



Cogitare Enfermagem

REVISÃO

MORTALIDADE INFANTIL INDÍGENA: EVIDÊNCIAS SOBRE O TEMA

Perla Katheleen Valente Corrêa¹, Rosane Vieira Lobato², Felipe Valino dos Santos³, Ângela Maria Rodrigues Ferreira⁴, Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues⁵, Laura Maria Vidal Nogueira⁶

RESUMO

Objetivo: analisar as evidências científicas sobre a mortalidade infantil indígena.

Método: revisão integrativa de literatura com 10 artigos, disponíveis na íntegra, em inglês, português e espanhol, publicados entre 2014 e 2019 no *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*, na *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line*, na Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde, no portal da Capes e na *Cochrane Library*. Os dados foram obtidos entre julho e setembro de 2019, processados no IRAMUTEQ e analisados pela classificação hierárquica descendente com base no dendograma.


Resultados: foram encontradas 6 classes: 1- Diferenças entre Mortalidade infantil indígena e não-indígena; 2- Mortalidade infantil indígena; 3- Políticas públicas para os povos indígenas; 4- Ações de saúde de impacto para prevenção de óbitos infantis; 5- Importância dos sistemas de informações; 6- Necessidade de serviços de saúde resolutivos.


Conclusão: as evidências indicam necessidade de ações mais efetivas para enfrentamento da mortalidade infantil indígena. A elevada taxa deve ser valorizada no planejamento em saúde.


DESCRITORES: População Indígena; Saúde de Populações Indígenas; Mortalidade Infantil; Epidemiologia; Serviços de Saúde.


COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:


Corrêa PKV, Lobato RV, Santos FV dos, Ferreira AMR, Rodrigues ILA, Nogueira LMV. Mortalidade infantil indígena: evidências sobre o tema. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2020 [acesso em “colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano”]; 25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.70215>.


¹Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade do Estado do Pará. Belém, PA, Brasil. 

²Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade do Estado do Pará. Belém, PA, Brasil. 

³Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem. Universidade do Estado do Pará. Belém, PA, Brasil. 

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará. Belém, PA, Brasil. 

⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará. Belém, PA, Brasil. 

⁶Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará. Belém, PA, Brasil. 

INDIGENOUS INFANT MORTALITY: EVIDENCE ABOUT THE THEME

ABSTRACT

Objective: to analyze scientific evidence about indigenous infant mortality.

Method: an integrative literature review with 10 articles, fully available in English, Portuguese and Spanish, published from 2014 to 2019 in the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, in the Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line, in Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, on the Capes portal and the Cochrane Library. Data were retrieved from July to September 2019, processed in IRAMUTEQ and analyzed by descending hierarchical classification based on the dendrograms.

Results: a total of 6 classes were found: 1- Differences between indigenous and non-indigenous infant mortality; 2- Indigenous infant mortality; 3- Public policies for indigenous peoples; 4- Impact health actions to prevent infant deaths; 5- Importance of information systems; 6- Demand for resolute health services.

Conclusion: the evidence suggests the need for more effective actions to face indigenous infant mortality. Its high rate must be observed in health planning.

DESCRIPTORS: *Indigenous Population; Health of Indigenous Populations; Child Mortality; Epidemiology; Health services.*

MORTALIDAD INFANTIL INDÍGENA: EVIDENCIAS ACERCA DEL TEMA

RESUMEN:

Objetivo: evaluar evidencias científicas acerca de la mortalidad infantil indígena.

Método: revisión integrativa de literatura con 10 artículos, disponibles integralmente, en inglés, portugués y español, publicados entre 2014 y 2019 en Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, en Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line, en Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, en la página de Capes y en Cochrane Library. Se obtuvieron los datos entre julio y septiembre de 2019, se los procesaron en IRAMUTEQ y se los analizaron por la clasificación jerárquica descendiente con base en dendograma.

Resultados: resultaron 6 clases: 1- Diferencias entre Mortalidad infantil indígena y no indígena; 2- Mortalidad infantil indígena; 3- Políticas públicas para los pueblos indígenas; 4- Acciones de salud de impacto para prevención de óbitos infantiles; 5- Importancia de los sistemas de información; 6- Necesidad de servicios de salud resolutivos.

Conclusión: las evidencias apuntan la necesidad de acciones más efectivas para combatir la mortalidad infantil indígena. Se debe considerar la elevada tasa para el planeamiento en salud.

