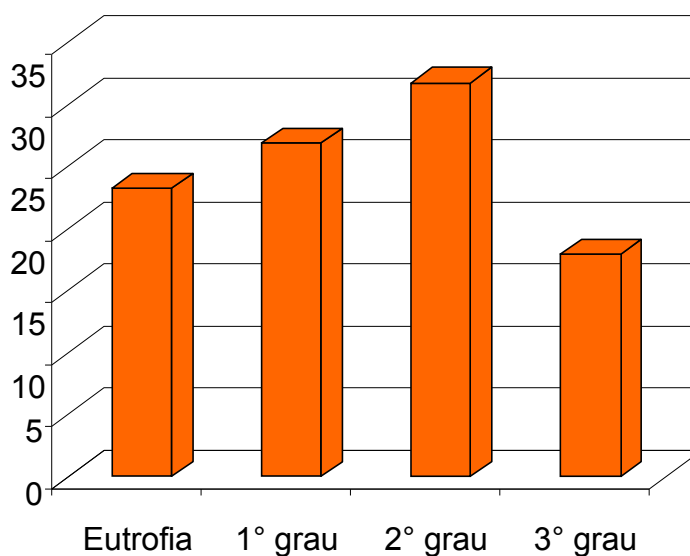


Figura 9. Distribuição relativa das internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias internadas na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo a classificação do estado nutricional, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

#### 6.2.8. Diagnósticos clínicos

As 416 internações geraram 979 diagnósticos de doenças infecto-parasitárias. A maioria das internações (86%) apresentava, como motivo, mais de um diagnóstico. Em média, cada internação recebeu 2,3 diagnósticos.

Os dez diagnósticos clínicos mais freqüentes nas internações estão na tabela 15 e na figura 10. Chama a atenção a elevada freqüência de pneumonia, diarreia aguda, escabiose, sepse e monilíase. A tuberculose vem em sexto lugar com 9,4% dos diagnósticos das internações. Os demais diagnósticos com suas freqüências encontram-se no anexo VIII.

Em 54,1% dos motivos de internação, a etiologia provável mais freqüente foi a bacteriana (Tabela 16).

Considerando as internações, 84,1% das doenças infecciosas e/ou parasitárias comprometeram o aparelho respiratório (Tabela 17).

Tabela 15. Distribuição absoluta e relativa das internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo os diagnósticos clínicos mais freqüentes, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

Diagnósticos Clínicos	n	%*
Pneumonias	298	71,6
Diarréia aguda	163	39,2
Escabiose	145	34,9
Sepse	86	20,7
Monilíase	84	20,2
Tuberculose pulmonar	39	9,4
Infecções cutâneas	31	7,4
Otite média aguda	28	6,7
Parasitoses	17	4,1
Meningites	15	3,6
Subtotal	906	
Outros**	73	17,5
Total	979	

\* Percentual calculado em relação às 416 internações

\*\* Outros: Conjuntivite, pediculose, infecção do trato urinário, infecção de vias aéreas superiores, tungíase, bacteremia, hepatite A, coqueluche, abscesso pulmonar, laringotraqueobronquite, otite externa aguda, citomegalovirose, leishmaniose tegumentar americana, toxoplasmose congênita, mifase, encefalite viral, gengivoestomatite, tinha tonsurante, ptíriase versicolor, endocardite infecciosa, molusco contagioso, herpes zoster, varicela, osteomielite, mastoidite (Anexo VIII).

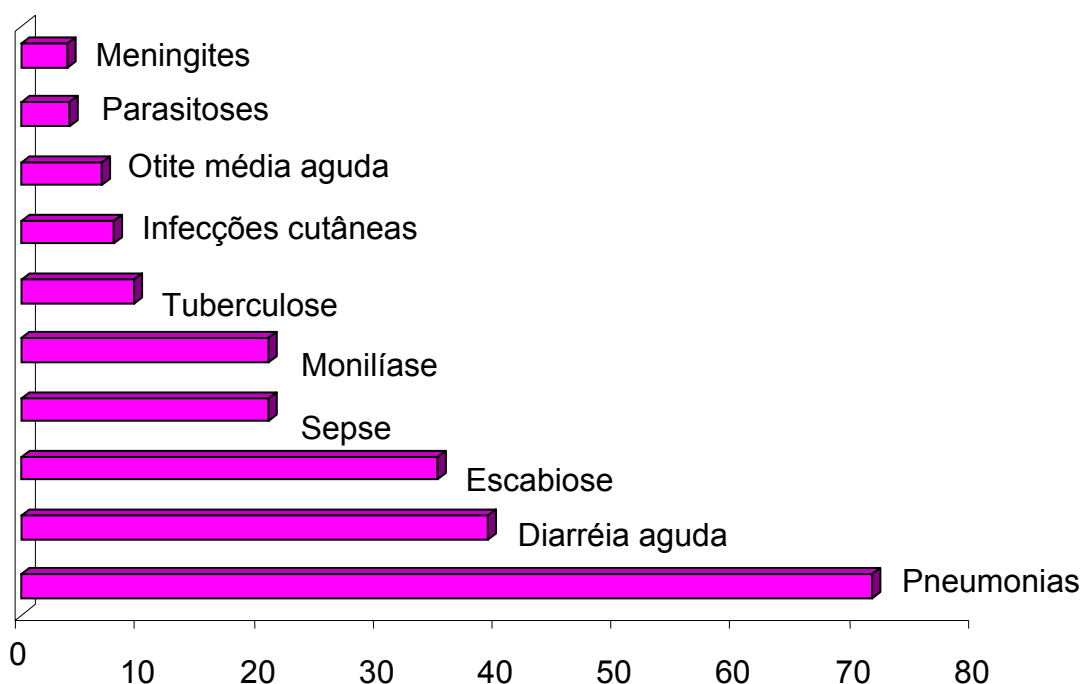


Figura 10. Distribuição relativa das internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo os diagnósticos clínicos mais frequentes, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

Tabela 16. Distribuição absoluta e relativa das internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo a etiologia provável dos diagnósticos clínicos, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

Etiologia provável	n	%
Bactérias	531	54,1
Vírus	179	18,2
Ectoparasitos	159	16,2
Fungos	92	9,4
Helmintos	17	1,7
Protozoários	4	0,4
Total	979	100

Tabela 17. Distribuição absoluta e relativa das internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo a localização da infecção, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

Localização da infecção	n	%*
Aparelho respiratório	350	84,1
Aparelho digestivo	269	64,6
Pele e anexos	197	47,3
Sistêmicas	95	22,8
Olhos e ouvidos	42	10,3
Sistema nervoso	16	3,8
Aparelho geniturinário	8	1,9
Outros	2	0,5
<b>Total</b>	<b>979</b>	

\* Percentual calculado em relação às 416 internações

#### 6.2.9. Tratamento

Os antibióticos, isolados ou em associação com outros antimicrobianos, foram utilizados em 91,4% das internações. O uso isolado ocorreu em 40,6% e a associação mais freqüente foi a de antibióticos com antiparasitários em 26,9% das internações (Tabela 18). Em sete internações, o tratamento foi ignorado porque as folhas de prescrição não se encontravam no prontuário e a avaliação das evoluções diárias na enfermaria não forneciam dados sobre o tratamento.

As penicilinas foram utilizadas em 74,5% das internações (Tabela 19) sendo a penicilina G cristalina a escolha em 42,3% das prescrições (Tabela 20).

A troca de antibióticos ocorreu em 24% das internações (Tabela 21).

Em relação à freqüência da prescrição das outras classes de quimioterápicos, a nistatina (20,9%), a permetrina (20,7%) e o aciclovir (1,2%) foram o antifúngico, o antiparasitário e o antiviral mais utilizados, respectivamente (Tabelas 22 a 24).

Tabela 18. Distribuição absoluta e relativa dos tratamentos utilizados nas internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo as classes de medicamentos, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

Classes de medicamentos	n	%
Antibiótico	166	40,6
Antibiótico + Antiparasitário	110	26,9
Antibiótico + Antifúngico + Antiparasitário	48	11,7
Antibiótico + Antifúngico	46	11,2
Sintomáticos	17	4,2
Antiparasitário	14	3,4
Antibiótico + Antiparasitário + Antiviral	2	0,5
Antifúngico	2	0,5
Antibiótico + Antifúngico + Antiviral	1	0,2
Antibiótico + Antiviral	1	0,2
Antifúngico + Antiparasitário	1	0,2
Antiparasitário + Antiviral	1	0,2
Subtotal	409	100,0
Ignorado	7	1,7
Total	416	-

Tabela 19. Distribuição absoluta e relativa dos tratamentos utilizados nas internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo o grupo de antibióticos prescritos, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

Grupos de antibióticos	n	%*
Penicilinas	310	74,5
Cefalosporinas	245	58,9
Aminoglicosídeos	187	45,0
Tuberculostáticos	46	11,1
Cloranfenicol	34	8,2
Glicopeptídeos	22	5,3
Carbapenêmicos	21	5,0
Macrolídeos	11	2,6
Quinolonas	10	2,4
Sulfonamidas	9	2,2
Lincosamidas	5	1,2
Outros	1	0,2
<b>Total</b>	<b>901</b>	

\* Percentual calculado em relação às 416 internações

Tabela 20. Distribuição absoluta e relativa dos antibióticos prescritos nas internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

Antibióticos	n	%*
Penicilina G cristalina	176	42,3
Amicacina	105	25,2
Cefalotina	95	22,8
Ceftriaxona	86	20,7
Gentamicina	84	20,2
Oxacilina	58	13,9
Tuberculostáticos	47	11,3
Ampicilina	43	10,3
Cefalexina	31	7,5
Vancomicina	30	7,2
Cloranfenicol	21	5,0
Cefepime	20	4,8
Ceftazidima	17	4,1
Imipenem	15	3,6
Amoxicilina-clavulanato	13	3,1
Penicilina G procaína	13	3,1
Ampicilina-sulbactam	12	2,9
Amoxicilina	10	2,4
Eritromicina	9	2,2
SMZ-TMP***	9	2,2
Meropenem	6	1,4
Claritromicina	6	1,4
Clindamicina	5	1,2
Penicilina G benzatina	4	1,0
Ciprofloxacino	4	1,0
Azitromicina	2	0,5
Nitrofurantoína	2	0,5
Sulfadiazina-pirimetamina	1	0,2
Cefazolina	1	0,2
Cefotaxima	1	0,2
Tópicos**	20	
<b>Total</b>	<b>946</b>	

\* Percentual em relação às 416 internações.

\*\* Cloranfenicol, Aminoglicosídeo, Ciprofloxacino

\*\*\* sulfamexazol + trimetopina

Tabela 21. Distribuição absoluta e relativa dos tratamentos utilizados nas internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo a necessidade de troca de antibióticos, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

Troca de antibióticos	n	%
Não	277	67,7
Sim	97	23,7
Não usou	35	8,6
Subtotal	409	100,0
Ignorado	7	1,7
Total	416	-

Tabela 22. Distribuição absoluta e relativa dos antifúngicos prescritos nas internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

Antifúngicos	n	%*
Nistatina	87	20,9
Fluconazol	19	4,6
Anfotericina B	8	1,9
Miconazol tópico	5	1,2
Cetoconazol	1	0,2
Total	120	-

\* Percentual calculado em relação às 416 internações



Tabela 23: Distribuição absoluta e relativa dos antiparasitários prescritos nas internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

Antiparasitários	n	%*
Permetrina	86	20,7
Mebendazol	78	18,8
Benzoato de benzila	49	11,8
Metronidazol	45	10,8
Tiabendazol	22	5,3
Albendazol	15	3,6
Tetmosol	7	1,7
Pasta de enxofre	3	0,7
Glucantime	3	0,7
Ivermectina	2	0,5
Cambendazol	1	0,2
<b>Total</b>	<b>311</b>	<b>-</b>

\* Percentual calculado em relação às 416 internações

Tabela 24. Distribuição absoluta e relativa dos antivirais prescritos nas internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

Antivirais	n	%*
Aciclovir	5	1,2
Ganciclovir	1	0,2
<b>Total</b>	<b>6</b>	

\* Percentual calculado em relação às 416 internações

#### 6.2.10. Desfecho da internação

Em 81,3% das internações, os pacientes receberam alta hospitalar com condições clínicas melhoradas ou curados (Tabela 25).

Em 13,7% das internações foi necessária a transferência para Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Entre 57 crianças encaminhadas para a UTI, 54 eram desnutridas (95%).

Óbitos ocorreram em 2,9% das internações. As causas foram sepse em dez casos, complicações de um tumor cerebral em um caso e, em um óbito, a causa não constava do prontuário. Dos doze óbitos registrados, 11 foram de pacientes desnutridos (92%).

Em três internações houve transferência da Enfermaria de Pediatria Clínica,. Duas transferências foram para a Enfermaria de Pediatria Cirúrgica e uma para a Enfermaria de Clínica Médica. Houve seis casos de evasão.

Tabela 25. Distribuição absoluta e relativa dos desfechos das internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

Desfecho da Internação	n	%
Melhorado	294	70,7
UTI	57	13,7
Curado	44	10,6
Óbito	12	2,9
Evasão	6	1,4
Transferência*	3	0,7
Total	416	100,0

\* para outra Clínica do HUB

### **6.3. Associações**

As crianças xavantes apresentaram maior frequência de re-internação que as crianças de outras etnias mas essa diferença não foi estatisticamente significativa (Tabela 26).

Os lactentes, da mesma forma, apresentaram uma maior frequência de re-internação que as crianças dos outros grupos etários. Essa diferença também não foi estatisticamente significativa (Tabela 27).

Em relação ao estado nutricional, as crianças desnutridas foram re-internadas com mais frequência que as eutróficas. Essa diferença foi estatisticamente significativa com  $p=0,003$ . A criança desnutrida teve duas vezes mais chance de ter sido re-internada que as crianças eutróficas (OR=2,02) (Tabela 28).

As crianças xavantes apresentaram maior frequência de desnutrição quando comparadas às crianças indígenas de outras etnias. Essa diferença foi estatisticamente significativa com  $p=0,002$ . A criança xavante teve aproximadamente, 2,4 vezes mais chance de ser desnutrida que as crianças de outras etnias (OR=2,39) (Tabela 29).

Tabela 26. Associação entre etnia e re-internação nas internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

Etnia	Re-internação		Total
	Sim	Não	
Xavante	231	116	347
Outros	43	26	69
Total	274	142	416

OR (IC 95%) = 1,2 (0,70-2,05)

$X^2 = 0,46$

$p = 0,49$

Tabela 27. Associação entre grupo etário pediátrico e re-internação nas internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

Grupo etário	Re-internação		Total
	Sim	Não	
Lactentes	219	106	325
Outros	55	36	91
Total	274	142	416

OR (IC 95%) = 1,35 (0,83-2,18)

$X^2 = 1,52$

$p = 0,21$

Tabela 28. Associação entre desnutrição e re-internação nas internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

Desnutrição	Re-internação		
	Sim	Não	Total
Sim	223	97	320
Não	51	45	96
Total	274	142	416

OR (IC 95%) = 2,02 (1,27-3,23)

$X^2 = 9,01$

$p = 0,003$

Tabela 29. Associação entre etnia xavante e desnutrição nas internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

Xavante	Desnutrição		
	Sim	Não	Total
Sim	277	70	347
Não	43	26	69
Total	320	96	416

OR (IC 95%) = 2,39 (1,37 - 4,16)

$X^2 = 9,93$

$p = 0,002$

## 7. DISCUSSÃO

O presente estudo caracterizou clinicamente e epidemiologicamente as crianças indígenas internadas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do HUB, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.

O estudo com base em dados constantes nos prontuários, apesar das reconhecidas deficiências, tem sua importância por gerar informações do serviço para o serviço, auxiliando na tomada de decisões em saúde voltadas para a população estudada em particular. Uma das deficiências é a dificuldade de obtenção de todos os prontuários. Neste estudo, não foram encontrados 8% dos prontuários.

