







Mortalidade infantil entre indígenas no estado do Pará

Infant mortality among indigenous people in the state of Pará

Monique Lameira Araújo Lima¹ , Lucas Moraes Rêgo¹ , Perla Katheleen Valente Corrêa¹ ,
Lidiane de Nazaré Mota Trindade¹ , Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues¹ , Laura Maria Vidal Nogueira¹ 

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil de mortalidade infantil indígena. **Método:** Estudo epidemiológico, transversal realizado com 254 óbitos em crianças indígenas menores de um ano, notificadas ao Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena, no estado do Pará, no período de 2013 a 2018. **Resultados:** Identificou-se proporção maior de óbitos em crianças do sexo masculino (53,9%; n=137), nas etnias Kaiapó (38,2%; n=97), Munduruku (27,6%; n=70) e Xicrim (13,8%; n=35). Os óbitos ocorreram nos hospitais (53,9%; n=137), e nos domicílios (24%; n=61), e as principais causas foram: as afecções perinatais (27,2%; n=69); as doenças do aparelho respiratório (18,9%; n=48), doenças infecciosas e parasitárias (15,7%; n=40). **Conclusão:** A mortalidade infantil indígena é mais elevada em algumas etnias, o que favorece ações de enfrentamento naquelas mais acometidas. É necessário a valorização da cultura indígena e o reconhecimento dos problemas socioeconômicos a serem contemplados num plano de ação para redução desse indicador.

Descritores: Mortalidade Infantil; População Indígena; Epidemiologia; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: To analyze the profile of indigenous infant mortality. **Method:** Cross-sectional epidemiological study conducted with 254 deaths in indigenous children under one year of age, notified to the Indigenous Health Care Information System, in the state of Pará, from 2013 to 2018. **Results:** A higher proportion of deaths in male children (53.9%; n=137), Kaiapó (38.2%; n=97), Munduruku (27.6%; n=70) and Xicrim (13.8%; n=35) were identified. The deaths occurred in hospitals (53.9%; n=137), and in homes (24%; n=61), and the main causes were: perinatal diseases (27.2%; n=69); respiratory system diseases (18.9%; n=48), infectious and parasitic diseases (15.7%; n=40). **Conclusion:** The indigenous infant mortality is higher in some ethnicities, which favors actions of confrontation in those more affected. It is necessary to value the indigenous culture and recognize the socioeconomic problems to be contemplated in an action plan to reduce this indicator.

Descriptors: Infant Mortality; Population Groups; Epidemiology; Public Health.

¹Universidade do Estado do Pará – Belém (PA), Brasil. E-mails: lima.monique.enf@gmail.com, lucmorareg@gmail.com, perlakvc@gmail.com, lnmtrindade@gmail.com, ilar@globocom.com, lauramavidal@gmail.com

Como citar este artigo: Lima MLA, Rêgo LM, Corrêa PKV, Trindade LNM, Rodrigues ILA, Nogueira LMV. Mortalidade infantil entre indígenas no estado do Pará. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2020 [acesso em: _____];22:61719. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v22.61719>.

Recebido em: 12/12/2019. Aceito em: 26/08/2020. Publicado em: 10/11/2020.

INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil é um indicador importante, serve como ferramenta para avaliar o panorama de saúde de uma determinada população e corresponde à soma dos óbitos ocorridos nos períodos neonatal precoce (0–6 dias), neonatal tardio (7–27 dias) e pós-neonatal (28 dias ou mais)⁽¹⁾. Dessa forma, traduz o número de crianças que morrem em decorrência de adoecimento ou por outros fatores, em determinado grupo populacional, sendo reconhecido como um dos mais sensíveis indicadores de saúde de um país.

De acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, em 2007, foram registrados no Brasil, 1.047.824 óbitos por residência, sendo que desse total, 45.370 foram óbitos de crianças menores de um ano. Já no ano de 2017, foram registrados 1.312.663 óbitos por residência, sendo 36.223 em menores de um ano, dos quais 626 foram em crianças indígenas. Nesses 10 anos, pode-se evidenciar um declínio de 23,54% de óbitos infantis por residência no país⁽²⁾.

Entretanto, apesar da considerável redução identificada na década, tanto no contexto nacional como mundial, o comportamento do evento na população indígena permanece preocupando as autoridades de saúde, visto que, no Brasil, a taxa de mortalidade infantil (TMI) é duas vezes maior que na população em geral⁽³⁾.