DESCRIPTORES: *Población Indígena; Salud de Poblaciones Indígenas; Mortalidad Infantil; Epidemiología; Servicios de Salud.*

INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil, um dos principais indicadores de avaliação da qualidade de vida de uma população, passou a ter grande visibilidade após ser contemplada como um dos objetivos do milênio, fato que impulsionou a implementação de ações que pudessem impactar na redução dos óbitos em menores de um ano⁽¹⁾.

O Brasil apresentou redução considerável da mortalidade infantil, cujas taxas passaram de 29,7/1.000 nascidos vivos em 2000, para 13,8/1.000 nascidos vivos em 2015, atingindo a meta proposta pela Organização das Nações Unidas (ONU). A dinâmica de sua ocorrência é distinta nos territórios e nos grupos humanos, identificando expressiva diferença ao se comparar as taxas entre crianças indígenas e não indígenas⁽²⁻⁴⁾.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em todas as regiões brasileiras, os indígenas apresentam taxa de mortalidade infantil mais elevada do que nos outros segmentos populacionais. No ano de 2010, foram 23,0 óbitos/1.000 nascidos vivos entre indígenas do Brasil, já em não indígenas a taxa foi de 15,6/1000⁽⁴⁾.

Diversos estudos⁽⁵⁻⁹⁾ evidenciaram importantes desigualdades segundo cor ou raça para variados desfechos de mortalidade infantil e geral, com indícios de que a situação de saúde dos povos indígenas apresenta maior precariedade quando comparada às populações não indígenas. Atribui-se a esses povos os piores indicadores, tais como: menor expectativa de vida ao nascer; deficiências nutricionais; maior morbidade por doenças transmissíveis; e elevadas taxas de mortalidade.

Existem no Brasil cerca de 800.000 indígenas, pertencentes a 305 povos diferentes, que falam 274 línguas distintas e estão distribuídos em 5.366 aldeias, de acordo com a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Na América Latina, foi estimada a existência de, no mínimo, 826 grupos indígenas, correspondendo a cerca de 45 milhões de pessoas, com mais de 1.000 dialetos falados. Em adição, há presença de indígenas em vários países do mundo, os quais enfrentam problemas de saúde semelhantes^(10,11).

As iniquidades sociais, assim como os altos índices de adoecimento e mortalidade, alcançam as populações indígenas independente do país onde se encontram, fato que justifica o aprofundamento dos estudos sobre esses povos, principalmente sobre a mortalidade infantil, suas causas e possíveis associações existentes⁽¹¹⁾.

Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo analisar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre a mortalidade infantil indígena.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa (RI) de literatura científica acerca da mortalidade infantil indígena, operacionalizada a partir das seguintes etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados; definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise com o software IRAMUTEQ; interpretação e discussão dos resultados; e apresentação da síntese do conhecimento.

A questão de pesquisa foi elaborada de acordo com a estratégia PICo: Quais as evidências disponíveis na literatura sobre o panorama da mortalidade infantil indígena?

O desenvolvimento da pesquisa se deu a partir da busca, no período de julho a

setembro de 2019, em três bases de dados: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE)* e *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)* e ainda, no portal de periódicos da Capes e na *Cochrane Library*.

Foi utilizada a combinação de descritores controlados, cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs): população indígena, saúde de populações indígenas e mortalidade infantil, e seus respectivos correspondentes cadastrados no *Medical Subject Headings (Mesh)*: *Indigenous population*, *Health of Indigenous Peoples* e *Infant Mortality*.

Os critérios de seleção foram: estudos disponíveis na íntegra de forma eletrônica em português, inglês ou espanhol; publicados no período de janeiro de 2014 a junho de 2019. O recorte temporal dos últimos cinco anos se deu com o objetivo de acessar evidências científicas mais recentes capazes de expressar a dimensão da problemática na contemporaneidade.

Inicialmente utilizou-se o descritor de forma isolada: população indígena OR (ou) saúde de populações indígenas, identificando-se no CINAHL 430 artigos, no MEDLINE 4.852, na LILACS 1.513, nos periódicos da Capes 935 e na *Cochrane Library* 374. Quando pesquisado o descritor: mortalidade infantil, foram localizados 21 artigos no CINAHL, 4.508 no MEDLINE, 3.892 na LILACS, 1.286 nos periódicos da Capes e 5.980 na *Cochrane Library*.