Outra limitação do estudo foi a falta de informações em alguns prontuários. A dificuldade de comunicação com os indígenas, principalmente com as mães que costumam acompanhar seus filhos durante a internação, pode explicar a ausência de alguns dados na anamnese. Isso ocorre não só pelo não entendimento do português, mas também por questões culturais. Em algumas tribos, por exemplo, as mulheres não falam com homens não índios. As diferenças alimentares, a distância dos familiares e curandeiros, as mudanças de ambiente e a própria condição de estar internado acabam interferindo nas características específicas de cada etnia e comprometem a troca de informações e o sucesso do tratamento médico (BARATA, 2005). Por outro lado, entre alguns cuidadores da área da saúde ainda existe a resistência em atender indígenas, situação que demanda paciência por parte do examinador. Os hospitais de referência para o atendimento ao paciente indígena também atendem à população em geral e, por conta do excessivo número de atendimentos característicos dos hospitais do SUS, falta flexibilidade para acolher pessoas que tenham hábitos tão diferentes, o que, por sua vez, acaba gerando a rejeição. Um treinamento sistemático das pessoas que atuam diretamente em contato com os indígenas ajudaria no processo de acolhida dessa população.

Outros fatores como ausência de folhas com registros de eventos ocorridos durante a internação ou de informações importantes sobre antecedentes

na anamnese, além de letras ilegíveis nos prontuários, podem ter prejudicado a análise dos dados aqui apresentados.

O período estudado foi determinado pela lista exclusiva de pacientes indígenas internados na Enfermaria de Pediatria Clínica, implantada a partir de maio de 2000. No entanto, há registros de atendimentos esporádicos de índios, no HUB, desde 1991. Até a primeira metade do ano 2000, os atendimentos de indígenas encaminhados pela FUNASA ao HUB eram decorrentes de um acordo informal entre essas instituições. Apesar de a lista ser implantada a partir de maio, o convênio entre as instituições só foi oficializado em agosto de 2000 (PORTELLA, 2003).

A grande maioria das internações de crianças indígenas (93%) na Enfermaria de Pediatria Clínica do HUB teve como causa as doenças infecciosas e/ou parasitárias. Esse achado está de acordo com a literatura que confirma a alta incidência destes agravos no segmento infantil das populações indígenas (FUNASA, 2002; SERAFIM, 2004; ESCOBAR et al., 2003; MONTENEGRO, et al, 2006).

Em um estudo conduzido nos índios Kaingáng, as doenças infecto-parasitárias foram as mais recorrentes entre índios de 0 a 14 anos, sendo responsáveis por 43% das causas de atendimento no posto de saúde da aldeia sede (DIEHL, 2001). Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, a incidência de tuberculose é 12 vezes maior nas crianças indígenas que nas não indígenas e a letalidade por malária, infecções respiratórias e doenças diarreicas é elevada (SBP, 2000).

A perda da floresta enquanto espaço vital, a expulsão de suas terras, a degradação ambiental, a fome e a miséria em que vivem, atualmente, influenciam na saúde da população indígena em geral e na da criança, em particular (PÍCOLI, et al., 2006). Nesse contexto, o predomínio das doenças infecto-parasitárias reflete condições ambientais insalubres e deficiências no atendimento primário de saúde.

A ausência ou precariedade do sistema de saneamento básico, o consumo de água não tratada, a escassez de alimentos, a baixa escolaridade materna e o não reconhecimento do direito à terra são fatores que estão intimamente ligados à morbidade das doenças infecciosas e parasitárias entre os indígenas (DIEHL, 2001; MENEGOLLA, 2006; LEITE, 2006).

Ademais, a dificuldade de acesso a serviços médicos de qualidade contribui para o agravamento da situação. O problema começa com a escassez de recursos humanos, com poucos profissionais para atender os indígenas nas aldeias e pólos- base, passando por carência de medicamentos até problemas estruturais como transporte ao local de atendimento. Em uma comunidade indígena Teréna no Mato Grosso do Sul, a unidade de saúde mais próxima fica a 30 quilômetros, por estrada sem pavimentação existindo apenas uma linha de ônibus a qual, por sua vez, disponibiliza somente uma unidade de transporte coletivo no período diurno para atender os usuários de três aldeias (RIBAS, et al., 2001). Fica claro, ante o exposto, que a solução para o desafio de diminuir a elevada incidência das doenças infecto-parasitárias nas crianças indígenas não reside apenas nas consultas médicas e no fornecimento de vacinas, por exemplo, mas também e, especialmente, segundo ONGs defensoras dos direitos indígenas, na demarcação das terras indígenas (ISA, 2007). A posse, o usufruto e o controle efetivo da terra pelos índios têm sido reconhecidos como condição *sine qua non* para sua sobrevivência (IBGE, 2005).

No presente estudo, houve um predomínio de crianças masculinas (59,9%), correspondendo a 50% mais de meninos. Portella, em sua dissertação de mestrado, encontrou também uma predominância do sexo masculino (52,5%) nas crianças e adolescentes indígenas internados por pneumonia no HUB. Para aqueles internados com tuberculose, no entanto, não houve essa diferença (PORTELLA, 2003). Numa população pouco afetada pela migração, a razão de sexo adquire valores ligeiramente acima de um nas primeiras idades, tendendo a declinar na medida em que se avança ao longo das idades. Este comportamento é resultante da sobremortalidade masculina (IBGE, 2005). Existem conjecturas sobre a possibilidade de a mulher ser, biologicamente, mais forte que o homem, baseadas, por exemplo, em taxas de mortalidade fetal, perinatal e infantil mais elevadas no sexo masculino (PEREIRA, 1995). A morbidade, nos primeiros anos de vida, poderia atuar com maior intensidade sobre as crianças do sexo masculino, o que explicaria a presença maior de meninos indígenas internados para tratamento em um hospital terciário, o que, por sua vez, pressupõe maior gravidade.

Aproximadamente 9 em cada 10 crianças indígenas internadas na Enfermaria de Pediatria Clínica tinham menos de 5 anos de idade. O grupo etário



que apresentou maior freqüência de internação foi o dos lactentes (cerca de 80%) com mediana e moda de 11 meses. Esses dados estão de acordo com os resultados encontrados por outros autores (PORTELLA, 2003).

Os lactentes também foram o grupo etário com maior freqüência de re-internações quando comparados aos demais grupos etários mas essa diferença não foi estatisticamente significativa. O maior número de internações e re-internações de lactentes poderia ser explicado por peculiaridades do sistema imunitário dessas crianças e pelas mudanças alimentares e ambientais a que são submetidas a partir do segundo semestre de vida.

Os lactentes indígenas apresentam o mesmo potencial de resposta à exposição a antígenos com conseqüente ativação da resposta do sistema imunitário que os não indígenas. No entanto, ao viverem isolados, a não exposição a determinados agentes infecciosos faz com que eles apresentem fragilidade de suas defesas pela ausência de contato prévio. Como vivem em áreas afastadas dos centros urbanos, os índios apresentam menor resistência quando entram em contato com esses microorganismos. Como exemplo, entre os Yanomami, tribo indígena de contato relativamente recente com a nossa sociedade, a cada epidemia de gripe, uma média de 20% dos casos evoluíam com complicações bacterianas e alta letalidade devido, em grande parte, à baixa resistência imunológica natural (FRANCISCO, 1999).

À parte o fato de serem indígenas, os lactentes apresentam imaturidade fisiológica do sistema imunitário. As infecções invasivas por vírus e bactérias encapsuladas tais como o *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Neisseria meningitidis* ocorrem com maior freqüência nesse grupo (VILELA, 2001). A resposta dos linfócitos à exposição a antígenos, principalmente não protéicos como os presentes nas cápsulas das bactérias acima, só começa a se tornar eficaz a partir dos dois anos de idade. A produção de imunoglobulina A (IgA), anticorpo relevante na defesa das superfícies mucosas, principalmente dos tratos gastrintestinal e respiratório, é baixa. Os níveis de imunoglobulina G (IgG) caem entre os 3 e 5 meses alcançando os níveis do adulto somente a partir dos 8 anos (VILELA, 2001; GRUMACH, et al., 2006).

O leite materno, com todas as suas características, ajuda a suprir as deficiências do sistema imunitário da criança, além de promover o seu bem-estar nutricional (LAMOUNIER et al., 2000). Seu fator protetor contra doenças do aparelho respiratório e digestivo já está bem estabelecido na literatura (OMS, 2000). A partir dos 6 meses de idade, esta proteção cai drasticamente (YOON, 1996) e tem início a introdução de novos alimentos na dieta do lactente. As condições higiênicas inadequadas na preparação dos alimentos ou utilização de água contaminada favorecem a ocorrência de doenças infecto-parasitárias nessa população. É também a partir do segundo semestre de vida que a criança começa a sentar, engatinhar e andar. A exploração do ambiente é característica das crianças tornando inevitável o maior risco de contato com os agentes infecciosos e parasitários (SUCUPIRA, 2000).

Noventa e seis por cento das crianças indígenas procederam de dois distritos sanitários, o DSEI Xavante (84,1%) e o DSEI Xingu (11,9%), sendo Barra do Garça (MT) o município de procedência no primeiro caso e Canarana (MT) no segundo (RENISI, 2007). Os xavantes, além de serem os mais freqüentes na Enfermaria, apresentaram maior proporção de re-internações que as outras etnias. Essa diferença, entretanto, não foi estatisticamente significativa. A preponderância dos xavantes poderia ser explicada em bases populacionais, geográficas e epidemiológicas.

A população xavante é uma das maiores do Brasil, com 13.307 habitantes, enquanto que a população do DSEI Xingu é composta por 5.018 índios, segundo informações da RENISI (RENISI, 2007). Ainda, Barra do Garça dista 556 quilômetros de Brasília enquanto Canarana dista 634 quilômetros. Talvez seja possível que os indígenas do Parque Nacional do Xingu (PNX) sejam referenciados a hospitais mais próximos. Finalmente, em termos epidemiológicos, a população Xavante apresenta indicadores piores que a população procedente do PNX. Em 2005, o coeficiente de mortalidade infantil no DSEI Xingu foi sete vezes menor que o coeficiente do DSEI Xavante (Tabela 4).

Finalmente, existem peculiaridades em relação ao acesso à saúde entre os índios do Xingu. O Parque Nacional Indígena do Xingu foi criado em 1961. Em 1965, o indigenista Orlando Villas Bôas e o professor médico Roberto Baruzzi criaram um programa de assistência à saúde da população do Parque. Atualmente,

o Professor Baruzzi, outros médicos voluntários e estudantes de medicina visitam o PNX quatro vezes durante o ano fornecendo atendimento básico aos índios, com atenção especial à imunização. Assim, quase a totalidade das crianças abaixo de cinco anos é vacinada (FINGER, 2003), o que não ocorre com os xavantes.

No período estudado, houve uma média de 1,8 internações por criança. No entanto, apenas 85 (37,5%) foram, de fato, responsáveis pelas 189 re-internações. As associações de re-internação com a etnia e o grupo etário não apresentaram significância estatística. Outra variável testada em relação às re-internações foi o estado nutricional, pois se observou que em 77% das internações a criança apresentava algum grau de desnutrição. A associação entre desnutrição e re-internações foi estatisticamente significativa ( $p=0,003$ ). Nesse caso, a criança desnutrida apresentou duas vezes mais chance de ser re-internada que a criança eutrófica ( $OR=2,02$ ). A desnutrição também esteve presente em mais de 90% dos óbitos e dos encaminhamentos para a UTI.

Quando a desnutrição foi associada à etnia, a proporção de crianças xavantes desnutridas foi 2,4 vezes maior do que as outras crianças. Essa diferença foi estatisticamente significativa ( $p=0,003$ ).

A desnutrição é um agravo comum entre comunidades indígenas. Estudos sobre a avaliação do estado nutricional de crianças de várias tribos foram realizados em todo o país (FAGUNDES, et al., 2004, FAGUNDES, et al.; 2002; ESCOBAR, et al.; 2003; DE MORAIS, et al.; 2003; ORELLANA, et al., 2006; LEITE, 2005). A título de exemplo, a desnutrição crônica pode variar de 10% (CAPELLI, et al., 2001; RIBAS, et al., 2001) a mais de 50% (MARTINS, et al., 1994) em menores de cinco anos.

Neste estudo, como não se dispunha da estatura das crianças em grande parte das internações, não foi possível classificar a desnutrição em aguda ou crônica. Optou-se, então, por analisar se havia ou não deficiência ponderal em relação à esperada para a idade, utilizando o índice peso/idade (P/I), preconizado pelo Ministério da Saúde para o acompanhamento do crescimento físico em menores de cinco anos (LEITE, 2006). Dessa forma só foi possível avaliar se existia desnutrição ou não e em que grau, não sendo possível discriminar o período em que ocorreu a deficiência alimentar (BRESOLIN & BRICKS, 2000).

Dentre as crianças estudadas, aproximadamente 80% tinham menos de dois anos de idade. É sabido que, nestas, o peso é o parâmetro que tem maior velocidade de crescimento, variando mais em função da idade que do comprimento da criança, o que o torna mais sensível aos agravos nutricionais justificando a utilização da classificação antropométrica de Gomez para avaliar a presença ou não de desnutrição nessas crianças. A classificação de Gomez, quando comparada com a classificação de Waterlow e com a classificação em escores Z sugerida pela OMS, para a avaliação do estado nutricional de crianças até 2 anos de idade mostrou ser a melhor quanto à identificação de crianças desnutridas, pois, dentre as três, é a que possui menor probabilidade de erro em classificá-las como desnutridas ou não (SIGULEM, 2000).

Por outro lado, ao não se considerar a estatura para a classificação nutricional, poderia haver a possibilidade de superestimação da desnutrição das crianças internadas, principalmente as maiores de 2 anos, uma vez que a estatura das crianças indígenas é, em geral, menor que a de crianças não indígenas (SANTOS, 1993). Assim, quando avaliada a proporção entre peso e estatura, os achados apontariam para uma relação adequada entre esses parâmetros (LEITE, 2006).

A incidência de doenças infecciosas e a desnutrição formam um binômio em que as partes se influenciam. Em muitas situações, é impossível determinar se a desnutrição ou a infecção foi o evento que iniciou a deterioração do paciente. Neste estudo, a desnutrição favoreceu a re-internação por doenças infecto-parasitárias na Enfermaria. Sugere-se que qualquer desvio do estado nutricional normal possa favorecer uma suscetibilidade maior do hospedeiro à infecção (ROCHA, 2000).

Sabe-se que a desnutrição é a causa mais freqüente de imunodeficiência secundária (FORTE, 2001). A alteração na defesa do organismo contra os agentes infecciosos pode ocorrer de maneira não específica por meio da alteração da integridade dos epitélios de revestimento da pele e de mucosas (como ocorre em determinados tipos de carência) e por diminuição na atividade enzimática dos fagócitos. A resposta imune celular está diminuída, bem como a produção de IgA secretória. As demais imunoglobulinas encontram-se em níveis normais ou aumentados (ROCHA, 2000; FORTE, 2001).

Há possíveis explicações para a alta incidência de desnutrição entre os índios. Na sociedade indígena, a disponibilidade de alimentos, seja por caça, pesca ou plantio, o controle relativo da natalidade e a inexistência de desnível sócio-econômico, favorecem a distribuição eqüitativa e suficiente dos mesmos (FAGUNDES NETO, 1981). Contudo, a invasão intermitente das terras indígenas por fazendeiros, garimpeiros, madeireiros, entre outros, causa a destruição do equilíbrio ambiental, determinando a redução da disponibilidade de água limpa e de animais silvestres e poluição e assoreamento dos rios, impossibilitando a pesca. Os deslocamentos das comunidades também têm impacto nas condições sanitárias das aldeias (FUNASA, 2007). Soma-se a tudo isso a introdução de alimentos industrializados em sua dieta, como o óleo de soja, sal, açúcar, café, pão e biscoitos, alimentos com baixo valor nutricional e que não fazem parte da dieta indígena tradicional. Esses novos hábitos estão conduzindo os índios ao paradoxo de pais obesos e filhos desnutridos (CAPELLI et al. 2001). É provável que os xavantes vivam nesse contexto de privação, o que justificaria o achado de ser xavante como um fator de risco para a re-internação.