Estudo⁽⁴⁾ realizado no Brasil, com base no último censo demográfico, evidenciou que as mortes de crianças menores de um ano foram 60% mais frequentes entre indígenas, quando comparado às demais crianças. Além disso, ratifica que as possibilidades de crianças indígenas com menos de um ano de idade evoluírem à óbito foram mais expressivas do que para as não indígenas.

No estado do Pará, o número de óbitos infantis notificados entre os anos 2011 e 2017 foi 15.812, com média anual de 2.259 mortes/ano. Entre os indígenas, foram registrados 356 óbitos, com maiores índices nos anos de 2012, com TMI=50,62 (n=61 mortes) e 2013, com TMI=49,74 (n=60 óbitos)⁽⁵⁾.

A mortalidade infantil indígena merece um olhar diferenciado por parte dos gestores da saúde e dos pesquisadores em razão do contingente populacional e das peculiaridades culturais que emolduram o modo de vida desses povos. Segundo o censo demográfico de 2010, a população de crianças indígenas brasileiras de zero a nove anos de idade representava, naquela ocasião, 49,2% do total de indígenas do país, percentagem essa que reflete a alta taxa de fecundidade⁽⁶⁾.

Entretanto, são grandes os desafios para gerir os serviços de saúde direcionados a esses povos, a exemplo da necessidade de conhecer hábitos e costumes, a realidade local, a vulnerabilidade da população, as necessidades de saúde, além das formas de acesso aos serviços de saúde, entre outros. A apropriação por parte da equipe multiprofissional, destes aspectos, oportunizará o planejamento e execução de ações de forma mais qualificada para redução de indicadores desfavoráveis, a exemplo da mortalidade infantil⁽⁷⁾.

Estabeleceu-se como objetivo para este estudo analisar o perfil de mortalidade infantil indígena em menores de um ano.

METODOLOGIA

Estudo epidemiológico, transversal realizado com 254 casos de óbitos em crianças indígenas menores de um ano de idade, notificados ao Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), no período de 2013 a 2018, no estado do Pará. A eleição do ano 2013 foi motivado pelo aprimoramento do sistema, com o lançamento do SIASI 4.0, que proporcionou maior completude e confiabilidade aos dados.

O SIASI é um sistema que contém dados produzidos na Atenção Primária em Saúde (APS) alimentado pelas Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde (EMSI) dos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena (DSEIs) e gerenciado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)⁽⁸⁾.

O Pará está situado na região norte do Brasil e tem como limites geográficos os países Suriname e Guiana, o oceano Atlântico, os estados do Amapá, Maranhão, Tocantins, Mato Grosso do Sul, Amazonas e Roraima. É o segundo maior estado do país, em extensão territorial, com 1.245.870,798 km², e o mais populoso da região Norte, com população estimada, em 2020, de 8.602.798 habitantes⁽⁹⁾ distribuídos em 144 municípios. Segundo censo demográfico realizado em 2010, 51.217 pessoas se autodeclararam indígenas e destas 35.816 (69,9%), são habitantes de terras indígenas⁽⁹⁾.

O estado do Pará congrega quatro DSEIs: DSEI Altamira, DSEI Guamá-Tocantins, DSEI Rio Tapajós e DSEI Kaiapó do Pará. Trata-se de uma estrutura organizacional criada pela Lei Federal nº 9.836 de 1999, segundo critérios epidemiológicos, geográficos e etnográficos. Estão vinculados a SESAI e desenvolvem ações de APS em consonância com as políticas e os programas do Sistema Único de Saúde (SUS), observando as práticas de saúde tradicionais indígenas. Para os atendimentos que exigem maior complexidade utilizam a rede de serviços do SUS assegurando remoção segundo cultura local^(10,11).

O DSEI Altamira apresenta população geral de 3.974 indígenas, 10 etnias, 60 aldeias, um polo base, uma Casa de Atenção à Saúde Indígena (CASAI) e abrange cinco municípios, sendo Altamira o município sede. No DSEI Guamá-Tocantins a população geral é de 13.913 indígenas, com 38 etnias, 153 aldeias, oito polos base, cinco CASAI, e 17 municípios abrangentes, tendo como sede, a capital, Belém. O DSEI Rio Tapajós apresenta população geral de 12.722 indígenas, quatro etnias presentes, 141 aldeias, 11 polos base, quatro CASAI, e abrange quatro municípios, tendo como município sede, Itaituba. O DSEI Kaiapó do Pará apresenta população geral de 5.796 indígenas, uma etnia, 50 aldeias, quatro polos base, quatro CASAI, abrange seis municípios, e a sede é em Redenção⁽¹⁰⁾.