Na busca com a associação entre população indígena OR saúde de populações indígenas AND (e) mortalidade infantil, o número de publicações reduziu expressivamente. No CINAHL, ficaram 21 estudos, MEDLINE 36, LILACS cinco, periódicos da Capes 53 e *Cochrane Library* 37 estudos.

Na sequência, dois artigos foram excluídos por se repetirem em duas bases de dados, obtendo-se 150, nos quais foi feita leitura dos títulos e resumos para ratificar a relação com a temática. Foram selecionados 37 artigos, dos quais 27 foram excluídos após leitura na íntegra por não mostrarem afinidade com o objeto em estudo, obtendo-se amostra de 10 artigos.

Para o processamento e análise dos dados, utilizou-se o software IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) versão 0.7 alpha 2, amplamente empregado na literatura científica, e que permite a análise estatística do corpus textual.

O *corpus* foi constituído por dados existentes nos resultados e discussões, agrupado em um único arquivo e fragmentado, pelo software, em segmentos de texto.

Após a formação do *corpus* textual, foi utilizado para análise o método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), proposto por Reinert em 1990, e obtidas classes de segmentos de texto que apresentavam vocabulários semelhantes entre si e diferentes dos segmentos das outras classes. As palavras foram organizadas em um dendograma, que representou a quantidade e composição léxica das classes a partir do agrupamento dos termos. A análise pela CHD permitiu obter classes de segmentos de texto com vocabulários semelhantes entre si e diferentes dos segmentos de texto das outras classes.

O estudo foi realizado em bases de dados públicos, sendo dispensável a aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

O *corpus* foi constituído por 10 artigos, separados em 606 segmentos de texto (ST),

com aproveitamento de 483 STs (79,7%). Emergiram 2.434 ocorrências (palavras, fórmulas ou vocábulos), sendo 4120 palavras distintas e 2323 com uma única ocorrência. O conteúdo analisado foi categorizado em seis classes: classe 1, com 74 ST (15,3%); classe 2, com 96 ST (19,9%); classe 3, com 62 ST (12,8%); classe 4, com 69 ST (14,3%); classe 5, com 88 ST (18,2%) e classe 6, 94 ST (19,5%) (Figura 1).



Figura 1 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente. Belém, PA, Brasil, 2019

As seis classes se encontram divididas em duas ramificações (A e B) do *corpus* total da análise. O *subcorpus* A, "Mortalidade Infantil", composto pela classe 1 (Diferenças entre a mortalidade infantil indígena e não indígena), que se refere às comparações entre os dois grupos, e pelas classes 2 (Mortalidade infantil indígena) e 5 (Importância dos sistemas de informação em saúde) que se referem às ocorrências da mortalidade infantil e da aplicabilidade dos sistemas de informações. O *subcorpus* B, denominado "Prevenção de óbitos infantis", contém os textos correspondentes às classes 3 (Políticas públicas para os povos indígenas), classe 4 (Ações de saúde de impacto para a prevenção de óbitos infantis) e classe 6 (Necessidade de serviços de saúde resolutivos), que versam sobre a parte política e operacional da prevenção da mortalidade (Figura 2).