O tempo médio de internação foi de 17,8 dias e 60% das internações duraram até 14 dias. Dados disponíveis no sítio da internet do HUB ([www.hub.unb.br](http://www.hub.unb.br)) e no sítio da internet da SES-DF ([www.saude.df.gov.br](http://www.saude.df.gov.br)) mostram que a permanência das crianças indígenas na Enfermaria é superior ao esperado para as crianças que internam em um determinado ano. Tomando como exemplo o ano de 2005, a média de permanência, em dias, dos pacientes na Enfermaria de Pediatria Clínica foi a maior dentre todas as clínicas do HUB: 13,74 dias. Na SES-DF, a Enfermaria de Pediatria Clínica que mais se assemelha à do HUB é a do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF). Para este hospital, o tempo médio de permanência das crianças internadas foi 13,6 dias, em 2005 (HUB, 2007; SES-DF, 2007). O tempo prolongado de internação poderia ser justificado pela complexidade dos quadros clínicos das crianças indígenas internadas, a sua maioria desnutrida e com idade inferior a 2 anos.

Há consenso quanto à elevada incidência de doenças infecto-parasitárias entre as crianças índias, no entanto os estudos, em sua maioria, não as discriminam de forma quantitativa. Neste estudo, as doenças mais freqüentes foram pneumonias, diarreia aguda, escabiose, sepse, monilíase e tuberculose. A maioria das infecções

teve etiologia bacteriana provável, ao contrário do que se espera para uma população cuja moda de idade foi 11 meses, isto é, predominância de infecções virais (MURAHOVSKI, 1995).

A pneumonia foi o diagnóstico mais freqüente em 71,6% das vezes. A alta incidência de infecções respiratórias agudas na população estudada está de acordo com os dados da literatura (GOYA, et al., 2005). Em uma comunidade Teréna, no Mato Grosso do Sul, as infecções por doenças respiratórias foram responsáveis por 41,1% das internações nos seis meses anteriores ao estudo (RIBAS, et al., 2001).

As pneumonias bacterianas são freqüentes na prática pediátrica. A gravidade de que muitas vezes se revestem e a resposta favorável, em sua maioria, ao tratamento adequado, colocam-nas em posição de destaque. Ocorrem em todas as idades, mas a incidência é particularmente acentuada nos dois primeiros anos de vida (TARANTINO, 1998). Dentre os muitos fatores de risco em crianças podem-se citar os que sabidamente influenciam a incidência da doença entre crianças indígenas: desnutrição, nível de educação dos pais, vacinação deficiente e deficiência de vitamina A (GOYA et al., 2005). Esta última é muito comum em crianças desnutridas. Já está comprovado que a suplementação da dieta com megadoses de vitamina A, a partir dos 6 meses, melhora a imunidade e reduz a morbidade e a mortalidade relacionada à pneumonia. Desde 2005, a FUNASA disponibiliza esse micro-nutriente à população indígena do país (FUNASA, 2005).

O desmame precoce, isto é, antes dos três meses de idade, é um fator de risco comum na sociedade em geral e raro na sociedade indígena. Entretanto, alguns relatos atuais contrastam com informações anteriores. Em 1981, Fagundes Neto verificou que, no Alto Xingu, o aleitamento materno exclusivo ocorria até o primeiro ano, prolongando-se até os três anos (FAGUNDES NETO, 1981). Em 2006 já há relatos de que os períodos de amamentação estão diminuindo com conseqüente aumento da desnutrição (FINGER, 2003).

O segundo diagnóstico mais freqüente neste estudo foi a diarreia, em 39,2% das vezes. Na literatura, há relatos de que em uma comunidade Teréna, 44,4% das internações de crianças foram por diarreia (RIBAS et al., 2001). A concentração de domicílios, o sedentarismo, a convivência direta com animais domésticos e a falta de infra-estrutura são condições ideais para a propagação de

enteropatógenos de veiculação hídrica e alimentar. Os rotavírus figuram entre os principais agentes que ocasionam diarreia entre os indígenas (COSTA, 2006), outros agentes etiológicos associados principalmente com a falta de saneamento básico são as bactérias e os helmintos. Medidas simples como a educação em saúde (lavar as mãos, preparo adequado de alimentos, destino correto do lixo, entre outros) podem diminuir a propagação destes germes.

O aleitamento materno, por sua vez, além dos benefícios em relação às doenças respiratórias, já tem seu papel bem estabelecido na proteção contra doenças diarreicas. Lactentes amamentados ao seio, especialmente crianças menores de três meses de idade, sofrem menos episódios de diarreia que os não amamentados (O'RYAN, et al., 2005).

Outra medida de prevenção para as diarreias agudas já está em curso em nível nacional. Desde março de 2006, o governo disponibiliza a vacina para o rotavírus para crianças com idade máxima de cinco meses e quinze dias (SVS, 2006). O resultado prático dessa medida para a diminuição da incidência da diarreia grave em crianças indígenas ainda não pôde ser avaliado.

A escabiose ou sarna é uma ectoparasitose altamente contagiosa cuja principal manifestação é o prurido, mais intenso à noite. Escoriações e piodermites são lesões secundárias ao prurido (SUASSUNA, et al., 1996). A escabiose esteve presente em 34,9% dos diagnósticos no presente estudo. A frequência da escabiose no Brasil, segundo informações obtidas nas décadas de 1970 e 1990 indicam que a escabiose está entre 6 e 11% das dermatoses diagnosticadas (YAMAMOTO, 2004). Entre os indígenas as informações são escassas, mas em uma comunidade da tribo Panará, no Xingu, uma epidemia de escabiose afetou 100% da população (LOFREDO, et al., 2001).

De cada cinco diagnósticos das crianças indígenas na Enfermaria de Pediatria Clínica do HUB, um foi sepse. Dentre os óbitos, quase 100% foram devidos à sepse. A população deste estudo apresentou características compatíveis com a maioria dos fatores de risco para a sepse: baixa idade, desnutrição e presença de infecções respiratórias ou gastrintestinais (MÂNGIA et al., 2005). Os dois primeiros fatores agem como fatores predisponentes para a sepse, na medida em que contribuem para um funcionamento deficiente do sistema imunitário. Em um

estudo conduzido em um hospital de referência no Ceará, sobre os fatores de risco para a sepse, 81,4% dos pacientes tinham menos de um ano de idade, 71,1% eram desnutridos e quase dois terços apresentaram, por ocasião da internação, diarreia ou infecções respiratórias (RIBEIRO et al.; 1999).

A monilíase, também conhecida como candidose, teve a mesma frequência da sepse com cerca de 20% dos diagnósticos. A *Candida albicans* é um fungo que faz parte da flora endógena do ser humano. A colonização tem início durante a passagem pelo canal de parto e por meio das mãos dos profissionais que cuidam das crianças (DURAN et al.; 2005). Quando o sistema imunitário apresenta um desequilíbrio em sua função, principalmente com comprometimento da resposta imune celular, como ocorre no caso de pacientes desnutridos, há proliferação do fungo nos locais por ele colonizados, como a mucosa oral (ABBAS et al.; 2003). Além disso, existe equilíbrio entre os componentes habituais da flora endógena. Bactérias como a *E. coli* produzem substâncias que inibem o crescimento da *Candida albicans*. O uso de antibióticos de largo espectro ou por tempo prolongado altera as relações existentes entre esses microorganismos, favorecendo o aparecimento da monilíase (TOMIOKA, et al., 1996). Neste estudo, os antibióticos foram utilizados em 91,4% das internações.

Os dados relativos à tuberculose neste estudo são discrepantes da literatura. A tuberculose representou apenas 9,6% dos diagnósticos entre as crianças internadas, enquanto se sabe que a incidência de tuberculose entre as populações indígenas é elevada (AMARANTE & COSTA, 2001; BARUZZI et al, 2001). A desnutrição, presente na maioria das crianças, por meio da depressão do mecanismo de imunidade celular, já justificaria um maior adoecimento. Esse resultado poderia ser justificado pela dificuldade do diagnóstico de tuberculose em crianças. Por existir dificuldades na comprovação por métodos bacteriológicos, o diagnóstico de tuberculose na criança é difícil e baseia-se, na maioria das vezes, na história de contato recente com adulto tuberculoso, aliada a dados clínicos, radiológicos e de leitura do teste tuberculínico (CARREIRA & SANT'ANNA, 2000).

Em relação ao tratamento, os antibióticos do grupo das penicilinas foram os mais prescritos, sendo a penicilina G cristalina a escolhida em 42,3% das prescrições. Como existe um protocolo de tratamento da pneumonia seguido pelos médicos da Enfermaria de Pediatria Clínica do HUB (NASCIMENTO-CARVALHO &



SOUZA-MARQUES, 2002), a despeito da escolha empírica do antibiótico, a troca só foi necessária em 24% das internações. Vale ressaltar, também, conforme já exposto, que 93% das crianças indígenas internadas tinham menos de cinco anos, apresentavam-se desnutridas à admissão e, não raro, padeciam de mais de uma doença infecto-parasitária. Mesmo diante de tantos fatores de risco para uma má evolução, optou-se pelo tratamento preconizado de acordo com o provável agente etiológico mais comum para a doença e a faixa etária do paciente, o que está de acordo com a literatura médica (TAVARES, 2001).

Para as outras classes de medicamentos, as escolhas médicas também foram pelos representantes de primeira geração como a nistatina e o aciclovir. Exceção se fez à permetrina. Esta droga é um escabicida de última geração, de custo superior a outros escabicidas e que não é padronizado para uso no HUB. Ocorre que o benzoato de benzila, o medicamento disponível, causa intensa irritação na pele da criança quando não é diluído na forma indicada pela bula. A permetrina, por sua vez, é uma loção, não sendo necessária a diluição. Ainda, pode ocorrer irritação das mucosas quando as crianças pequenas levam as mãos aos olhos ou quando sugam o seio da mãe, que também utiliza o tratamento prescrito ao filho em casos de escabiose (LOFREDO et al, 2001).

Desfechos não desejados, como óbito ou transferência para UTI, ocorreram em 2,9% e 13,7% das internações, respectivamente. Em 80% dos casos os pacientes receberam alta hospitalar, curados ou com as condições clínicas melhoradas. Uma hipótese para o sucesso do tratamento desses pacientes pode ser a qualidade da equipe multidisciplinar da Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília. É uma equipe em que todos aceitam e respeitam as peculiaridades dos pacientes indígenas. Há quartos separados na Enfermaria para os pacientes indígenas e seus acompanhantes e, além disso, os pacientes são separados, caso existam desavenças culturais entre suas etnias. São médicos e médicas, enfermeiras, técnicas e técnico de enfermagem, psicólogas, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêutica e assistentes sociais, todos unidos com o objetivo de alcançar o sucesso no tratamento desses pacientes. E o resultado acima pode ser apenas o reflexo de todo esse trabalho.

Finalmente, diante do exposto, pode-se afirmar que mudanças estruturais nas aldeias em que vivem e nos serviços de saúde que buscam, são necessárias

para a melhoria das condições de vida da criança indígena, sempre respeitando suas características especiais. O estímulo à produção científica sobre o assunto tem crescido substancialmente, mas a realização de um maior número de estudos é, ainda, necessária. O SIASI, por meio de sua implantação definitiva, fornecerá subsídios para planejamento de ações em saúde, ferramentas indispensáveis para a construção do bem-estar desse segmento da população. Este estudo buscou contribuir para o melhor conhecimento dos problemas infecciosos das crianças indígenas internadas num hospital de referência.

## 8. CONCLUSÕES

As internações por doenças infecciosas corresponderam a 92% das internações das crianças indígenas.

A distribuição das internações por doenças infecto-parasitárias, por grupo etário, mostrou que 78% eram lactentes, 60% do sexo masculino e 84% da etnia xavante.

O maior percentual de internações foi procedente do Distrito Sanitário Especial Indígena Xavante (84,1%).

Houve 37,5% de re-internação e a média de internação por doença infecto-parasitária foi de 1,8 por criança.

O tempo médio de internação foi 17,8 dias, moda de 11 dias e mediana de 13 dias.

No momento da internação a desnutrição estava presente em 77% das vezes.

As principais causas de internação por doenças infecto-parasitárias foram pneumonias e diarreias agudas.

A classe de antibióticos mais utilizada foi a das penicilinas (74,5%). Foram utilizados, ainda, antiparasitários, antifúngicos e antivirais. A troca de antibióticos foi necessária em apenas 24% das internações.

Em 80% das internações o desfecho foi favorável, com melhora ou cura clínica.

As crianças xavantes apresentaram maior risco para desnutrição que as de outras etnias e a re-internação de crianças desnutridas foi duas vezes maior que as de não desnutridas.

Assim, o perfil predominante da criança indígena internada na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília é o de uma criança do sexo masculino, xavante, com idade inferior a dois anos, desnutrido, com pneumonia e/ou

diarréia, com 80% de probabilidade de retornar curado ou melhorado, à aldeia, ao final da internação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAS, A.K.; LICHTMAN A.H.; POBER, J.S. Imunidade aos microorganismos. In: *Imunologia celular e molecular*. 4. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p 343-62.

ALVAREZ R.R. et al. Dermatoses entre os Xavante da área indígena Pimentel Barbosa, Mato Grosso (Brasil). *Cad de Saude Publica*, 7(4): 581-4, 1991.

AMARAL J.J.F.; PAIXÃO A.C. *AIDPI para o ensino médico: manual de apoio*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.

BENGUIGUI Y. et al (ed.). *Infecções respiratórias em crianças*. Washington, D.C.: OPAS, 1998.

AMARANTE, J. M.; COSTA, V. L. A. A tuberculose nas comunidades indígenas brasileiras na virada do século. *Bol Pneumol Sanit*, 8:5-12, 2000.

ATHIAS R.; MACHADO M.A. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: Temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cad Saude Publica*, 17: 425-31, 2001.

BARATA G. *Saúde indígena enfrenta entraves políticos*. Disponível em: <http://www.comciencia.com.br/reportagens/2005/04/05.shtml.shtml>. Atualizado em: 10 de abril de 2005. Acesso em 17 de fevereiro de 2007.

BARUZZI, R. G.; et al. Saúde e doença em índios Panará (Kreen-Akarôre) após vinte e cinco anos de contato com o nosso mundo, com ênfase na ocorrência de tuberculose (Brasil Central). *Cad Saude Publica*, 17:407-12, 2001.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *Estatuto da criança e do adolescente* : Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, Lei n. 8.242, de 12 de outubro de 1991. 3ª ed. Brasília: Coordenação de Publicações, 2001.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Tendências Demográficas. Uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostra dos Censos Demográficos 1991 e 2000*. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2005.

BRASIL. Ministério da Justiça. Fundação Nacional do Índio. *Índios do Brasil*. Disponível em < [www.funai.org.br](http://www.funai.org.br) >. Acesso em 20 de abril de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS [base de dados na internet]. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 7 de julho de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. *Fichas de Qualificação de Indicadores*. Disponível em < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2005/CapituloA.pdf> >. Acesso em 10 de julho de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Rede Nacional de Estudos e Pesquisas em Saúde dos Povos Indígenas – RENISI. Disponível em < <http://sis.funasa.gov.br/portal/> >. Acesso em 30 de março de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Saúde Indígena*. Disponível em < [www.funasa.gov.br](http://www.funasa.gov.br) >. Acesso em 20 de abril de 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Notícias: *Funasa implementa programa de suplementação de vitamina A em comunidades indígenas*. Atualizado em 13 de abril de 2005. Disponível em < [www.funasa.gov.br](http://www.funasa.gov.br) >. Acesso em 12 de julho de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Notícias: Funasa implementa novas diretrizes para atenção à saúde indígena.* Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=18888](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=18888)>. Acesso em 19 de maio de 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Notícias: Esclarecimento sobre o óbito de criança indígena em Dourados (MS).* Atualizado em 25 de fevereiro de 2005. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/noticias>>. Acesso em 19 de abril de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids (PNDST/AIDS). *Epidemiologia da aids.* Disponível em <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em 8 de junho de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) - Vigilância epidemiológica. *Nota Técnica: Doença diarreica por rotavírus: vigilância epidemiológica e prevenção pela vacina oral do rotavírus humano – VORH.* Publicado em 1 de março de 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe\\_tecnico\\_rotavirus.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe_tecnico_rotavirus.pdf)>. Acesso em 7 julho de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) - Vigilância epidemiológica. *Sarampo.* Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=22332](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=22332)>. Acesso em 7 julho de 2007.