Foram inseridos no estudo os óbitos registrados em crianças indígenas, observando a completude dos dados, não sendo feita nenhuma exclusão. As variáveis estudadas foram: taxa de mortalidade infantil (TMI); idade; sexo; etnia; DSEI de residência; causa *mortis*; e local de ocorrência do óbito.

Os dados foram obtidos junto à SESAI e tiveram origem no SIASI, o sistema de informação em saúde que armazena os dados produzidos nas aldeias, dentre eles, os de mortalidade infantil⁽⁷⁾. Os óbitos foram agrupados de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID 10).

A análise se deu em três etapas: na primeira, realizou-se a depuração dos dados utilizando o *Microsoft Office Excel*® 2013 para filtrar o conjunto de variáveis de interesse e excluir àquelas que pudessem causar vieses nos resultados, agrupando-os por DSEI. Essa análise se deu pela estatística descritiva cujos resultados estão expressos em frequências relativas e absolutas. Na segunda etapa, foram calculadas as TMI segundo ano de notificação para análise de tendência segundo modelo de regressão linear simples, considerando as TMI como variáveis dependentes e os anos de notificação, como independentes. Tal modelo estatístico permitiu a visualização do comportamento da TMI indígena ao longo dos anos e a associação linear entre tempo (anos) e o coeficiente de mortalidade infantil. Na terceira, calculou-se a TMI por DSEI do estado do Pará.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA) sob o número nº 3.286.923 em 26 de abril de 2019 e na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob o número nº 3.360.570 em 03 de junho de 2019.

RESULTADOS

De acordo com a Tabela 1, houve predominância de óbitos no sexo masculino (53,9%; n=137). Com maior ocorrência no período pós-neonatal (53,5%; n=136), seguido do período neonatal (35%; n=89), e por fim o neonatal tardio (11,4 %; n=29). Dentre as 14 etnias que habitam os territórios dos DSEIs localizados no Pará, três congregaram a quase totalidade dos óbitos (79,2% n=201), são elas: Kaiapó (38,2%; n=97), Munduruku (27,6%; n=70) e Xicrim (13,8%; n=35).

Identificou-se ainda, que a maioria dos óbitos ocorreu em ambiente hospitalar (53,9%; n=137), sendo expressiva também as mortes em domicílio (24%; n=61). Em adição, identificou-se ocorrência de óbitos em outros locais e até mesmo no interior de meios de transporte, certamente por ocasião de deslocamento (16,6%; n=42). De acordo com a Tabela 2, as principais causas de mortes em crianças indígenas foram: as afecções originadas no período perinatal (27,2%; n=69); as doenças do aparelho respiratório (18,9%; n=48); as doenças infecciosas e parasitárias (15,7%; n=40), e sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de

laboratório, não classificados em outra causa (15,4%; n=39). Segundo o Gráfico 1, as TMI apresentaram flutuações durante o período do estudo, sendo o maior registro no ano de 2016, com 40,1/1000 nascidos vivos. Observou-se ainda, que os menores coeficientes de mortalidade ocorreram, respectivamente, nos anos de 2015 e 2017, com 26,6 e 29,8 /1000 nascidos vivos.

Tabela 1. Perfil da ocorrência de mortalidade infantil indígena em menores de um ano no estado do Pará, no período de 2013–2018.

Variável	Freq. n=254	%
Sexo		
Masculino	137	53,9
Feminino	117	46,1
Idade (em dias)		
0–6 (Neonatal Precoce)	89	35,0
7–27 (Neonatal Tardio)	29	11,4
28–364 (Pós-Neonatal)	136	53,5
Etnia		
Kayapó	97	38,2
Munduruku	70	27,6
Xicrin	35	13,8
Assurini	10	3,9
Wai wai	9	3,5
Araweté	8	3,1
Parakanã	7	2,8
Tembé	4	1,6
Amanaye	2	0,8
Gavião	2	0,8
Arara	1	0,4
Suruí	1	0,4
Zo'é	1	0,4
Não informado	7	2,8
Local de ocorrência		
Hospital	137	53,9
Domicílio	61	24,0
Outros	22	8,7
Ignorado	14	5,5
Outros estabelecimentos de saúde	13	5,1
Pública/Transporte	7	2,8

Freq.: frequência.