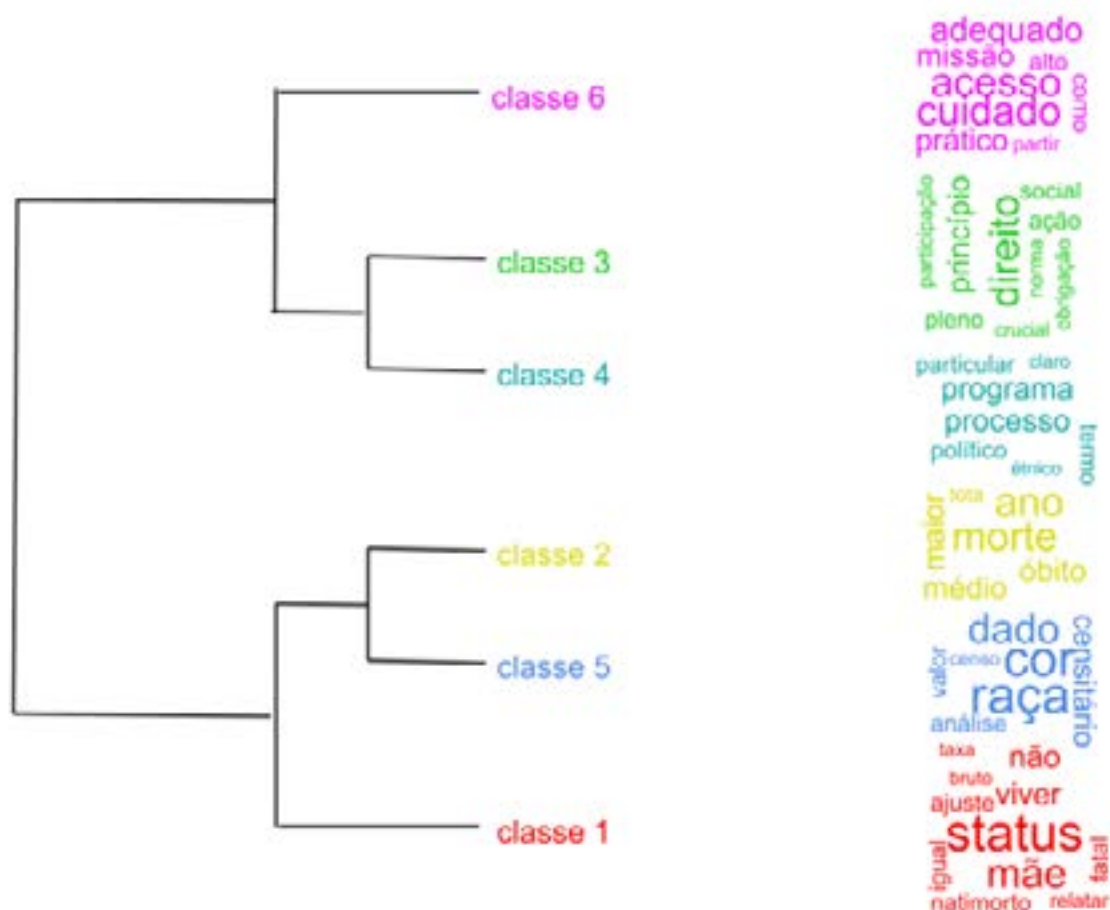


Figura 2 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente. Belém, PA, Brasil, 2019

Classe 1- Diferenças entre mortalidade infantil indígena e não-indígena

Compreende 15,3% (f=74/483 ST) do corpus total analisado, e está associada diretamente às classes 2 e 5. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre $x^2=102,1$ (status) e $x^2=2,37$, essa classe é composta por palavras como status ($x^2=102,1$), primeiras nações ($x^2=95,52$), mãe ($x^2=90,22$), comparação ($x^2=72,12$), nascimento ($x^2=61,72$).

Os conteúdos apreendidos revelam disparidades entre a mortalidade nas primeiras nações ou populações indígenas e nas não-indígenas, sendo que no primeiro grupo, as elevadas taxas de mortalidade infantil foram atribuídas, entre outros fatores relevantes, às condições e registros dos nascimentos.

Classe 2 - Mortalidade infantil indígena

Compreende 19,9% (f=96/483 ST) do corpus total analisado, sendo constituída por palavras e radicais no intervalo entre $x^2=66,11$ (morte) e $x^2=2,27$ (doença). Essa classe é composta por palavras como morte ($x^2=66,11$), criança ($x^2=64,91$), ano ($x^2=53,47$), microrregião ($x^2=39,83$), ocorrer ($x^2=36,64$).

Identificou-se que a ocorrência da morte entre crianças indígenas ainda é caracterizada pela baixa qualidade das informações sobre as causas básicas do óbito, bem como o status da morte por causas mal definidas. É evidenciado também que as mortes ocorrem prioritariamente em crianças menores de um ano, no período pós-neonatal, na maioria das vezes por enfermidades preveníveis, como doenças infecciosas, doenças parasitárias e infecções respiratórias agudas.

Classe 3 - Políticas públicas para os povos indígenas

Compreende 12,8% (f=62/483 ST) do corpus total analisado e está constituída por palavras e radicais no intervalo entre $x^2=130,56$ (direito) e $x^2=2,19$ (pessoa). Essa classe é composta por palavras como direito ($x^2=130,56$), povos indígenas ($x^2=54,92$), estado ($x^2=48,42$), assegurar ($x^2=47,87$), normativo ($x^2=47,41$).