BRASÍLIA. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde, SES-DF. *SES em números. Dados estatísticos.* Disponível em <<http://www.saude.df.gov.br>> . Acesso em 10 de julho de 2007.

BRESOLIN, A. M. B.; BRICKS L.F. Agravos nutricionais: desnutrição energético-protéica. In: SUCUPIRA A.C.S.L.; et al. *Pediatria em consultório.* São Paulo: Sarvier, 2000.

CHECLEY W. et al. Effect of water and sanitation on childhood health in a poor Peruvian peri-urban community. *Lancet*, 363(9403):112-8, 2004.

CAPELLI, J.C.S.; KOIFMAN S. Avaliação do estado nutricional da comunidade indígena Parkatêjê, Bom Jesus do Tocantins, Pará, Brasil. *Cad Saude Publica*, 17(2): 433-7, 2001.

CARREIRA, M.N.; SANT'ANNA C.C. Estudo comparativo de critérios para o diagnóstico de tuberculose em crianças atendidas em centro de saúde. *J Pneumol* 26(5): 219-26, 2000.

COIMBRA C.E.A. Jr; SANTOS R.V. *Perfil epidemiológico da população indígena no Brasil: considerações gerais*. Porto Velho: Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia. 2001. Documento de Trabalho n° 3.

COIMBRA Jr., C.E.A.; SANTOS, R.V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas. *Cien Saude Col*, 5:125-132, 2000.

COSTA, F.F. et al. Rotavírus em comunidades indígenas sul-americanas. *Rev Inst Adolfo Lutz*, 65(2):73-77, 2006.

DE MORAIS, M.B., et al. Estado nutricional de crianças índias do Alto Xingu em 1980 e 1992 e evolução pondero-estatural entre o primeiro e o quarto ano de vidas. *Cad Saude Publica*, 18(2): 543-50, 2003.

DEPARTAMENTO DE SAÚDE INDÍGENA. *Boletim informativo n° 1 de 2006*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2006. Disponível em [http://sis.funasa.gov.br/portal/arquivos/boletim/boletim\\_informativo.html](http://sis.funasa.gov.br/portal/arquivos/boletim/boletim_informativo.html).

DIEHL, E.E. Agravos na saúde Kaingáng (Terra indígena Xapecó, Santa Catarina) e a estrutura dos serviços de atenção biomédica. *Cad Saude Publica*, 17(2): 439-445, 2001.



ESCOBAR A.L.; SANTOS, R.V.; COIMBRA C.E.A. Jr. Avaliação nutricional de crianças indígenas Pakaanóva (Wari'), Rondônia, Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant*, 3(4): 475-81, 2003.

ESCUDEIR M.M.; VENANCIO S. I.; PEREIRA JC. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. *Rev Saude Publica*, 37(3): 319-25, 2003.

DURÁN, E. et al. Candidemia: *Candida parapsilosis* en una unidad de Neonatología. *Rev Iberoam Micol* 22:64, 2005.

FAGUNDES-NETO, U. et al. Observations of the Alto Xingu Indians (Central Brazil) with special reference to nutritional evaluation in children. *Am J Clin Nutr* 1981; 34: 2229-35.

FAGUNDES NETO U. et al. Avaliação nutricional das crianças índias do Alto Xingu. *J Pediatr*, 50 (5): 179-82, 2002.

FAGUNDES U.; et al. Avaliação do estado nutricional e da composição corporal das crianças índias do Alto Xingu. *J Pediatr*, 78 (5): 383-8, 2002.

FAGUNDES U.; OLIVA, C.A.G.; FAGUNDES-NETO, U. Avaliação do estado nutricional e da composição corporal das crianças índias do Alto Xingu e da etnia Ikpeng. *J Pediatr*, 80: 483-9, 2004.

FARHAT K. Vacina contra influenza. In: *Projeto Diretrizes*. Brasília: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2002. Disponível em: <[http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/116.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/116.pdf)>.

FINGER C. Health care in indigenous populations: the Xingu Indian park. *Lancet*, 362: s38-s39, 2003.

FONTBONNE, A. et al. Fatores de risco para poliparasitismo intestinal em uma comunidade indígena de Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica*, 17(2): 367-73, 2001.

FORTE, W.C.N.; CARVALHO JR, F.F. Imunodeficiências secundárias às alterações nutricionais. In: GRUMACH S.A. *Alergia e imunologia na infância e adolescência*. São Paulo: Atheneu, 2001. p 571-77.

FRANCISCO, D.A.; OLIVEIRA, C.E. *URIH: assistência à saúde Yanomami*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 27p.

FUCHS S.C. et al. The burden of pneumonia in children in Latin America. *Paediatr Respir Rev*, 6(2):83-7, 2005.

GARNELO L. *Política de Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: Análise situacional do período de 1990 a 2004*. Porto Velho: Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia. 2004 Documento de Trabalho n° 9.

GARNELO L.; BRANDÃO L.C.; LEVINOVA A. Dimensões e potencialidades dos sistemas de informação geográfica na saúde indígena. *Rev Saude Publica*, 39(4): 634-40, 2005.

GARNELO L.; MACEDO G.; BRANDÃO L.C. *Os povos indígenas e a construção de políticas de saúde no Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.

GOYA, A.; FERRARI, G.F. Fatores de risco para morbimortalidade por pneumonia em crianças. *Rev Paul Pediatría* 23(2): 99-105, 2005.

GRUMACH, A.S.; DUARTE, A.J.S. Desenvolvimento da resposta imune na criança. In: ROXO JR, P. (coordenador). *Alergia e imunodeficiências em pediatria: abordagem prática*. Ribeirão Preto: Tecmedd, 2006. p 225-36.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA. HUB - *Referência em medicina há mais de 30 anos*. Disponível em <[www.hub.unb.br](http://www.hub.unb.br)>. Acesso em 10 de março de 2007.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA. HUB – *Institucional: Estatísticas*. Disponível em <[www.hub.unb.br/Institucional/anual2005\\_080306.htm](http://www.hub.unb.br/Institucional/anual2005_080306.htm)>. Acesso em 10 de julho de 2007.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. *Povos indígenas no Brasil. Quem, onde, quantos.* Disponível em: < <http://www.socioambiental.org/pib/portugues/quonqua/>>. Acesso em 20 de abril de 2007a.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. *Notícias: Estudo do IBGE torna público fenômeno do auto-reconhecimento da descendência indígena.* Disponível em: <<http://www.socioambiental.org/nsa/>>. Acesso em 20 de abril de 2007b.

JAFARI H.S. Major infectious diseases of children in developing countries: challenges and opportunities of today and the future. *Semin Pediatr Infect Dis*, 15: 121-3, 2004.

LAMOUNIER, J.A. XAVIER, C.C.; MOULIN, Z.S. Leite materno e proteção à criança. In: TONELLI,E.; FREIRE, L.M.S. *Doenças infecciosas na infância e adolescência.* Rio de Janeiro: Medsi, 2000. p 89-103.

LEITE, M.S. Sazonalidade e estado nutricional de populações indígenas: o caso Wari' (Pakaánova), Rondônia, Brasil. Porto Velho: Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia. 2005 Documento de Trabalho n° 13.

LEITE, M.S. et al. Crescimento físico e perfil nutricional da população indígena Xavante de Sangradouro – Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. *Cad de Saude Publica*, 22(2): 265-76, 2006.

LOFREDO, S.M.; et al. Investigação e controle de epidemia de escabiose: uma experiência educativa em aldeia indígena. *Saude Soc*, 10(1): 65-86, 2001.

LUNA E.; PIMENTA F.G. Jr. *Nota técnica n° 01/ DEVEP/SVS/MS.* Brasil: Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Vigilância em Saúde. Publicado em 8 de fevereiro de 2007. Disponível: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota\\_sarampo\\_bahia\\_080202.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_sarampo_bahia_080202.pdf). Acesso em 8 de julho de 2007.

MAGALHÃES E.D. (Org.). *Legislação Indigenista Brasileira e Normas correlatas*. 2. ed. Brasília: Fundação Nacional do Índio, 2003.

MÂNGIA, C.M.F.; CARVALHO, W.B. Atualização no diagnóstico e tratamento da sepse grave e choque séptico em pediatria. *Temas de Pediatria n° 81*. São Paulo: Nestlé Nutritions, 2005.

MARTINS, S. J.; MENEZES, R.C. Evolução do estado nutricional de menores de 5 anos em aldeias indígenas da tribo Parakanã, na Amazônia oriental brasileira (1989-1991). *Rev de Saude Publica*, 28: 1-8, 1994.

MENEGOLLA I.A., et al. Estado nutricional e fatores associados à estatura de crianças da Terra Indígena Guarita, Sul do Brasil. *Cad Saude Publica*, 22(2): 395-406, 2006.

MONTENEGRO R.A.; STEPHENS C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *Lancet*, 367(3): 1859-69, 2006.

MOTA J.A.C.; STARLING A.L.P. LEÃO E. Diarréia aguda infecciosa. In: TONELLI E.; FREIRE L.M.S. *Doenças infecciosas na infância e adolescência*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2000. p 1614-1625.

MURAHOVSKI J. *Pediatria: diagnóstico + tratamento*. 5. ed. São Paulo: Editora Sarvier, 1995.

NASCIMENTO-CARVALHO, C.M. & SOUZA-MARQUES, H.H. *Recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria para Antibioticoterapia de Crianças e Adolescentes com Pneumonia Comunitária*. Disponível em [www.sbp.com.br](http://www.sbp.com.br). Acesso em 25 de junho de 2007.

ORELLANA, J.D.; et al. Nutritional status and anemia in Suruí indian children, Brazilian Amazon. *J Pediatr* 82: 383-8, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde \_ Décima Revisão (CID-10)*, São Paulo, EDUSP/ Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Collaborative Study Team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*, 355(9202):451-5, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *The WHO child growth standards*. Disponível em <<http://www.who.int/childgrowth/en/>>. Acesso em 30 de março de 2007.

O'RYAN M., PRADO V., PICKERING L.K. A millenium update on pediatric diarrheal illness in the developing world. *Semin Pediat Infect Dis*, 16:12-136, 2005.

PAGLIARO H. et al. Comportamento demográfico dos índios Kamayurá, Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso, Brasil (1970-1999). In: *Anais do XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais*. Disponível em: <http://www.abep.org.br> . Acesso em 08 de agosto de 2007.

PARASHAR U.D.; BREESE J.S.; GLASS R.I. The global burden of diarrhoeal disease in children. *Bull World Health Organ*, 81(4):236, 2003.

PEREIRA M.P. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1995.

PÍCOLI R.P.; CARANDINA, L.; RIBAS, DLB. Saúde materno-infantil e nutrição de crianças Kaiowá e Guaraní, Área indígena de Caarapó, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*, 22(1): 223-7, 2006.

PORTARIA MS nº 254 de 31/01/2003 – Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. In: Magalhães ED, organizador. *Legislação Indigenista*

*Brasileira e Normas correlatas*. 2. ed. Brasília: Fundação Nacional do Índio, 2003. p 214-29.

PORTARIA MS nº 70 de 20/01/2004 – Aprova as *Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena*. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-70.htm>.

PORTELLA M.F.P. *Infecções do trato respiratório inferior em crianças e adolescentes indígenas internados em hospital de Brasília, DF*. 93p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

RIBAS D.L.B.; SGANZERLA A.; ZORZATTO, J.R.; PHILIPPI S.T. Nutrição e saúde infantil em uma comunidade indígena Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*, 17(2): 323-31, 2001.

RIBEIRO, A.M.; MOREIRA, J.L.B. Epidemiologia e etiologia da sepse na infância. *J Pediatr* 75(1): 39-44, 1999.

RICE A. L. et al. Malnutrition as an underlying cause of childhood deaths associated with infectious diseases in developing countries. *Bull World Health Organ*, 78: 1207-21, 2000.

ROCHA, J.A. Nutrição e Infecção. In: TONELLI E.; FREIRE L.M.S. *Doenças infecciosas na infância e adolescência*. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2000. p 81-8.

SANT'ANNA C.C. *Infecções respiratórias agudas na prática pediátrica*. São Paulo: Atheneu, 2002.

SANTOS R.V. Crescimento físico e estado nutricional de populações indígenas brasileiras. *Cad Saude Publica*, 9 (supl. 1): 46-57, 1993.

SÃO PAULO (estado). Centro de Vigilância Epidemiológica. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Divisão de

Doenças de Transmissão Respiratória e Divisão de Imunização. *Sarampo na Bahia: cenário atual*. Documento técnico elaborado em 2 de fevereiro de 2007. Disponível em: [ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc\\_tec/RESP/if\\_sarabajan07.pdf](ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/RESP/if_sarabajan07.pdf). Acesso em 8 de julho de 2007.

SERAFIM M.G. Política nacional de atenção aos povos indígenas. In: YAMAMOTO, R.M. (Org.). SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (Org.). *Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2004. p 25-34.

SIGULEM D.M.; DEVICENZI U.M.; LESSA A.C. Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. *J Pediatr*, 76 Suppl 3:275-84, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Educação médica continuada*. Conclusões e recomendações. Atualizado em 19 de abril de 2000. Disponível em <[www.sbp.com.br](http://www.sbp.com.br)>. Acesso em 20 de maio de 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Documento elaborado pelas lideranças indígenas presentes no VI Fórum Nacional de Defesa da Saúde da Criança Indígena*. Atualizado em 19 de abril de 2005. Disponível em <[www.sbp.com.br](http://www.sbp.com.br)>. Acesso em 20 de maio de 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Valores de referência para antropometria, pressão arterial e perfil lipídico em crianças e adolescentes*. Disponível em <[http://www.sbp.com.br/img/documentos/valores\\_referencia.pdf](http://www.sbp.com.br/img/documentos/valores_referencia.pdf)>. Acesso em 30 de março de 2007.

SOUSA M.C.; SCATENA J.H.G.; SANTOS, R.V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura funcionamento. *Cad Saude Publica*, 23(4):853-61, 2007.

STEIN C.E.; INOUE, M., MA FAT, D. The global mortality of infectious and parasitic diseases in children. *Semin Pediatr Infect Dis*,;15:125-9, 2004.

SUASSUNA F.A.B.; MARINHO, L.A.C. Escabiose. In: VERONESI, R.; FOCACCIA, R. (editores). *Tratado de Infectologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 1996. p1476-7.

SUCUPIRA A.C.S.L.; et al. *Pediatria em consultório*. São Paulo: Sarvier, 2000.

TARANTINO A.B. et al. *Pneumopatas na infância: diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.112p.

TAVARES, W. Critérios para o uso racional dos antimicrobianos. In: *Manual de antibióticos e quimioterápicos antiinfeciosos*. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2001. Pp 61-73.

TOMIOKA, E. ; BASTOS, A.C. Infecções do trato genital inferior feminino. In: VERONESI, R.; FOCACCIA, R. (editores). *Tratado de Infectologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 1996. p1600-6.

VILELA M.M.S. Desenvolvimento da resposta imune na criança. In; GRUMACH S.A. *Alergia e imunologia na infância e adolescência*. São Paulo: Atheneu, 2001. p 327-42.

YAMAMOTO, R.M. A criança com problemas agudos de saúde. In: YAMAMOTO, R.M. (Org.). SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (Org.). *Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2004. p 154-8.

YOON P.W. et al. The effect of malnutrition on the risk of diarrheal and respiratory mortality in children < 2 y of age in Cebu, Philippines. *Am J Clin Nutr*, 65(4):1070-7, 1997.