Fonte: SESAI/SIASI, 2019.

Identificou-se tendência de queda na TMI ao longo dos anos. O modelo de regressão linear estimou que para cada unidade de tempo houve um declínio de 1,6 a cada ano e o coeficiente de determinação (R^2) demonstrou que 26,04% da variação na TMI é explicada pela variação do tempo.

Dados do Gráfico 2 expressam que, no período de 2013-2018, o DSEI Kaiapó do Pará apresentou as maiores TMI (57,1/1000 nascidos vivos), seguido pelo DSEI Altamira (43,0/1000 nascidos vivos), DSEI Rio Tapajós (33,8/1000 nascidos vivos), e por fim, o DSEI Guamá-Tocantins (17,0/1000 nascidos vivos). Identificou-se que o DSEI Kaiapó do Pará apresentou as maiores taxas nos anos 2013 (65,9/1000 nascidos vivos), 2016 (72,7/1000 nascidos vivos), 2017 (40,0/1000 nascidos vivos) e 2018 (85,3/1000 nascidos vivos). Nos anos 2014 e 2015 as maiores TMI foram identificadas no DSEI Altamira, com 69,8/1000 nascidos

vivos e 44/1000 nascidos vivos, respectivamente. E as menores TMI, na quase totalidade do período, foram encontradas no DSEI Guamá-Tocantins, com 20,9/1000 nascidos vivos em 2013, 18,4/1000 nascidos vivos em 2014, 25,5/1000 nascidos vivos em 2016, 8,5/1000 nascidos vivos em 2017 e 5,4/1000 nascidos vivos em 2018.

DISCUSSÃO

As TMI indígena se mostraram elevadas em todo o período estudado (34,1/1000 nascidos vivos), superior à média nacional e a média estadual para as crianças em geral que são de 12,39/1000 nascidos vivos e 15,40/1000 nascidos vivos, respectivamente⁽¹⁾. As mais expressivas foram as do período pós-neonatal, atribuível possivelmente a causas evitáveis. Contribuíram mais significativamente para estes achados os óbitos ocorridos no DSEI Kaiapó do Pará, sendo que as três etnias com maior quantitativo de registros foram: Kaiapó, Munduruku e Xicrim.

Estudo⁽¹¹⁾ realizado com dados de mortalidade infantil no estado do Pará, identificou que, na população indígena, a TMI é cerca de seis vezes maior que na população em geral, corroborando com os índices elevados encontrados nesta pesquisa. Em outro estudo⁽¹²⁾ realizado com dados nacionais, identificou-se expressiva discrepância nas TMI indígena, ao comparar com as taxas em não indígenas, evidenciando que dentre as microrregiões do país, nas quais os indígenas representam pelo menos 10% da população, os óbitos de crianças menores de um ano foram 60% mais frequentes que entre as demais crianças. Tais achados reforçam a importância de estudar o óbito infantil indígena de forma estratificada geograficamente, de modo, a relacionar o evento com os contextos locais, dada a diversidade social, econômica e cultural do país.

Em relação ao perfil social, os achados deste estudo, mostram predominância de óbitos em crianças do sexo masculino, semelhante aos encontrados em um estudo que identificou maior risco de morte no primeiro dia de vida entre nascidos vivos do sexo masculino. E apresentaram como possíveis explicações: maior ocorrência de anomalias congênitas, maior necessidade de ventilação auxiliar; baixo índice de apgar; e, síndrome do desconforto respiratório nos meninos, se comparado às meninas^(13,14).

No que diz respeito ao elevado número de óbitos ocorridos no período pós-neonatal, as evidências relacionam ao difícil acesso aos cuidados em saúde pela população indígena, dificultando as intervenções em tempo oportuno⁽¹⁵⁾. Além disso, essas taxas podem ser resultantes das condições de vida desfavoráveis nas aldeias, precária assistência pré-natal e intercorrências no parto⁽¹⁶⁾.