Essa classe evidencia a importância em se assegurar os direitos dos povos indígenas, que devem ser garantidos principalmente pelo Estado, por meio da construção de políticas públicas que visem à redução da mortalidade infantil indígena.

Classe 4 - Ações de saúde de impacto para prevenção de óbitos infantis

Compreende 14,3% (f=69/483 ST) do corpus total, e está constituída por palavras e radicais no intervalo entre $x^2=104,08$ (impacto) e $x^2=2,06$ (necessário). Essa classe é composta por palavras como impacto ($x^2=104,08$), programa ($x^2=54,68$), processo ($x^2=53,97$), abordagem ($x^2=51,25$), saúde das crianças indígenas ($x^2=48,81$).

Essa classe destaca a importância de programas e processos de trabalho que impactem na saúde das crianças indígenas, visando à prevenção da ocorrência de óbitos infantis nessa população.

Classe 5 - Importância dos sistemas de informações

Compreende 18,2% (f=88/483 ST) do corpus. Está constituída por palavras e radicais no intervalo entre $x^2=104,75$ (cor) e $x^2=2,03$ (aplicação), composta por palavras como cor ($x^2=104,75$), sistema de informações sobre nascidos vivos ($x^2=93,65$), raça ($x^2=91,33$), sistema de informação de mortalidade ($x^2=81,74$), taxas de mortalidade infantil ($x^2=68,50$).

Os dados obtidos nos sistemas de informação evidenciam desigualdades significativas na mortalidade infantil entre as categorias de cor ou raça, com a pior situação registrada entre crianças negras e indígenas, apresentando taxas, entre os indígenas, expressivamente mais elevadas.

Classe 6 – Necessidade de serviços de saúde resolutivos

Compreende 19,5% (f=94/483 ST) do corpus. Esta classe está constituída por palavras e radicais no intervalo entre $x^2=38,68$ (médico) e $x^2=2,05$ (medida). É composta por palavras como médico ($x^2=38,68$), serviço ($x^2=37,10$), estrutural ($x^2=32,42$), território ($x^2=29,39$), acesso ($x^2=23,77$).

Essa classe mostra o quanto é essencial o acesso a serviços de saúde resolutivos, que atinjam o território indígena, com profissionais que prestem assistência em saúde resolutiva para alcance de melhor qualidade de vida, e que resulte na redução das taxas de mortalidade infantil indígena.

DISCUSSÃO

Evidenciou-se taxas de mortalidade mais elevadas entre crianças indígenas quando comparadas às não indígenas. Estão expressas preocupações institucionais quanto à necessidade de políticas públicas mais resolutivas, capazes de transformar a realidade de saúde nas aldeias. Em adição, há reconhecimento da ideia de que são necessários serviços de saúde que realizem ações mais efetivas, e é reforçada a importância da existência

de sistemas de informações em saúde que retratem com fidedignidade a dinâmica epidemiológica na população indígena.

Diversas pesquisas⁽¹²⁻¹⁵⁾ apontaram a existência de grandes lacunas comparativas entre a saúde das populações indígenas e não indígenas, principalmente no que diz respeito à expectativa de vida, indicando diferenças nos óbitos, com maior expressividade entre crianças indígenas, mesmo nos países com melhores condições econômicas e sociais.

As taxas de mortalidade infantil indígena mais elevadas vêm sendo atribuídas às diversas características presentes nesse grupo populacional, a exemplo do aporte cultural, das dificuldades de acesso aos serviços de saúde e das subnotificações nos registros de óbitos, o que denota que as taxas atuais podem ser muito maiores do que se tem conhecimento^(12,14). A incompletude identificada nos registros confere baixa credibilidade ao sistema de informações, visto que disponibilizam dados que podem enviesar o padrão de mortalidade entre crianças indígenas e comprometer o estabelecimento de ações de enfrentamento para reversão do quadro epidemiológico.

É fato que a mortalidade infantil indígena é ocasionada, em sua maioria, por causas preveníveis. Entretanto, diante dos questionamentos acerca do sistema de informações, fazem-se necessários estudos que abordem com a máxima fidedignidade as ocorrências de óbitos nessas populações, valorizando a estratificação por etnia, dada a escassez de pesquisas com essa abordagem. Tais resultados possibilitarão mensurar o impacto das políticas públicas para esses povos, assim como o cumprimento de acordos firmados, inclusive a nível internacional^(15,16).