## ANEXOS

### **Anexo I. Distritos Sanitários Especiais Indígenas e Casas de Saúde do Índio (Portaria FUNASA N° 410 de 10 de agosto de 2000)**

#### COORDENAÇÃO REGIONAL DO ACRE – CORE-AC

1. Distrito Sanitário Especial Indígena de Alto Juruá
2. Distrito Sanitário Especial Indígena de Alto Purus
  - 2.1. Casa de Saúde do Índio de Rio Branco

#### COORDENAÇÃO REGIONAL DE ALAGOAS – CORE-AL

3. Distrito Sanitário Especial Indígena de Alagoas

#### COORDENAÇÃO REGIONAL DO AMAPÁ – CORE-AP

4. Distrito Sanitário Especial Indígena do Amapá/Norte do Pará
  - 4.1. Casa de Saúde do Índio do Oiapoque
  - 4.2. Casa de Saúde do Índio do Macapá

#### COORDENAÇÃO REGIONAL DO AMAZONAS – CORE-AM

5. Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro
  - 5.1. Casa de Saúde do Índio de São Gabriel da Cachoeira
6. Distrito Sanitário Especial Indígena do Médio Rio Purus
7. Distrito Sanitário Especial Indígena de Javari
  - 7.1. Casa de Saúde do Índio de Atalaia do Norte
8. Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus
  - 8.1. Casa de Saúde do Índio de Manaus

9. Distrito Sanitário Especial Indígena de Parintins

9.1. Casa de Saúde do Índio de Parintins

10. Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Solimões

10.1. Casa de Saúde do Índio de Tabatinga

11. Distrito Sanitário Especial Indígena do Médio Solimões

COORDENAÇÃO REGIONAL DA BAHIA – CORE-BA

12. Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia

COORDENAÇÃO REGIONAL DO CEARÁ – CORE-CE

13. Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará

COORDENAÇÃO REGIONAL DE GOIÁS – CORE-GO

14. Distrito Sanitário Especial Indígena do Araguaia

14.1. Casa de Saúde do Índio de Goiânia

COORDENAÇÃO REGIONAL DO MARANHÃO – CORE-MA

15. Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão

15.1. Casa de Saúde do Índio de Imperatriz

15.2. Casa de Saúde do Índio de Barra do Corda

COORDENAÇÃO REGIONAL DO MATO GROSSO DO SUL – CORE-MS

16. Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul

16.1. Casa de Saúde do Índio de Amambaí

16.2. Casa de Saúde do Índio de Campo Grande

## COORDENAÇÃO REGIONAL DO MATO GROSSO – CORE-MT

### 17. Distrito Sanitário Especial Indígena de Tangará da Serra

17.1. Casa de Saúde do Índio de Cuiabá

17.2. Casa de Saúde do Índio de Rondonópolis

17.3. Casa de Saúde do Índio de Tangará da Serra

### 18. Distrito Sanitário Especial Indígena Kaiapó do Mato Grosso

18.1. Casa de Saúde do Índio de Colider

### 19. Distrito Sanitário Especial Indígena Xavante

19.1. Casa de Saúde do Índio de Barra do Garça

19.2. Casa de Saúde do Índio de Xavantina

### 20. Distrito Sanitário Especial Indígena Xingu

## COORDENAÇÃO REGIONAL DE MINAS GERAIS – CORE-MG

### 21. Distrito Sanitário Especial Indígena de Minas Gerais/Espírito Santo

21.1. Casa de Saúde do Índio de Governador Valadares

## COORDENAÇÃO REGIONAL DO PARÁ – CORE-PA

### 22. Distrito Sanitário Especial Indígena Kaiapó do Pará

22.1. Casa de Saúde do Índio de Redenção

### 23. Distrito Sanitário Especial Indígena Guamá-Tocantins

23.1. Casa de Saúde do Índio de Belém

23.2. Casa de Saúde do Índio de Marabá

### 24. Distrito Sanitário Especial Indígena de Tapajós

24.1. Casa de Saúde do Índio de Itaituba

### 25. Distrito Sanitário Especial Indígena de Altamira

24.2. Casa de Saúde do Índio de Altamira

## COORDENAÇÃO REGIONAL DA PARAÍBA – CORE-PB

26. Distrito Sanitário Especial Indígena de Potiguara

## COORDENAÇÃO REGIONAL DO PARANÁ – CORE-PR

27. Distrito Sanitário Especial Indígena do Litoral Sul

27.1. Casa de Saúde do Índio de Curitiba

27.2. Casa de Saúde do Índio do Rio de Janeiro

27.3. Casa de Saúde do Índio de São Paulo

## COORDENAÇÃO REGIONAL DE PERNAMBUCO – CORE-PE

28. Distrito Sanitário Especial Indígena do Pernambuco

## COORDENAÇÃO REGIONAL DO RIO DE JANEIRO – CORE-RJ

## COORDENAÇÃO REGIONAL DE RONDÔNIA – CORE-RO

29. Distrito Sanitário Especial Indígena de Porto Velho

29.1. Casa de Saúde do Índio de Porto Velho

29.2. Casa de Saúde do Índio de Humaitá

29.3. Casa de Saúde do Índio de Guajará Mirim

30. Distrito Sanitário Especial Indígena de Vilhena

30.1. Casa de Saúde do Índio de Vilhena

30.2. Casa de Saúde do Índio de Ji-Paraná

30.1. Casa de Saúde do Índio de Cacoal

COORDENAÇÃO REGIONAL DE RORAIMA – CORE-RR

31. Distrito Sanitário Especial Indígena do Leste de Roraima

31.1. Casa de Saúde do Índio de Boa Vista

32. Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami

COORDENAÇÃO REGIONAL DE SANTA CATARINA – CORE-SC

33. Distrito Sanitário Especial Indígena do Interior do Sul

COORDENAÇÃO REGIONAL DE TOCANTINS – CORE-TO

34. Distrito Sanitário Especial Indígena de Tocantins

34.1. Casa de Saúde do Índio de Araguaina

34.2. Casa de Saúde do Índio do Gurupi

**Anexo II. Distribuição dos óbitos por residência e por faixa etária segundo a causa, na população indígena, em 2004. Fonte: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br), acessado em 26/06/07.**

92

**Anexo II. Distribuição dos óbitos por residência e por faixa etária segundo a causa, na população indígena, em 2004. Fonte: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br), acessado em 26/06/07.**

Informações de Saúde		DATASUS Tecnologia da Informação e serviço do SUS													
Mortalidade - Brasil															
Óbitos p/Residênc por Faixa Etária segundo Causa - CID-BR-10															
Raça/cor: Indígena															
Período: 2004															
Causa - CID-BR-10	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Idade ignorada	Total	
<b>TOTAL</b>	<b>511</b>	<b>205</b>	<b>42</b>	<b>35</b>	<b>74</b>	<b>151</b>	<b>131</b>	<b>150</b>	<b>165</b>	<b>203</b>	<b>243</b>	<b>320</b>	<b>16</b>	<b>2.246</b>	
<b>001-031 ALGUMAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS</b>	<b>66</b>	<b>67</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>23</b>	<b>2</b>	<b>241</b>	
. 001 Doenças infecciosas intestinais	51	55	4	-	-	-	-	-	1	3	2	7	-	123	
... 003 Diarréia e gastroenterite orig infec pres	42	50	4	-	-	-	-	-	1	2	2	7	-	108	
... 004 Outras doenças infecciosas intestinais	9	5	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	15	
. 005-006 Tuberculose	2	1	-	-	3	6	4	2	4	4	6	8	1	41	
... 005 Tuberculose respiratória	-	-	-	-	2	6	4	2	4	4	5	8	1	36	
... 006 Outras tuberculoses	2	1	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	5	
. 007-015 Outras doenças bacterianas	11	10	1	3	1	1	1	1	1	3	3	5	-	41	
... 010 Tétano	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	
.... 010.3 Tétano acidental	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	
... 014 Septicemia	8	9	1	3	-	1	-	-	1	3	2	3	-	31	
... 015 Infecções com transmissão predom sexual	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	
. 016-023 Doenças virais	1	-	1	2	1	3	6	3	4	1	-	-	-	22	
... 022 Hepatite viral	-	-	-	2	-	-	1	1	1	1	-	-	-	6	
... 023 Doen p/vírus da imunodefíc humana (HIV)	-	-	-	-	1	3	5	2	3	-	-	-	-	14	
. 024-027 Doenças transmitidas por protozoários	1	1	-	-	-	-	2	2	2	-	-	2	1	11	
... 024 Malária	1	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	3	
... 026 Doença de Chagas	-	-	-	-	-	-	2	1	2	-	-	2	1	8	
. 031 Restante algumas doenç infec e parasitárias	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	1	-	3	
<b>032-052 NEOPLASIAS</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>17</b>	<b>23</b>	<b>35</b>	<b>26</b>	<b>22</b>	<b>-</b>	<b>145</b>	
. 032 Neopl malign do lábio, cav oral e faringe	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	2	
. 033 Neoplasia maligna do esôfago	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	2	-	-	5	
. 034 Neoplasia maligna do estômago	-	-	-	-	-	1	-	3	2	4	3	3	-	16	
. 035 Neoplasia maligna do cólon,reto e ânus	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	1	-	-	4	
. 036 Neopl malign do fígado e vias bil intrahepát	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	-	3	

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

## Mortalidade - Brasil

Óbitos p/Residênc por Faixa Etária segundo Causa - CID-BR-10

Raça/cor: Indígena

Período: 2004

Causa - CID-BR-10	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Idade ignorada	Total
. 037 Neoplasia maligna do pâncreas	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	2
. 038 Neoplasia maligna da laringe	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	2	-	4
. 039 Neopl malign da traquéia,brônquios e pulmões	-	-	-	-	-	-	-	1	1	5	1	-	-	8
. 041 Neoplasia maligna da mama	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	-	6
. 042 Neoplasia maligna do colo do útero	-	-	-	-	-	3	1	6	4	4	3	1	-	22
. 043 Neopl malign de corpo e partes n/esp útero	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	-	4
. 044 Neoplasia maligna do ovário	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	2
. 045 Neoplasia maligna da próstata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	4	-	6
. 046 Neoplasia maligna da bexiga	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
. 047 Neopl malign mening,encéf e out partes SNC	-	-	3	-	-	2	-	-	1	1	-	1	-	8
. 048 Linfoma não-Hodgkin	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
. 050 Leucemia	-	-	-	1	2	1	2	-	2	1	-	-	-	9
. 051 Neoplasias in situ, benign, comport incert	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
. 052 Restante de neoplasias malignas	-	-	-	-	-	3	1	4	6	10	12	5	-	41
<b>053-054 D SANGUE E ORG HEMAT E ALGUNS TRANS IMUNIT</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	-	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	-	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	-	<b>17</b>
. 053 Anemias	3	2	1	-	1	-	1	-	2	1	2	2	-	15
. 054 Rest d sangue, org hemat e alg transt imunit	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	2
<b>055-057 D ENDÓCRINAS, NUTRICIONAIS E METABÓLICAS</b>	<b>60</b>	<b>52</b>	<b>4</b>	-	<b>3</b>	-	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	-	<b>183</b>
. 055 Diabetes mellitus	-	-	-	-	1	-	3	2	7	11	9	7	-	40
. 056 Desnutrição	55	49	4	-	1	-	1	3	2	2	4	4	-	125
. 057 Rest doenças endócr, nutricion e metabólicas	5	3	-	-	1	-	1	1	1	1	1	4	-	18
<b>058-059 TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS</b>	-	-	-	-	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	-	<b>1</b>	-	-	<b>9</b>
. 058 Transt ment e comport uso subst psicoativas	-	-	-	-	1	1	4	1	1	-	1	-	-	9
... 058.1 Trans ment e comport devid uso	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

## Mortalidade - Brasil

Óbitos p/Residênc por Faixa Etária segundo Causa - CID-BR-10

Raça/cor: Indígena

Período: 2004

Causa - CID-BR-10	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Idade ignorada	Total
álcool	-	-	-	-	1	1	4	1	1	-	1	-	-	9
<b>060-063 DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>33</b>
. 060 Meningite	2	1	-	-	1	1	-	-	-	-	1	-	-	6
. 061 Doença de Alzheimer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
. 062 Epilepsia	-	2	2	-	-	2	-	1	1	1	-	-	-	9
. 063 Restante das doenças do sistema nervoso	3	5	1	-	-	3	1	1	-	1	1	1	-	17
<b>064 DOENÇAS DOS OLHOS E ANEXOS</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1</b>
<b>066-072 DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>27</b>	<b>35</b>	<b>54</b>	<b>80</b>	<b>83</b>	<b>1</b>	<b>303</b>
. 066 Febre reumát aguda e doen reum crôn coração	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	2
. 067 Doenças hipertensivas	-	-	-	-	-	-	-	2	1	7	8	7	-	25
. 068 Doenças isquêmicas do coração	-	-	-	-	-	2	2	7	15	19	26	17	-	88
... 068.1 Infarto agudo do miocárdio	-	-	-	-	-	1	2	6	11	18	21	16	-	75
. 069 Outras doenças cardíacas	1	-	2	-	-	4	3	9	7	12	11	28	1	78
. 070 Doenças cerebrovasculares	-	1	-	-	1	3	4	9	11	15	33	28	-	105
. 071 Aterosclerose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	3
. 072 Rest doenças do aparelho circulatório	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2
<b>073-077 DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATORIO</b>	<b>103</b>	<b>26</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>29</b>	<b>43</b>	<b>2</b>	<b>268</b>
. 073 Influenza (gripe)	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	3
. 074 Pneumonia	88	21	5	1	5	5	7	3	9	4	13	16	1	178
. 075 Out infec agudas das vias aéreas inferiores	4	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
... 075.1 Bronquiolite	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
. 076 Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	3	2	-	-	-	-	1	1	2	7	10	13	-	39
... 076.1 Asma	2	2	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	6
. 077 Restante doenças do aparelho respiratório	6	2	-	1	3	1	2	4	3	1	6	13	1	43
<b>078-082 DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>84</b>
. 078 Úlcera gástrica, duodenal e péptica	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	2
. 079 Peritonite	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	2
. 080 Doenças do fígado	-	1	-	1	1	2	4	14	7	6	5	3	1	45
... 080.1 Doença	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM



## Mortalidade - Brasil

Óbitos p/Residênc por Faixa Etária segundo Causa - CID-BR-10

Raça/cor: Indígena

Período: 2004

Causa - CID-BR-10	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Idade ignorada	Total
alcoólica do fígado	-	-	-	1	-	1	2	10	2	1	1	-	1	19
... 080.2 Fibrose e cirrose do fígado	-	-	-	-	-	-	2	2	3	4	2	2	-	15
... 080.3 Outras doenças do fígado	-	1	-	-	1	1	-	2	2	1	2	1	-	11
. 081 Colecistite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	2
. 082 Rest doenças do aparelho digestivo	2	4	-	-	1	-	4	2	7	2	7	4	-	33
<b>083 DOENÇAS DA PELE E TECIDO SUBCUTÂNEO</b>	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	1	-	4
<b>084 DOENÇAS SIST OSTEOMUSC E TECIDO CONJUNTIVO</b>	-	-	1	-	-	-	1	-	1	3	-	2	-	8
<b>085-087 DOENÇAS DO APARELHO GENITURINÁRIO</b>	1	5	-	-	-	1	-	2	3	3	7	5	-	27
. 085 D glomerulares e d renais túbulo- interstic	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	5
. 086 Insuficiência renal	1	1	-	-	-	1	-	2	3	2	5	2	-	17
. 087 Rest doenças do aparelho geniturinário	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	-	5
<b>088-091 GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO</b>	-	-	-	-	1	5	4	3	-	-	-	-	-	13
. 088 Gravidez que termina em aborto	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2
. 089 Outras mortes obstétricas diretas	-	-	-	-	1	2	2	3	-	-	-	-	-	8
<b>092-096 ALG AFECÇÕES ORIGIN NO PERÍODO PERINATAL</b>	149	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	149
. 092 Feto e recemnac afet fat mat e compl grav	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13
. 093 Transt relac duração gestação e cresc fetal	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
. 095 Trans resp e cardiovas espec per perinatal	65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	65
. 096 Rest afec originadas no período perinatal	61	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	61
<b>097-099 MALF CONGÊN, DEFORM E ANOMAL CROMOSSÔMICAS</b>	45	3	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	52
. 097 Malformações congênitas do sistema nervoso	16	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17
. 098 Malf congênitas do aparelho	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

## Mortalidade - Brasil

Óbitos p/Residênc por Faixa Etária segundo Causa - CID-BR-10

Raça/cor: Indígena

Período: 2004

Causa - CID-BR-10	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Idade ignorada	Total
circulatório	15	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17
. 099 Rest de malf cong, deform e anomal Cromoss	14	1	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	18
<b>100-102 SINT, SIN E ACH ANORM CLÍN E LAB, NCOP</b>	<b>64</b>	<b>18</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>15</b>	<b>18</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>48</b>	<b>46</b>	<b>107</b>	<b>3</b>	<b>389</b>
. 100 Senilidade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	3	-	7
. 101 Morte sem assistência médica	30	7	2	1	4	8	8	16	15	26	31	70	-	218
. 102 Rest sint, sin e ach anorm clín e laborat	34	11	3	4	4	7	10	9	12	20	13	34	3	164
<b>103-112 CAUSAS EXTERNAS DE MORBIDADE E MORTALIDADE</b>	<b>12</b>	<b>18</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>40</b>	<b>81</b>	<b>50</b>	<b>34</b>	<b>21</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>320</b>
. 103 Acidentes de transporte	-	1	1	5	8	18	15	9	5	2	2	-	1	67
. 104 Quedas	2	1	4	-	-	-	4	1	1	-	2	1	-	16
. 105 Afogamento e submersões acidentais	1	9	4	1	2	8	5	4	4	1	1	1	-	41
. 106 Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	2	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	2	-	6
. 107 Envenen, intoxic por ou expos a subst nociv	-	-	-	-	-	2	1	-	2	-	-	-	-	5
. 108 Lesões autoprovoçadas voluntariamente	-	-	-	8	16	25	10	6	1	2	-	-	-	68
. 109 Agressões	4	-	1	2	9	22	12	10	3	1	1	1	5	71
. 110 Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada	-	1	-	1	2	2	3	4	2	3	3	3	1	25
. 112 Todas as outras causas externas	3	6	1	1	3	3	-	-	3	-	1	-	-	21

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM


Copia como .CSV

Copia para TabWin

### Anexo III. Tabelas de peso para a idade para meninos até 5 anos.

Fonte: OMS, 2006. Disponível em <http://www.who.int/childgrowth/en/>, acesso em 10/03/07.