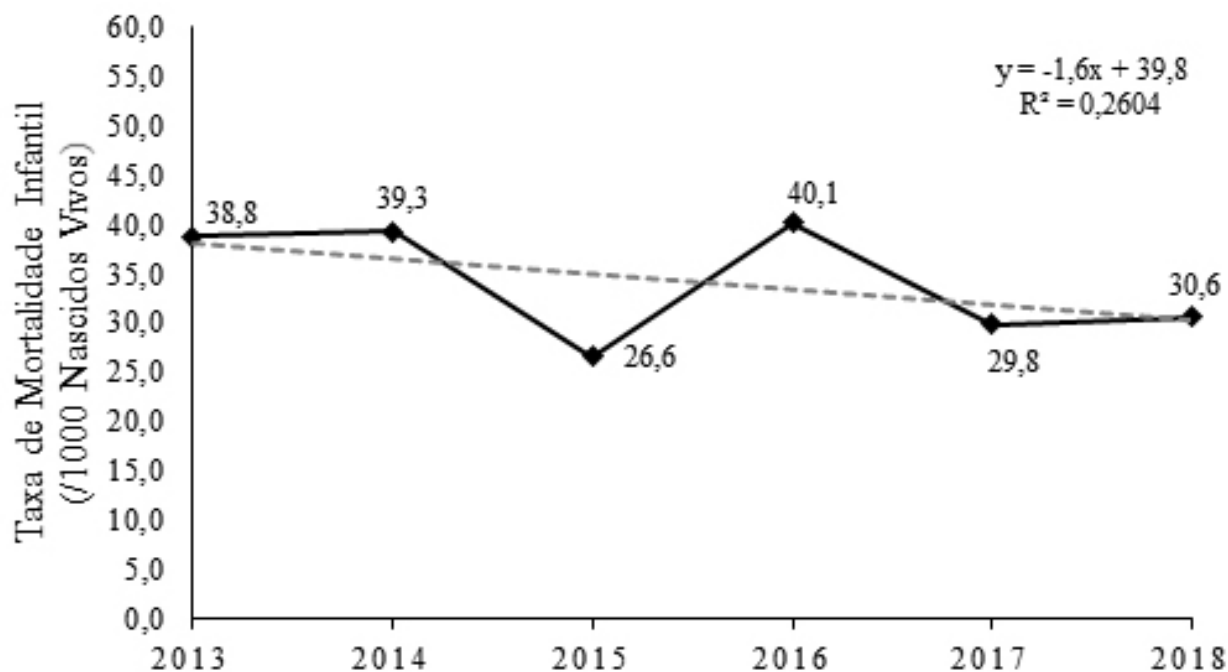
O relevante percentual de óbitos em ambiente hospitalar e em domicílio, encontrado neste estudo, também foi evidenciado em pesquisa realizada no estado de Mato Grosso, que identificou proporção de 29,37% de óbitos em hospitais e 16,8% em domicílios⁽¹⁷⁾. Há que se ressaltar, que óbitos em domicílio podem caracterizar morte sem assistência biomédica.

Tabela 2. Distribuição das causas de mortes em crianças indígenas menores de um ano no estado do Pará, no período de 2013–2018.

Causas de óbitos	Freq. n=254	%
Algumas afecções originadas no período perinatal	69	27,2
Doenças do aparelho respiratório	48	18,9
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	40	15,7
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	39	15,4
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	12	4,7
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	12	4,7
Doenças do aparelho circulatório	11	4,3
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	5	2,0
Doenças do sistema nervoso	5	2,0
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas de mortalidade e morbidade	8	3,2
Doenças do aparelho digestivo	2	0,8
Doenças do aparelho geniturinário	2	0,8
Outros	1	0,4