Entre as principais causas da elevada taxa de mortalidade infantil, estão a pneumonia, gastroenterite de origem infecciosa, pneumonia não especificada, septicemia não especificada, morte sem assistência, desnutrição proteico-calórica grave não especificada, entre outras mal definidas e não especificadas^(14,16). Esse quadro denota as precárias condições socioeconômicas às quais estão submetidas as crianças indígenas, remetendo à necessidade de ação intersetorial para seu enfrentamento.

As causas de óbitos registradas expressam a baixa qualidade das ações de puericultura e da assistência pré-natal nas aldeias, fato que deve ser analisado não somente na ótica da oferta de serviços, mas na baixa efetividade em razão do distanciamento da cultura local, muitas vezes com imposição, por parte dos profissionais, de práticas que não são compreendidas ou aceitas pela população indígena. Sem esse "encontro" entre as culturas, não é possível assegurar o cumprimento de estratégias que permitam ações realmente efetivas.

Mesmo com a legislação vigente, incluindo diversas resoluções aprovadas em convenções internacionais, há grande dificuldade na implementação de ações que diminuam efetivamente as desigualdades em saúde presentes entre indígenas. É essencial a implantação e implementação de políticas públicas eficazes e capazes de transformar a atual realidade vivenciada por esses povos, principalmente em relação aos óbitos infantis, especialmente os evitáveis. É necessário que o Estado assuma seu papel para melhoria das condições de vida nas aldeias e assegure o direito dos povos indígenas, algo que é considerado um desafio e que se arrasta ao longo da história⁽¹⁵⁾.

As ações de saúde que tem por objetivo proporcionar melhoria da qualidade de vida às populações indígenas não devem ser pautadas em estratégias generalistas, e sim nas especificidades culturais e na cosmologia ameríndia, valorizando as necessidades singulares desse grupo humano^(12,14,15). A diversidade cultural remete à elaboração de planos de ação alinhados às explicações para o adoecimento e às condutas por eles estabelecidas ao reconhecerem a presença de doença.

Somente assim será possível impactar na realidade, alcançando mudanças no perfil epidemiológico local para redução dos indicadores sofríveis de morbimortalidade e, por conseguinte, das desigualdades que permeiam a população indígena infantil^(13,15). E, para que essa efetivação ocorra, é indispensável a existência de serviços estruturados,

adequados e resolutivos, além da garantia de acesso da população a tais serviços.

Um aspecto importante a considerar é a necessidade de sistemas de informações em saúde, devidamente alimentados, com dados de fácil acesso, que retratem a realidade de vida e morte das crianças indígenas, sob pena de perpetuação dos elevados índices hoje visualizados. Ressalta-se que os indicadores epidemiológicos são a principal fonte de análise para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações em saúde de forma segura e responsável.

CONCLUSÃO

A análise das publicações permitiu conhecer o panorama epidemiológico da mortalidade infantil indígena, com evidências de taxas superiores à população geral na mesma faixa etária, indicando a necessidade de ações de saúde mais efetivas. A perpetuação da mortalidade infantil por causas preveníveis na população estudada, bem como a baixa qualidade das informações, mostram que as ações de saúde e as políticas que regem os serviços precisam com urgência de maior resolutividade.

Considerando a dinâmica nas aldeias, pode-se atribuir a ocorrência dos óbitos à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, à descontinuidade nas ações, sobretudo quando há necessidade de assistência em outros pontos da rede de serviços fora da aldeia, e à gestão de pessoas com elevada rotatividade dos profissionais de saúde, além de seu pouco preparo para lidar com a diversidade cultural.

Conhecer a dimensão dos óbitos infantis entre indígenas é importante para a revisão dos planos e processos de trabalho, na perspectiva de reversão do indicador. Pode contribuir ainda para reflexão acerca do perfil dos trabalhadores, sobretudo da enfermagem, que deve agregar o saber biomédico ao tradicional, valorizando a cultura local.