Anexo III. Tabelas de peso para a idade para meninos até 5 anos. 97  
 Fonte: OMS, 2006. Disponível em <http://www.who.int/childgrowth/en/>, acesso em 10/03/07.

 World Health Organization

**Weight-for-age BOYS**  
 Birth to 5 years (percentiles)

Year: Month	L	M	S	1st	3rd	5th	Percentiles (weight in kg)									
							15th	25th	50th	75th	85th	95th	97th	99th		
0: 0	0.3487	3.3464	0.14602	2.3	2.5	2.6	2.9	3.0	3.3	3.7	3.9	4.2	4.3	4.6		
0: 1	0.2297	4.4709	0.13395	3.2	3.4	3.6	3.9	4.1	4.5	4.9	5.1	5.5	5.7	6.0		
0: 2	0.1970	5.5675	0.12385	4.1	4.4	4.5	4.9	5.1	5.6	6.0	6.3	6.8	7.0	7.4		
0: 3	0.1738	6.3762	0.11727	4.8	5.1	5.2	5.6	5.9	6.4	6.9	7.2	7.7	7.9	8.3		
0: 4	0.1553	7.0023	0.11316	5.4	5.6	5.8	6.2	6.5	7.0	7.6	7.9	8.4	8.6	9.1		
0: 5	0.1395	7.5105	0.11080	5.8	6.1	6.2	6.7	7.0	7.5	8.1	8.4	9.0	9.2	9.7		
0: 6	0.1257	7.9340	0.10958	6.1	6.4	6.6	7.1	7.4	7.9	8.5	8.9	9.5	9.7	10.2		
0: 7	0.1134	8.2970	0.10902	6.4	6.7	6.9	7.4	7.7	8.3	8.9	9.3	9.9	10.2	10.7		
0: 8	0.1021	8.6151	0.10882	6.7	7.0	7.2	7.7	8.0	8.6	9.3	9.6	10.3	10.5	11.1		
0: 9	0.0917	8.9014	0.10881	6.9	7.2	7.4	7.9	8.3	8.9	9.6	10.0	10.6	10.9	11.4		
0:10	0.0820	9.1649	0.10891	7.1	7.5	7.7	8.2	8.5	9.2	9.9	10.3	10.9	11.2	11.8		
0:11	0.0730	9.4122	0.10906	7.3	7.7	7.9	8.4	8.7	9.4	10.1	10.5	11.2	11.5	12.1		
1: 0	0.0644	9.6479	0.10925	7.5	7.8	8.1	8.6	9.0	9.6	10.4	10.8	11.5	11.8	12.4		
1: 1	0.0563	9.8749	0.10949	7.6	8.0	8.2	8.8	9.2	9.9	10.6	11.1	11.8	12.1	12.7		
1: 2	0.0487	10.0953	0.10976	7.8	8.2	8.4	9.0	9.4	10.1	10.9	11.3	12.1	12.4	13.0		
1: 3	0.0413	10.3108	0.11007	8.0	8.4	8.6	9.2	9.6	10.3	11.1	11.6	12.3	12.7	13.3		
1: 4	0.0343	10.5228	0.11041	8.1	8.5	8.8	9.4	9.8	10.5	11.3	11.8	12.6	12.9	13.6		
1: 5	0.0275	10.7319	0.11079	8.3	8.7	8.9	9.6	10.0	10.7	11.6	12.0	12.9	13.2	13.9		
1: 6	0.0211	10.9385	0.11119	8.4	8.9	9.1	9.7	10.1	10.9	11.8	12.3	13.1	13.5	14.2		
1: 7	0.0148	11.1430	0.11164	8.6	9.0	9.3	9.9	10.3	11.1	12.0	12.5	13.4	13.7	14.4		
1: 8	0.0087	11.3462	0.11211	8.7	9.2	9.4	10.1	10.5	11.3	12.2	12.7	13.6	14.0	14.7		
1: 9	0.0029	11.5486	0.11261	8.9	9.3	9.6	10.3	10.7	11.5	12.5	13.0	13.9	14.3	15.0		
1:10	-0.0028	11.7504	0.11314	9.0	9.5	9.8	10.5	10.9	11.8	12.7	13.2	14.2	14.5	15.3		
1:11	-0.0083	11.9514	0.11369	9.2	9.7	9.9	10.6	11.1	12.0	12.9	13.4	14.4	14.8	15.6		
2: 0	-0.0137	12.1515	0.11426	9.3	9.8	10.1	10.8	11.3	12.2	13.1	13.7	14.7	15.1	15.9		

WHO Child Growth Standards

## Weight-for-age BOYS

Birth to 5 years (percentiles)



World Health  
Organization

Year: Month	Month	L	M	S	1st	3rd	5th	5th	15th	25th	50th	75th	85th	95th	97th	99th	
		Percentiles (weight in kg)															
2: 1	25	-0.0189	12.3502	0.11485	9.5	10.0	10.2	11.0	11.4	12.4	13.3	13.9	14.9	15.3	16.1		
2: 2	26	-0.0240	12.5466	0.11544	9.6	10.1	10.4	11.1	11.6	12.5	13.6	14.1	15.2	15.6	16.4		
2: 3	27	-0.0289	12.7401	0.11604	9.7	10.2	10.5	11.3	11.8	12.7	13.8	14.4	15.4	15.9	16.7		
2: 4	28	-0.0337	12.9303	0.11664	9.9	10.4	10.7	11.5	12.0	12.9	14.0	14.6	15.7	16.1	17.0		
2: 5	29	-0.0385	13.1169	0.11723	10.0	10.5	10.8	11.6	12.1	13.1	14.2	14.8	15.9	16.4	17.3		
2: 6	30	-0.0431	13.3000	0.11781	10.1	10.7	11.0	11.8	12.3	13.3	14.4	15.0	16.2	16.6	17.5		
2: 7	31	-0.0476	13.4798	0.11839	10.3	10.8	11.1	11.9	12.4	13.5	14.6	15.2	16.4	16.9	17.8		
2: 8	32	-0.0520	13.6567	0.11896	10.4	10.9	11.2	12.1	12.6	13.7	14.8	15.5	16.6	17.1	18.0		
2: 9	33	-0.0564	13.8309	0.11953	10.5	11.1	11.4	12.2	12.8	13.8	15.0	15.7	16.9	17.3	18.3		
2:10	34	-0.0606	14.0031	0.12008	10.6	11.2	11.5	12.4	12.9	14.0	15.2	15.9	17.1	17.6	18.6		
2:11	35	-0.0648	14.1736	0.12062	10.7	11.3	11.6	12.5	13.1	14.2	15.4	16.1	17.3	17.8	18.8		
3: 0	36	-0.0689	14.3429	0.12116	10.8	11.4	11.8	12.7	13.2	14.3	15.6	16.3	17.5	18.0	19.1		
3: 1	37	-0.0729	14.5113	0.12168	11.0	11.6	11.9	12.8	13.4	14.5	15.8	16.5	17.8	18.3	19.3		
3: 2	38	-0.0769	14.6791	0.12220	11.1	11.7	12.0	12.9	13.5	14.7	15.9	16.7	18.0	18.5	19.6		
3: 3	39	-0.0808	14.8466	0.12271	11.2	11.8	12.2	13.1	13.7	14.8	16.1	16.9	18.2	18.7	19.8		
3: 4	40	-0.0846	15.0140	0.12322	11.3	11.9	12.3	13.2	13.8	15.0	16.3	17.1	18.4	19.0	20.1		
3: 5	41	-0.0883	15.1813	0.12373	11.4	12.1	12.4	13.4	14.0	15.2	16.5	17.3	18.6	19.2	20.3		
3: 6	42	-0.0920	15.3486	0.12425	11.5	12.2	12.5	13.5	14.1	15.3	16.7	17.5	18.9	19.4	20.6		
3: 7	43	-0.0957	15.5158	0.12478	11.7	12.3	12.7	13.6	14.3	15.5	16.9	17.7	19.1	19.7	20.8		
3: 8	44	-0.0993	15.6828	0.12531	11.8	12.4	12.8	13.8	14.4	15.7	17.1	17.9	19.3	19.9	21.1		
3: 9	45	-0.1028	15.8497	0.12586	11.9	12.5	12.9	13.9	14.6	15.8	17.3	18.1	19.5	20.1	21.3		
3:10	46	-0.1063	16.0163	0.12643	12.0	12.7	13.0	14.1	14.7	16.0	17.4	18.3	19.8	20.4	21.6		
3:11	47	-0.1097	16.1827	0.12700	12.1	12.8	13.2	14.2	14.9	16.2	17.6	18.5	20.0	20.6	21.9		
4: 0	48	-0.1131	16.3489	0.12759	12.2	12.9	13.3	14.3	15.0	16.3	17.8	18.7	20.2	20.9	22.1		

WHO Child Growth Standards

## Weight-for-age BOYS


Birth to 5 years (percentiles)



Year: Month	Month	L	M	S	1st	3rd	5th	15th	Percentiles (weight in kg)						
									25th	50th	75th	85th	95th	97th	99th
4: 1	49	-0.1165	16.5150	0.12819	12.3	13.0	13.4	14.5	15.2	16.5	18.0	18.9	20.4	21.1	22.4
4: 2	50	-0.1198	16.6811	0.12880	12.4	13.1	13.5	14.6	15.3	16.7	18.2	19.1	20.7	21.3	22.6
4: 3	51	-0.1230	16.8471	0.12943	12.5	13.3	13.7	14.7	15.4	16.8	18.4	19.3	20.9	21.6	22.9
4: 4	52	-0.1262	17.0132	0.13005	12.6	13.4	13.8	14.9	15.6	17.0	18.6	19.5	21.1	21.8	23.2
4: 5	53	-0.1294	17.1792	0.13069	12.7	13.5	13.9	15.0	15.7	17.2	18.8	19.7	21.4	22.1	23.4
4: 6	54	-0.1325	17.3452	0.13133	12.9	13.6	14.0	15.2	15.9	17.3	19.0	19.9	21.6	22.3	23.7
4: 7	55	-0.1356	17.5111	0.13197	13.0	13.7	14.1	15.3	16.0	17.5	19.2	20.1	21.8	22.5	24.0
4: 8	56	-0.1387	17.6768	0.13261	13.1	13.8	14.3	15.4	16.2	17.7	19.3	20.3	22.1	22.8	24.2
4: 9	57	-0.1417	17.8422	0.13325	13.2	13.9	14.4	15.6	16.3	17.8	19.5	20.5	22.3	23.0	24.5
4:10	58	-0.1447	18.0073	0.13389	13.3	14.1	14.5	15.7	16.5	18.0	19.7	20.7	22.5	23.3	24.8
4:11	59	-0.1477	18.1722	0.13453	13.4	14.2	14.6	15.8	16.6	18.2	19.9	20.9	22.8	23.5	25.0
5: 0	60	-0.1506	18.3366	0.13517	13.5	14.3	14.7	16.0	16.7	18.3	20.1	21.1	23.0	23.8	25.3

WHO Child Growth Standards

Anexo IV. Tabelas de peso para a idade para meninas até 5 anos. 100  
 Fonte: OMS, 2006. Disponível em <http://www.who.int/childgrowth/en/>, acesso em 10/03/07.

 World Health Organization

**Weight-for-age GIRLS**  
 Birth to 5 years (percentiles)


Year	Month	Percentiles (weight in kg)													
		L	M	S	1st	3rd	5th	15th	25th	50th	75th	85th	95th	97th	99th
0	0	0.3809	3.2322	0.14171	2.3	2.4	2.5	2.8	2.9	3.2	3.6	3.7	4.0	4.2	4.4
0	1	0.1714	4.1873	0.13724	3.0	3.2	3.3	3.6	3.8	4.2	4.6	4.8	5.2	5.4	5.7
0	2	0.0962	5.1282	0.13000	3.8	4.0	4.1	4.5	4.7	5.1	5.6	5.9	6.3	6.5	6.9
0	3	0.0402	5.8458	0.12619	4.4	4.6	4.7	5.1	5.4	5.8	6.4	6.7	7.2	7.4	7.8
0	4	-0.0050	6.4237	0.12402	4.8	5.1	5.2	5.6	5.9	6.4	7.0	7.3	7.9	8.1	8.6
0	5	-0.0430	6.8985	0.12274	5.2	5.5	5.6	6.1	6.4	6.9	7.5	7.8	8.4	8.7	9.2
0	6	-0.0756	7.2970	0.12204	5.5	5.8	6.0	6.4	6.7	7.3	7.9	8.3	8.9	9.2	9.7
0	7	-0.1039	7.6422	0.12178	5.8	6.1	6.3	6.7	7.0	7.6	8.3	8.7	9.4	9.6	10.2
0	8	-0.1288	7.9487	0.12181	6.0	6.3	6.5	7.0	7.3	7.9	8.6	9.0	9.7	10.0	10.6
0	9	-0.1507	8.2254	0.12199	6.2	6.6	6.8	7.3	7.6	8.2	8.9	9.3	10.1	10.4	11.0
0	10	-0.1700	8.4800	0.12223	6.4	6.8	7.0	7.5	7.8	8.5	9.2	9.6	10.4	10.7	11.3
0	11	-0.1872	8.7192	0.12247	6.6	7.0	7.2	7.7	8.0	8.7	9.5	9.9	10.7	11.0	11.7
1	0	-0.2024	8.9481	0.12268	6.8	7.1	7.3	7.9	8.2	8.9	9.7	10.2	11.0	11.3	12.0
1	1	-0.2158	9.1699	0.12283	6.9	7.3	7.5	8.1	8.4	9.2	10.0	10.4	11.3	11.6	12.3
1	2	-0.2278	9.3870	0.12294	7.1	7.5	7.7	8.3	8.6	9.4	10.2	10.7	11.5	11.9	12.6
1	3	-0.2384	9.6008	0.12299	7.3	7.7	7.9	8.5	8.8	9.6	10.4	10.9	11.8	12.2	12.9
1	4	-0.2478	9.8124	0.12303	7.4	7.8	8.1	8.7	9.0	9.8	10.7	11.2	12.1	12.5	13.2
1	5	-0.2562	10.0226	0.12306	7.6	8.0	8.2	8.8	9.2	10.0	10.9	11.4	12.3	12.7	13.5
1	6	-0.2637	10.2315	0.12309	7.8	8.2	8.4	9.0	9.4	10.2	11.1	11.6	12.6	13.0	13.8
1	7	-0.2703	10.4393	0.12315	7.9	8.3	8.6	9.2	9.6	10.4	11.4	11.9	12.9	13.3	14.1
1	8	-0.2762	10.6464	0.12323	8.1	8.5	8.7	9.4	9.8	10.6	11.6	12.1	13.1	13.5	14.4
1	9	-0.2815	10.8534	0.12335	8.2	8.7	8.9	9.6	10.0	10.9	11.8	12.4	13.4	13.8	14.6
1	10	-0.2862	11.0608	0.12350	8.4	8.8	9.1	9.8	10.2	11.1	12.0	12.6	13.6	14.1	14.9
1	11	-0.2903	11.2688	0.12369	8.5	9.0	9.2	9.9	10.4	11.3	12.3	12.8	13.9	14.3	15.2
2	0	-0.2941	11.4775	0.12390	8.7	9.2	9.4	10.1	10.6	11.5	12.5	13.1	14.2	14.6	15.5

WHO Child Growth Standards

## Anexo IV. Tabelas de peso para a idade para meninas até 5 anos.

Fonte: OMS, 2006. Disponível em <http://www.who.int/childgrowth/en/>, acesso em 10/03/07.