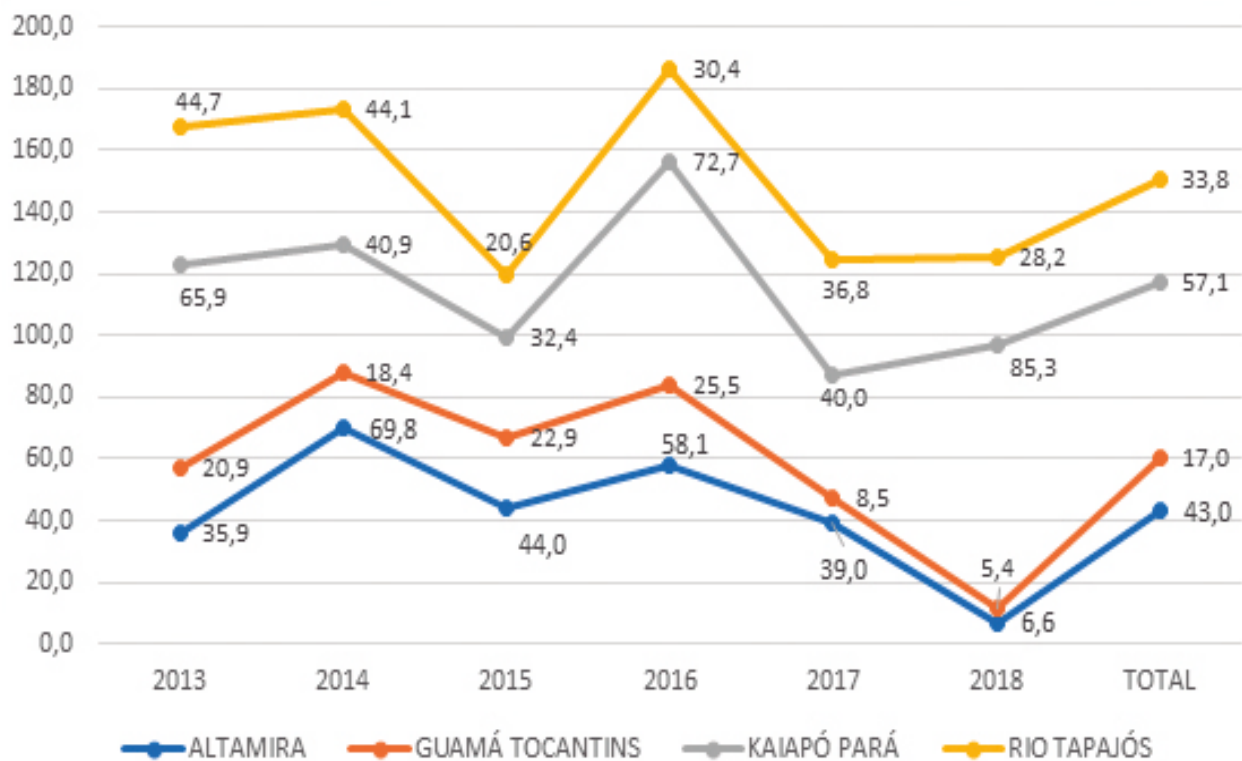
Freq.: frequência.

Fonte: SESAI/SIASI, 2019.



Fonte: SESAI/SIASI, 2019.

Gráfico 1. Taxa de Mortalidade Infantil Indígena, segundo ano de notificação. Pará, Brasil, 2013 a 2018.



Fonte: SESAI/SIASI, 2019.

Gráfico 2. Taxa de mortalidade infantil indígena por DSEI do estado do Pará, Brasil, no período de 2013 a 2018.

Identificou-se como principal causa dos óbitos as afecções originadas no período perinatal, detalhadas em estudo realizado em oito unidades federativas do Brasil, como: a síndrome da angústia respiratória do recém-nascido (8,9%); imaturidade extrema quando o neonato apresenta menos de 28 semanas de idade gestacional (5,2%); e, muito baixo peso ao nascer, correspondente a menos de 1.000g (5,2%)⁽¹³⁾.

Outra importante causa de morte identificada neste estudo foram as doenças do aparelho respiratório, também evidenciadas em pesquisa realizada com a etnia Guarani, residente em 83 aldeias nos estados do Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul. As afecções mais prevalentes foram a Infecção Respiratória Aguda Baixa (IRAB) com 167 registros das 211 crianças estudadas (79,2%) seguida da Bronquiolite Viral Aguda (BVA) que acometeu 20 crianças (9,7%)⁽¹⁸⁾.

Além dessas, outro achado que merece destaque no presente estudo, são as doenças infecciosas e parasitárias, que persistem no cenário das aldeias. Estudos nacionais e internacionais⁽¹⁹⁻²¹⁾ identificaram, por meio da análise do exame parasitológico de fezes, alta prevalência de parasitoses intestinais, com maior proporção de helmintos, destacando-se o *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura* e *Ancilostomídeos* e os protozoários como *Giardia intestinalis* e *Entamoeba spp.* Os pesquisadores atribuíram a elevada incidência de doenças causadas por enteroparasitas, dentre outros, ao consumo de água de rios e fontes, muitas vezes, contaminadas, ao acesso limitado aos serviços de saúde e às condições precárias nas quais muitas comunidades indígenas vivem.