REFERÊNCIAS

1. Barreto JOM, Nery IS. Óbitos infantis em um estado do Nordeste brasileiro: características e evitabilidade. *Tempus*, actas de saúde colet, [Internet]. 2015 [acesso em 20 set 2019]; 9(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v9i3.1782>.
2. Caderno Destaques: o Brasil e os ODM. Portal Brasil [Internet]. Brasil; 2019 [acesso em 28 out 2019]. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/>.
3. Sanders LS de C, Pinto FJM, Medeiros CRB de, Sampaio RMM, Viana RAA, Lima KJ. Mortalidade infantil: análise de fatores associados em uma capital do Nordeste brasileiro. *Cad. saúde colet*. [Internet]. 2017 [acesso em 30 set 2019]; 25(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700010284>.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010. Resultados gerais da amostra [Internet]. 2019 [acesso em 10 out 2019]; Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>.
5. Caldas ADR, Santos RV, Borges GM, Valente JG, Portela MC, Marinho GL. Mortalidade infantil segundo cor ou raça com base no Censo Demográfico de 2010 e nos sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [acesso em 19 set 2019]; 33(7). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00046516>.
6. Campos MB de, Borges GM, Queiroz BL, Santos RV. Diferenciais de mortalidade entre indígenas e não indígenas no Brasil com base no Censo Demográfico de 2010. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017

- [acesso em 24 set 2019]; 33(5). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/10.1590/0102-311x00015017>.
7. Borges MF de SO, Silva IF da, Koifman RJ. Morbidade hospitalar em populações indígenas do Brasil. REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde [Internet]. 2017 [acesso em 18 out 2019]; 9(4). Disponível em: http://dx.doi.org/10.25248/REAS49_2017.
8. Raupp L, Fávaro TR, Cunha GM, Santos RV. Condições de saneamento e desigualdades de cor/raça no Brasil urbano: uma análise com foco na população indígena com base no Censo Demográfico de 2010. Rev. bras. epidemiol. [Internet]. 2017 [acesso em 03 out 2019]; 20(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700010001>.
9. Sírio MA de O, Freitas SN de, Figueiredo AM de, Gouvêa GDR, Pena JL, Machado-Coelho GLL. Tempo de aleitamento materno entre indígenas Xakriabá aldeados em Minas Gerais, Sudeste do Brasil. Rev Nutr. [Internet]. 2015 [acesso em 15 out 2019]; 28(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-52732015000300002>.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 01 set 2019]. Disponível em: <http://portals.saude.gov.br/sesai>.
11. Sandes LFF, Freitas DA, Souza MFNS de, Leite KB de S. Atenção primária à saúde de indígenas sul-americanos: revisão integrativa da literatura. Panam Salud Publica [Internet]. 2018 [acesso em 12 out 2019]; 42(163). Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.163>.
12. Carson E, Sharmin S, Maier AB, Meij JJ. Comparing indigenous mortality across urban, rural and very remote areas: a systematic review and meta-analysis. Int Health [Internet]. 2018 [acesso em 15 out 2019]; 10(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihy021>.
13. He H, Xiao L, Torrie JE, Auger N, Mchugh NGL, Zoungrana H, et al. Disparities in infant hospitalizations in Indigenous and non-Indigenous populations in Quebec, Canada. CMAJ [Internet]. 2017 [acesso em 20 out 2019]; 189(21). Disponível em: <https://doi.org/10.1503/cmaj.160900>.
14. Marinho GL, Borges GM, Paz EPA, Santos RV. Mortalidade infantil de indígenas e não indígenas nas microrregiões do Brasil. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2019 [acesso em 19 set 2019]; 72(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0646>.
15. Coates AR, Marchito S del P, Vitoy B. Indigenous Child Health in Brazil: the evaluation of Impacts as a human rights issue. Health and Human Rights Journal [Internet]. 2016 [acesso em 20 out 2019]; 18(1). Disponível em: <https://www.hhrjournal.org/2016/05/indigenous-child-health-in-brazil-the-evaluation-of-impacts-as-a-human-rights-issue/>.
16. Gava C, Cardoso AM, Basta PC. Infant mortality by color or race from Rondônia, Brazilian Amazon. Rev Saude Pública. [Internet]. 2017 [acesso em 22 out 2019]; 51. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006411>.

Recebido: 16/11/2019
Finalizado: 12/09/2020

Editora associada: Tatiane Herreira Trigueiro

Autor Correspondente:

Perla Katheleen Valente Corrêa
Universidade do Estado do Pará
Tv. Estrela, 1343 - 66080-008 - Belém, PA, Brasil
E-mail: perlakvc@gmail.com

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - FVS

Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - LMVN

Aprovação da versão final do estudo a ser publicado - AMRF, ILAR, LMVN

Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - PKVC, RVL



Este obra está licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).