**Weight-for-age GIRLS**  
Birth to 5 years (percentiles)

 World Health Organization

Year: Month	Month	L	M	S	Percentiles (weight in kg)										
					1st	3rd	5th	15th	25th	50th	75th	85th	95th	97th	99th
2: 1	25	-0.2975	11.6864	0.12414	8.9	9.3	9.6	10.3	10.8	11.7	12.7	13.3	14.4	14.9	15.8
2: 2	26	-0.3005	11.8947	0.12441	9.0	9.5	9.8	10.5	10.9	11.9	12.9	13.6	14.7	15.2	16.1
2: 3	27	-0.3032	12.1015	0.12472	9.2	9.6	9.9	10.7	11.1	12.1	13.2	13.8	15.0	15.4	16.4
2: 4	28	-0.3057	12.3059	0.12506	9.3	9.8	10.1	10.8	11.3	12.3	13.4	14.0	15.2	15.7	16.7
2: 5	29	-0.3080	12.5073	0.12545	9.5	10.0	10.2	11.0	11.5	12.5	13.6	14.3	15.5	16.0	17.0
2: 6	30	-0.3101	12.7055	0.12587	9.6	10.1	10.4	11.2	11.7	12.7	13.8	14.5	15.7	16.2	17.3
2: 7	31	-0.3120	12.9006	0.12633	9.7	10.3	10.5	11.3	11.9	12.9	14.1	14.7	16.0	16.5	17.6
2: 8	32	-0.3138	13.0930	0.12683	9.9	10.4	10.7	11.5	12.0	13.1	14.3	15.0	16.2	16.8	17.8
2: 9	33	-0.3155	13.2837	0.12737	10.0	10.5	10.8	11.7	12.2	13.3	14.5	15.2	16.5	17.0	18.1
2:10	34	-0.3171	13.4731	0.12794	10.1	10.7	11.0	11.8	12.4	13.5	14.7	15.4	16.8	17.3	18.4
2:11	35	-0.3186	13.6618	0.12855	10.3	10.8	11.1	12.0	12.5	13.7	14.9	15.7	17.0	17.6	18.7
3: 0	36	-0.3201	13.8503	0.12919	10.4	11.0	11.3	12.1	12.7	13.9	15.1	15.9	17.3	17.8	19.0
3: 1	37	-0.3216	14.0385	0.12988	10.5	11.1	11.4	12.3	12.9	14.0	15.3	16.1	17.5	18.1	19.3
3: 2	38	-0.3230	14.2265	0.13059	10.6	11.2	11.6	12.5	13.0	14.2	15.6	16.3	17.8	18.4	19.6
3: 3	39	-0.3243	14.4140	0.13135	10.8	11.4	11.7	12.6	13.2	14.4	15.8	16.6	18.0	18.6	19.9
3: 4	40	-0.3257	14.6010	0.13213	10.9	11.5	11.8	12.8	13.4	14.6	16.0	16.8	18.3	18.9	20.2
3: 5	41	-0.3270	14.7873	0.13293	11.0	11.6	12.0	12.9	13.5	14.8	16.2	17.0	18.6	19.2	20.5
3: 6	42	-0.3283	14.9727	0.13376	11.1	11.8	12.1	13.1	13.7	15.0	16.4	17.3	18.8	19.5	20.8
3: 7	43	-0.3296	15.1573	0.13460	11.3	11.9	12.2	13.2	13.9	15.2	16.6	17.5	19.1	19.7	21.1
3: 8	44	-0.3309	15.3410	0.13545	11.4	12.0	12.4	13.4	14.0	15.3	16.8	17.7	19.3	20.0	21.4
3: 9	45	-0.3322	15.5240	0.13630	11.5	12.1	12.5	13.5	14.2	15.5	17.0	17.9	19.6	20.3	21.7
3:10	46	-0.3335	15.7064	0.13716	11.6	12.3	12.6	13.7	14.3	15.7	17.3	18.2	19.9	20.6	22.0
3:11	47	-0.3348	15.8882	0.13800	11.7	12.4	12.8	13.8	14.5	15.9	17.5	18.4	20.1	20.8	22.3
4: 0	48	-0.3361	16.0697	0.13884	11.8	12.5	12.9	14.0	14.7	16.1	17.7	18.6	20.4	21.1	22.6

WHO Child Growth Standards



## Weight-for-age GIRLS

Birth to 5 years (percentiles)

Year	Month	L	M	S	1st	3rd	5th	15th	25th	50th	75th	85th	95th	97th	99th
4:	1	-0.3374	16.2511	0.13968	11.9	12.6	13.0	14.1	14.8	16.3	17.9	18.9	20.6	21.4	22.9
4:	2	-0.3387	16.4322	0.14051	12.1	12.8	13.2	14.3	15.0	16.4	18.1	19.1	20.9	21.7	23.2
4:	3	-0.3400	16.6133	0.14132	12.2	12.9	13.3	14.4	15.1	16.6	18.3	19.3	21.2	22.0	23.5
4:	4	-0.3414	16.7942	0.14213	12.3	13.0	13.4	14.5	15.3	16.8	18.5	19.5	21.4	22.2	23.9
4:	5	-0.3427	16.9748	0.14293	12.4	13.1	13.5	14.7	15.4	17.0	18.7	19.8	21.7	22.5	24.2
4:	6	-0.3440	17.1551	0.14371	12.5	13.2	13.7	14.8	15.6	17.2	18.9	20.0	22.0	22.8	24.5
4:	7	-0.3453	17.3347	0.14448	12.6	13.4	13.8	15.0	15.8	17.3	19.1	20.2	22.2	23.1	24.8
4:	8	-0.3466	17.5136	0.14525	12.7	13.5	13.9	15.1	15.9	17.5	19.3	20.4	22.5	23.3	25.1
4:	9	-0.3479	17.6916	0.14600	12.8	13.6	14.0	15.3	16.1	17.7	19.6	20.7	22.7	23.6	25.4
4:	10	-0.3492	17.8686	0.14675	12.9	13.7	14.2	15.4	16.2	17.9	19.8	20.9	23.0	23.9	25.7
4:	11	-0.3505	18.0445	0.14748	13.1	13.8	14.3	15.5	16.4	18.0	20.0	21.1	23.3	24.2	26.0
5:	0	-0.3518	18.2193	0.14821	13.2	14.0	14.4	15.7	16.5	18.2	20.2	21.3	23.5	24.4	26.3

WHO Child Growth Standards



**Anexo V. Tabelas de peso e estatura utilizando como referencial o NCHS 77/8 – gênero masculino.** Fonte: SBP, 2007.

103

Disponível em: [http://www.sbp.com.br/img/documentos/valores\\_referencia.pdf](http://www.sbp.com.br/img/documentos/valores_referencia.pdf). Acesso em 10/03/07.

1. Tabela de peso e estatura (percentil 50) utilizando como referencial o NCHS 77/8 - gênero masculino

Anos	Mês	Estatura	Peso	Anos	Mês	Estatura	Peso	Anos	Mês	Estatura	Peso	Anos	Mês	Estatura	Peso
0,0	0,0	50,5	3,3	3,0	11,0	102,3	16,5	8,0	11,0	131,7	27,9	13,0	11,0	162,6	50,3
0,0	1,0	54,6	4,3	4,0	0,0	102,9	16,7	9,0	0,0	132,2	28,1	14,0	0,0	163,1	50,8
0,0	2,0	58,1	5,2	4,0	1,0	103,6	16,9	9,0	1,0	132,6	28,4	14,0	1,0	163,6	51,3
0,0	3,0	61,1	6,0	4,0	2,0	104,2	17,0	9,0	2,0	133,0	28,6	14,0	2,0	164,2	51,8
0,0	4,0	63,7	6,7	4,0	3,0	104,8	17,2	9,0	3,0	133,5	28,9	14,0	3,0	164,7	52,3
0,0	5,0	65,9	7,3	4,0	4,0	105,4	17,4	9,0	4,0	133,9	29,2	14,0	4,0	165,2	52,8
0,0	6,0	67,8	7,8	4,0	5,0	106,0	17,5	9,0	5,0	134,4	29,5	14,0	5,0	165,7	53,3
0,0	7,0	69,5	8,3	4,0	6,0	106,6	17,7	9,0	6,0	134,8	29,7	14,0	6,0	166,2	53,8
0,0	8,0	71,0	8,8	4,0	7,0	107,1	17,9	9,0	7,0	135,3	30,0	14,0	7,0	166,7	54,3
0,0	9,0	72,3	9,2	4,0	8,0	107,7	18,0	9,0	8,0	135,7	30,3	14,0	8,0	167,2	54,8
0,0	10,0	73,6	9,5	4,0	9,0	108,3	18,2	9,0	9,0	136,1	30,6	14,0	9,0	167,6	55,2
0,0	11,0	74,9	9,9	4,0	10,0	108,8	18,3	9,0	10,0	136,6	30,9	14,0	10,0	168,1	55,7
0,0	12,0	76,1	10,2	4,0	11,0	109,4	18,5	9,0	11,0	137,1	31,1	14,0	11,0	168,6	56,2
0,0	13,0	77,2	10,4	5,0	0,0	109,9	18,7	10,0	0,0	137,5	31,4	15,0	0,0	169,0	56,7
0,0	14,0	78,3	10,7	5,0	1,0	110,5	18,8	10,0	1,0	138,0	31,7	15,0	1,0	169,4	57,2
0,0	15,0	79,4	10,9	5,0	2,0	111,0	19,0	10,0	2,0	138,4	32,0	15,0	2,0	169,9	57,7
0,0	16,0	80,4	11,1	5,0	3,0	111,5	19,2	10,0	3,0	138,9	32,4	15,0	3,0	170,3	58,1
0,0	17,0	81,4	11,3	5,0	4,0	112,1	19,3	10,0	4,0	139,4	32,7	15,0	4,0	170,7	58,6
0,0	18,0	82,4	11,5	5,0	5,0	112,6	19,5	10,0	5,0	139,9	33,0	15,0	5,0	171,1	59,1
0,0	19,0	83,3	11,7	5,0	6,0	113,1	19,7	10,0	6,0	140,3	33,3	15,0	6,0	171,5	59,5
0,0	20,0	84,2	11,8	5,0	7,0	113,6	19,8	10,0	7,0	140,8	33,6	15,0	7,0	171,8	60,0
0,0	21,0	85,1	12,0	5,0	8,0	114,1	20,0	10,0	8,0	141,3	33,9	15,0	8,0	172,2	60,4
0,0	22,0	86,0	12,2	5,0	9,0	114,6	20,2	10,0	9,0	141,8	34,3	15,0	9,0	172,6	60,8
0,0	23,0	86,8	12,4	5,0	10,0	115,1	20,3	10,0	10,0	142,3	34,6	15,0	10,0	172,9	61,3
0,0	24,0	87,6	12,6	5,0	11,0	115,6	20,5	10,0	11,0	142,8	35,0	15,0	11,0	173,2	61,8
0,0	25,0	88,5	12,8	6,0	0,0	116,1	20,7	11,0	0,0	143,3	35,3	16,0	0,0	173,5	62,1
0,0	26,0	89,2	13,0	6,0	1,0	116,6	20,9	11,0	1,0	143,8	35,6	16,0	1,0	173,8	62,5
0,0	27,0	90,0	13,1	6,0	2,0	117,1	21,0	11,0	2,0	144,3	36,0	16,0	2,0	174,1	62,9
0,0	28,0	90,8	13,3	6,0	3,0	117,5	21,2	11,0	3,0	144,8	36,4	16,0	3,0	174,4	63,3
0,0	29,0	91,6	13,5	6,0	4,0	118,0	21,4	11,0	4,0	145,3	36,7	16,0	4,0	174,7	63,7
0,0	30,0	92,3	13,7	6,0	5,0	118,5	21,6	11,0	5,0	145,8	37,1	16,0	5,0	174,9	64,0
0,0	31,0	93,0	13,8	6,0	6,0	119,0	21,7	11,0	6,0	146,4	37,5	16,0	6,0	175,2	64,4
0,0	32,0	93,7	14,0	6,0	7,0	119,4	21,6	11,0	7,0	146,9	37,8	16,0	7,0	175,4	64,7
0,0	33,0	94,5	14,2	6,0	8,0	119,9	22,1	11,0	8,0	147,4	38,2	16,0	8,0	175,6	65,1
0,0	34,0	95,2	14,4	6,0	9,0	120,3	22,3	11,0	9,0	148,0	38,6	16,0	9,0	175,8	65,4
0,0	35,0	95,8	14,5	6,0	10,0	120,8	22,5	11,0	10,0	148,5	39,0	16,0	10,0	175,9	65,7
0,0	36,0	96,5	14,7	6,0	11,0	121,2	22,7	11,0	11,0	149,1	39,4	16,0	11,0	176,1	66,0
2,0	0,0	85,6	12,3	7,0	0,0	121,7	22,9	12,0	0,0	149,7	39,8	17,0	0,0	176,2	66,3
2,0	1,0	86,4	12,5	7,0	1,0	122,1	23,0	12,0	1,0	150,2	40,2	17,0	1,0	176,3	66,6
2,0	2,0	87,2	12,7	7,0	2,0	122,6	23,2	12,0	2,0	150,8	40,6	17,0	2,0	176,4	66,8
2,0	3,0	88,1	12,9	7,0	3,0	123,0	23,4	12,0	3,0	151,3	41,0	17,0	3,0	176,5	67,1
2,0	4,0	88,9	13,1	7,0	4,0	123,5	23,6	12,0	4,0	151,9	41,4	17,0	4,0	176,6	67,3
2,0	5,0	89,7	13,3	7,0	5,0	123,9	23,8	12,0	5,0	152,5	41,8	17,0	5,0	176,7	67,6
2,0	6,0	90,4	13,5	7,0	6,0	124,4	24,0	12,0	6,0	153,0	42,3	17,0	6,0	176,7	67,8
2,0	7,0	91,2	13,7	7,0	7,0	124,8	24,2	12,0	7,0	153,6	42,7	17,0	7,0	176,8	68,0
2,0	8,0	92,0	13,9	7,0	8,0	125,2	24,4	12,0	8,0	154,2	43,1	17,0	8,0	176,8	68,2
2,0	9,0	92,7	14,1	7,0	9,0	125,7	24,7	12,0	9,0	154,8	43,6	17,0	9,0	176,8	68,4
2,0	10,0	93,5	14,3	7,0	10,0	126,1	24,9	12,0	10,0	155,3	44,0	17,0	10,0	176,8	68,6
2,0	11,0	94,2	14,4	7,0	11,0	126,5	25,1	12,0	11,0	155,9	44,5	17,0	11,0	176,8	68,7
3,0	0,0	94,9	14,6	8,0	0,0	127,0	25,3	13,0	0,0	156,5	45,0	18,0	0,0	176,8	68,9
3,0	1,0	95,6	14,8	8,0	1,0	127,4	25,5	13,0	1,0	157,0	45,4				
3,0	2,0	96,3	15,0	8,0	2,0	127,8	25,7	13,0	2,0	157,6	45,9				
3,0	3,0	97,0	15,2	8,0	3,0	128,3	26,0	13,0	3,0	158,2	46,4				
3,0	4,0	97,7	15,3	8,0	4,0	128,7	26,2	13,0	4,0	158,7	46,8				
3,0	5,0	98,4	15,5	8,0	5,0	129,1	26,4	13,0	5,0	159,3	47,3				
3,0	6,0	99,1	15,7	8,0	6,0	129,6	26,7	13,0	6,0	159,9	47,8				
3,0	7,0	99,7	15,8	8,0	7,0	130,0	26,9	13,0	7,0	160,4	48,3				
3,0	8,0	100,4	16,0	8,0	8,0	130,4	27,1	13,0	8,0	161,0	48,8				
3,0	9,0	101,0	16,2	8,0	9,0	130,9	27,4	13,0	9,0	161,5	49,3				
3,0	10,0	101,7	16,4	8,0	10,0	131,3	27,6	13,0	10,0	162,1	49,8				

P/I = peso da criança  
peso para idade  
E/I = Altura da criança  
Altura para idade  
P/E = peso da criança  
peso para altura

Fonte: World Health Organization: Physical Status: The use and interpretation of anthropometry. WHO Technical Report Series 854, Geneva, 1995, p. 452

**Anexo V. Tabelas de peso e estatura utilizando como referencial o NCHS 77/8 – gênero masculino. Fonte: SBP, 2007.**

Disponível em: [http://www.sbp.com.br/img/documentos/valores\\_referencia.pdf](http://www.sbp.com.br/img/documentos/valores_referencia.pdf). Acesso em 10/03/07.