Não obstante, os resultados do presente estudo revelaram, ainda, morte por outros achados clínicos como bradicardia, parada respiratória, choque cardiogênico e choque hipovolêmico; eventos adversos como as causas desconhecidas, morte sem assistência e causas mal definidas, reverberando nos expressivos números de óbitos em domicílio. É possível relacionar tais achados com a condição de vida nas aldeias, muitas vezes com serviços de saúde sem estrutura adequada e acessibilidade complexa corroborando, possivelmente, para a ocorrência das mortes sem assistência.

O cálculo das TMI, mostrou discreta tendência de queda, porém, com elevados índices anuais durante todo o período estudado, denotando pouco impacto das ações estabelecidas pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Atribui-se ainda a possível dificuldade para implementação das diretrizes e planos de saúde, uma vez que tais índices expressam a precariedade com que os mesmos se efetivam na rotina dos povos indígenas⁽²²⁾.

A queda nas TMI foi também identificada em um estudo realizado no DSEI Xingu, que constataram elevação do indicador a partir de 2013, e atribuíram a mudanças na oferta em saúde, com centralização no atendimento médico e oferta irregular de insumos, equipamentos e medicamentos, ocasionando baixa resolutividade dos serviços ofertados, evidenciando o impacto que pode ocorrer quando não há qualidade nas ações ou ausência de materiais⁽²³⁾.

Ao se analisar a distribuição da mortalidade infantil nos quatro DSEIs do Pará, identificou-se cifras mais elevadas nas aldeias do DSEI Kaiapó do Pará, um fato já identificado em estudo anterior, realizado no período de 2000 a 2002, quando no contexto nacional, esse DSEI assumiu liderança epidemiológica, com TMI média de 123,63/1000 nascidos vivos. Trata-se de evidências preocupantes, haja vista que há quase 20 anos, os Kaiapó do Pará exibem as maiores taxas de mortalidade infantil, no ranking não só no estado do Pará, mas do país⁽²⁴⁾.

O perfil de mortalidade nas etnias indica maiores taxas nos Kaiapó, Munduruku e Xicrim, que habitam terras dos DSEIs Kaiapó do Pará; Rio Tapajós; Altamira e Guamá-Tocantins. Dessa forma, esses são os grupos que contribuem, mais significativamente, para o perfil de óbitos infantis indígenas no Pará. Nos DSEIs Kaiapó do Pará e Rio Tapajós habitam quase que exclusivamente, Kaiapó e Munduruku, respectivamente, enquanto que, nos DSEIs Altamira e Guamá-Tocantins há maior variedade étnica, dentre as quais os Xicrim, que vem sendo determinantes para as taxas identificadas nesses dois DSEIs.

Esses altos índices de mortalidade identificados podem ser consequência da dificuldade da assistência aos povos indígenas, ocasionada pela alta rotatividade de profissionais de saúde, dificuldade de acesso às aldeias em algumas regiões, estruturas de saúde precárias e insumos e ferramentas sucateados, refletindo assim de maneira negativa na qualidade da assistência à saúde prestada⁽²²⁾. Destaca-se que a dinâmica e logística de trabalho, em terras indígenas, varia segundo a organização do DSEI, e difere nas diversas aldeias, sendo resultante inclusive de fatores não geográficos que comprometem o deslocamento das equipes de saúde.

As limitações deste estudo dizem respeito ao uso de dados secundários, cujos registros são passíveis de omissão ou mesmo algum equívoco, tendo em vista que sinais e sintomas não configuram critério para preenchimento na declaração de óbito, assim como, a probabilidade de ocorrência de subnotificações⁽¹¹⁾. Outro aspecto a ser considerado, é que o presente estudo aborda os óbitos de crianças residentes em aldeias, o que pode não refletir a total dimensão da mortalidade entre indígenas tendo em vista os desaldeados.

CONCLUSÃO

A mortalidade infantil indígena mostrou-se bastante elevada demandando políticas públicas mais efetivas, que devem começar no acompanhamento pré-natal da gestante, seguindo com os cuidados de puericultura. É um desafio para a equipe de saúde agregar os saberes biomédicos à prática nativa da cultura indígena que permeia o nascer, a relação mãe-filho e os primeiros cuidados com o recém-nascido.