**Anexo VI. Tabelas de peso e estatura utilizando como referencial o NCHS 77/8 – gênero feminino. Fonte: SBP, 2007.**

2104

Disponível em: [http://www.sbp.com.br/img/documentos/valores\\_referencia.pdf](http://www.sbp.com.br/img/documentos/valores_referencia.pdf). Acesso em 10/03/07.

2. Tabelas de peso e estatura (percentil 50) utilizando como referencial o NCHS 77/8 - gênero feminino

Anos	Mês	Estatura	Peso	Anos	Mês	Estatura	Peso	Anos	Mês	Estatura	Peso	Anos	Mês	Estatura	Peso
0,0	0,0	49,9	3,2	3,0	11,0	101,0	15,8	8,0	11,0	131,7	28,1	13,0	11,0	160,2	50,0
0,0	1,0	53,5	4,0	4,0	0,0	101,6	16,0	9,0	0,0	132,2	28,5	14,0	0,0	160,4	50,3
0,0	2,0	56,8	4,7	4,0	1,0	102,2	16,1	9,0	1,0	132,7	28,8	14,0	1,0	160,5	50,6
0,0	3,0	59,5	5,4	4,0	2,0	102,8	16,2	9,0	2,0	133,2	29,1	14,0	2,0	160,7	50,9
0,0	4,0	62,0	6,0	4,0	3,0	103,4	16,4	9,0	3,0	133,7	29,4	14,0	3,0	160,8	51,2
0,0	5,0	64,1	6,7	4,0	4,0	104,0	16,5	9,0	4,0	134,2	29,8	14,0	4,0	161,0	51,5
0,0	6,0	65,9	7,2	4,0	5,0	104,5	16,7	9,0	5,0	134,7	30,1	14,0	5,0	161,1	51,8
0,0	7,0	67,6	7,7	4,0	6,0	105,1	16,8	9,0	6,0	135,2	30,5	14,0	6,0	161,2	52,1
0,0	8,0	69,1	8,2	4,0	7,0	105,6	17,0	9,0	7,0	135,7	30,8	14,0	7,0	161,3	52,4
0,0	9,0	70,4	8,6	4,0	8,0	106,2	17,1	9,0	8,0	136,2	31,1	14,0	8,0	161,4	52,7
0,0	10,0	71,8	8,9	4,0	9,0	106,7	17,2	9,0	9,0	136,8	31,5	14,0	9,0	161,5	52,9
0,0	11,0	73,1	9,2	4,0	10,0	107,3	17,4	9,0	10,0	137,3	31,8	14,0	10,0	161,6	53,2
0,0	12,0	74,3	9,5	4,0	11,0	107,8	17,5	9,0	11,0	137,8	32,2	14,0	11,0	161,7	53,4
0,0	13,0	75,5	9,8	5,0	0,0	108,4	17,7	10,0	0,0	138,3	32,5	15,0	0,0	161,8	53,7
0,0	14,0	76,7	10,0	5,0	1,0	108,9	17,8	10,0	1,0	138,8	32,9	15,0	1,0	161,9	53,9
0,0	15,0	77,8	10,2	5,0	2,0	109,5	18,0	10,0	2,0	139,4	33,3	15,0	2,0	161,9	54,1
0,0	16,0	78,9	10,4	5,0	3,0	110,0	18,1	10,0	3,0	139,9	33,6	15,0	3,0	162,0	54,4
0,0	17,0	79,9	10,6	5,0	4,0	110,5	18,3	10,0	4,0	140,4	34,0	15,0	4,0	162,0	54,6
0,0	18,0	80,9	10,8	5,0	5,0	111,0	18,4	10,0	5,0	140,9	34,4	15,0	5,0	162,1	54,8
0,0	19,0	81,9	11,0	5,0	6,0	111,6	18,6	10,0	6,0	141,5	34,7	15,0	6,0	162,1	55,0
0,0	20,0	82,9	11,2	5,0	7,0	112,1	18,7	10,0	7,0	142,0	35,1	15,0	7,0	162,2	55,1
0,0	21,0	83,8	11,4	5,0	8,0	112,6	18,9	10,0	8,0	142,6	35,5	15,0	8,0	162,2	55,3
0,0	22,0	84,7	11,5	5,0	9,0	113,1	19,0	10,0	9,0	143,1	35,8	15,0	9,0	162,3	55,5
0,0	23,0	85,6	11,7	5,0	10,0	113,6	19,2	10,0	10,0	143,7	36,2	15,0	10,0	162,3	55,6
0,0	24,0	86,5	11,9	5,0	11,0	114,1	19,4	10,0	11,0	144,2	36,6	15,0	11,0	162,4	55,8
0,0	25,0	87,3	12,1	6,0	0,0	114,6	19,5	11,0	0,0	144,8	37,0	16,0	0,0	162,4	55,9
0,0	26,0	88,2	12,3	6,0	1,0	115,1	19,7	11,0	1,0	145,3	37,3	16,0	1,0	162,5	56,0
0,0	27,0	89,0	12,4	6,0	2,0	115,6	19,9	11,0	2,0	145,9	37,7	16,0	2,0	162,5	56,1
0,0	28,0	89,8	12,6	6,0	3,0	116,1	20,0	11,0	3,0	146,5	38,1	16,0	3,0	162,6	56,2
0,0	29,0	90,6	12,8	6,0	4,0	116,6	20,2	11,0	4,0	147,0	38,5	16,0	4,0	162,6	56,3
0,0	30,0	91,3	12,9	6,0	5,0	117,1	20,4	11,0	5,0	147,6	38,8	16,0	5,0	162,7	56,4
0,0	31,0	92,1	13,1	6,0	6,0	117,6	20,6	11,0	6,0	148,2	39,2	16,0	6,0	162,7	56,4
0,0	32,0	92,8	13,3	6,0	7,0	118,1	20,8	11,0	7,0	148,8	39,6	16,0	7,0	162,8	56,5
0,0	33,0	93,5	13,4	6,0	8,0	118,6	21,0	11,0	8,0	149,3	40,0	16,0	8,0	162,8	56,6
0,0	34,0	94,2	13,6	6,0	9,0	119,1	21,2	11,0	9,0	149,9	40,4	16,0	9,0	162,9	56,6
0,0	35,0	94,9	13,8	6,0	10,0	119,6	21,4	11,0	10,0	150,4	40,8	16,0	10,0	162,9	56,6
0,0	36,0	95,6	13,9	6,0	11,0	120,1	21,6	11,0	11,0	151,0	41,1	16,0	11,0	163,0	56,7
2,0	0,0	84,5	11,8	7,0	0,0	120,6	21,8	12,0	0,0	151,5	41,5	17,0	0,0	163,1	56,7
2,0	1,0	85,4	12,0	7,0	1,0	121,1	22,1	12,0	1,0	152,1	41,9	17,0	1,0	163,1	56,7
2,0	2,0	86,2	12,2	7,0	2,0	121,5	22,3	12,0	2,0	152,6	42,3	17,0	2,0	163,2	56,7
2,0	3,0	87,0	12,4	7,0	3,0	122,0	22,5	12,0	3,0	153,1	42,7	17,0	3,0	163,2	56,7
2,0	4,0	87,9	12,6	7,0	4,0	122,5	22,8	12,0	4,0	153,6	43,1	17,0	4,0	163,3	56,7
2,0	5,0	88,7	12,8	7,0	5,0	123,0	23,0	12,0	5,0	154,1	43,5	17,0	5,0	163,3	56,7
2,0	6,0	89,5	13,0	7,0	6,0	123,5	23,3	12,0	6,0	154,6	43,8	17,0	6,0	163,4	56,7
2,0	7,0	90,2	13,2	7,0	7,0	124,0	23,5	12,0	7,0	155,0	44,2	17,0	7,0	163,5	56,7
2,0	8,0	91,0	13,4	7,0	8,0	124,5	23,8	12,0	8,0	155,5	44,6	17,0	8,0	163,5	56,7
2,0	9,0	91,7	13,6	7,0	9,0	124,9	24,0	12,0	9,0	155,9	45,0	17,0	9,0	163,6	56,7
2,0	10,0	92,5	13,8	7,0	10,0	125,4	24,3	12,0	10,0	156,3	45,4	17,0	10,0	163,6	56,7
2,0	11,0	93,2	13,9	7,0	11,0	125,9	24,6	12,0	11,0	156,7	45,7	17,0	11,0	163,7	56,6
3,0	0,0	93,9	14,1	8,0	0,0	126,4	24,8	13,0	0,0	157,1	46,1	18,0	0,0	163,7	56,6
3,0	1,0	94,6	14,3	8,0	1,0	126,9	25,1	13,0	1,0	157,5	46,5				
3,0	2,0	95,3	14,4	8,0	2,0	127,4	25,4	13,0	2,0	157,8	46,8				
3,0	3,0	96,0	14,6	8,0	3,0	127,8	25,7	13,0	3,0	158,2	47,2				
3,0	4,0	96,6	14,8	8,0	4,0	128,3	26,0	13,0	4,0	158,5	47,6				
3,0	5,0	97,3	14,9	8,0	5,0	128,8	26,3	13,0	5,0	158,8	47,9				
3,0	6,0	97,9	15,1	8,0	6,0	129,3	26,6	13,0	6,0	159,0	48,3				
3,0	7,0	98,6	15,2	8,0	7,0	129,8	26,9	13,0	7,0	159,3	48,6				
3,0	8,0	99,2	15,4	8,0	8,0	130,3	27,2	13,0	8,0	159,5	49,0				
3,0	9,0	99,8	15,5	8,0	9,0	130,8	27,5	13,0	9,0	159,8	49,3				
3,0	10,0	100,4	15,7	8,0	10,0	131,2	27,8	13,0	10,0	160,0	49,6				

Fonte: World Health Organization: Physical Status: The use and interpretation of anthropometry. WHO Technical Report Series 854, Geneva, 1995, p. 452

P/I = peso da criança  
peso para idade  
E/I = Altura da criança  
Altura para idade  
P/E = peso da criança  
peso para altura

**Anexo Vi. Tabelas de peso e estatura utilizando como referencial o NCHS 77/8 – gênero feminino. Fonte: SBP, 2007.**

**Disponível em: [http://www.sbp.com.br/img/documentos/valores\\_referencia.pdf](http://www.sbp.com.br/img/documentos/valores_referencia.pdf). Acesso em 10/03/07.**

**Anexo VII. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UnB.**

105



Universidade de Brasília  
Faculdade de Medicina  
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

Campus Universitário, Asa Norte – CEP 70910-9000 – Brasília, DF - Tel.: (061) 3307-2520 / 3273-4069

**ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA**

**Registro de projeto:** CEP-FM 065/2006

**Título:** Características clínico-epidemiológicas das crianças indígenas internadas por doença infecciosa na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília

**Pesquisador responsável:** Sheila Pacheco Silva

**Documentos analisados:** Folha de rosto, carta de encaminhamento, declaração de Responsabilidade, protocolo de pesquisa, termo de consentimento livre e esclarecido, cronograma, bibliografia pertinente e currículo(s) de pesquisador(es)

**Data de entrada:** 13/10/2006

Proposição do(a) relator(a)

( x ) Aprovação

( ) Não aprovação

**Data da primeira análise pelo CEP-FM/UnB:** 12/12/2006

**Data do parecer final do projeto pelo CEP-FM/UnB:** 27/02/2007

**PARECER**

Com base na Resolução CNS/MS Nº 196/96, que regulamenta a matéria, o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília decidiu **APROVAR**, na reunião ordinária de 28/02/2007, conforme parecer do(a) relator(a), o projeto de pesquisa acima especificado, quanto aos seus aspectos éticos.

1 – Modificações no protocolo devem ser submetidas ao CEP, assim como a notificação imediata de eventos adversos graves;

2 – O(s) pesquisador(es) deve(m) apresentar relatórios periódicos do andamento da pesquisa ao CEP-FM.

Brasília, 01 de março de 2007.

*Elaine Maria de Oliveira Alves*  
Coord. do Comitê de Ética em Pesquisa  
Faculdade de Medicina - UnB

## Anexo VII. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UnB.

106

**Anexo VIII. Distribuição absoluta e relativa das internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo os diagnósticos clínicos menos freqüentes, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.**

Diagnósticos Clínicos	n	%*
Conjuntivite	12	2,9
Pediculose	9	2,2
ITU	8	1,9
IVAS	7	1,7
Tungíase	4	1,0
Bacteremia	3	0,7
Hepatite A	3	0,7
Coqueluche	3	0,7
Abscesso pulmonar	3	0,7
Laringotraqueobronquite	2	0,5
Otite externa aguda	2	0,5
Citomegalovirose	2	0,5
Leishmaniose tegumentar americana	2	0,5
Toxoplasmose congênita	2	0,5
Miíase	1	0,2
Encefalite viral	1	0,2
Gengivostomatite	1	0,2
Tinha tonsurante	1	0,2
Ptíriase versicolor	1	0,2
Endocardite infecciosa	1	0,2
Molusco contagioso	1	0,2
Herpes zoster	1	0,2
Varicela	1	0,2
Osteomielite	1	0,2
Mastoidite	1	0,2
Total	73	-

\* Percentual calculado em relação às 416 internações.

**Anexo VIII. Distribuição absoluta e relativa das internações das crianças indígenas com doenças infecto-parasitárias na Enfermaria de Pediatria Clínica do Hospital Universitário de Brasília, segundo os diagnósticos clínicos menos freqüentes, no período de 2 de maio de 2000 a 2 de maio de 2006.**

Diagnósticos Clínicos	n	%*
Conjuntivite	12	2,9
Pediculose	9	2,2
ITU	8	1,9
IVAS	7	1,7
Tungíase	4	1,0
Bacteremia	3	0,7
Hepatite A	3	0,7
Coqueluche	3	0,7
Abscesso pulmonar	3	0,7
Laringotraqueobronquite	2	0,5
Otite externa aguda	2	0,5
Citomegalovirose	2	0,5
Leishmaniose tegumentar americana	2	0,5
Toxoplasmose congênita	2	0,5
Mifase	1	0,2
Encefalite viral	1	0,2
Gengivoestomatite	1	0,2
Tinha tonsurante	1	0,2
Ptíriase versicolor	1	0,2
Endocardite infecciosa	1	0,2
Molusco contagioso	1	0,2
Herpes zoster	1	0,2
Varicela	1	0,2
Osteomielite	1	0,2
Mastoidite	1	0,2
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>-</b>

\* Percentual calculado em relação às 416 internações.