É fato que o óbito infantil nas aldeias envolve fatores das mais diversas ordens, perpassando por questões econômicas, sociais e ambientais, devendo ser tratado em todas as suas

dimensões, levando-se em consideração as diferenças culturais, para o estabelecimento de medidas de controle. Nesse sentido, é fundamental a efetivação de parcerias institucionais e ações intersetoriais, visto que se trata de povos com baixas condições socioeconômicas, exigindo esforços conjuntos para o enfrentamento do problema e a reversão dos indicadores.

A mortalidade infantil indígena é mais elevada em algumas etnias, o que favorece a ação de enfrentamento pela SESAI e pelos respectivos DSEI, direcionada às aldeias com dados mais desfavoráveis. Faz-se necessário a valorização da cultura indígena local e o reconhecimento dos problemas sociais e econômicos presentes nas aldeias a serem contemplados num plano de ação para minimizar os indicadores sofríveis.

É essencial que dados relacionados as características de raça/cor sejam devidamente valorizados e registrados nos documentos oficiais de nascimento e óbito, assim como, a causa da morte, para que se tenha uma real dimensão das estatísticas vitais relacionadas aos povos indígenas. Trata-se de dados fundamentais para a (re)organização das redes de atenção à saúde e a avaliação das potencialidades e fragilidades do sistema.

Considerando a sensibilidade do indicador de mortalidade infantil, o presente estudo evidenciou a necessidade do estabelecimento de um olhar mais ampliado para os povos indígenas, sobretudo para as crianças, de modo a minimizar as diferenças e desigualdades, ainda tão predominantes, em pleno século XXI, comprometendo a equidade em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS (BR). Indicadores de Mortalidade. DATASUS [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [access at: Nov. 09, 2019]. Available at: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2000/fqc01.htm>.
2. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS (BR). DATASUS [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [access at: Sept. 07, 2018]. Available at: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>.
3. Gava C, Cardoso AM, Basta PC. Infant mortality by color or race from Rondônia, Brazilian Amazon. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [access at: Oct. 15, 2018];51:35. Available at: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100222. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006411>.
4. Marinho GL, Borges GM, Paz EPA, Santos RV. Infant mortality among indigenous and non-indigenous people in the Brazilian microregions. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 [access at: Oct. 03, 2019];72(1):57-63. Available at: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v72n1/0034-7167-reben-72-01-0057.pdf>. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0646>.
5. Teixeira JJMB, Santos DR, Rocha MSFM, Silva SCR. Aspects of infant mortality: a contribution to the promotion of deaths in the indigenous and non-indigenous population in Pará. *PRMJ* [Internet]. 2019 [access at: Sept. 14, 2019];3(2):e14. Available at: <https://www.prmjournal.org/article/doi/10.4322/prmj.2019.014>. <http://dx.doi.org/10.4322/prmj.2019.014>.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pirâmide etária [Internet]. [access at: Sept. 06, 2018]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Available at: <https://indigenas.ibge.gov.br/piramide-etaria-2.html>.
7. Pinto LF, Rocha CMF. Innovations in Primary Health Care: the use of communications technology and information tools to support local management. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [access at: Sept. 06, 2018];21(5):1433-48. Available at: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1433.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.26662015>.
8. Brasil. Ministério da Saúde (BR). SIASI – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena [Internet]. 2017 [access at: Oct. 08, 2019]. Available at: <http://www.ccms.saude.gov.br/saudeindigena/asesai/sistemasdeinformacao.html#>.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e estados [Internet]. [access at: Nov. 03, 2019]. Rio de Janeiro: IBGE; 2018. Available at: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa.html>.
10. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Saúde Indígena. Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's). [Internet]. 2017 [access at: Dec. 10, 2019]. Available at: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/dsei/>.
11. Brasil, Lei nº 9836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena [Internet]. [access at: July 07, 2020]. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 set. 1999. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9836.htm.
12. Sousa JF, Santos KE, Santos DR, Silva AVC, Pereira IS, Silva RC. Mortalidade infantil por doenças infecciosas e parasitárias no estado do Pará: vigilância de óbitos entre 2008 a 2017. *PRMJ* [Internet]. 2019 [access at: July 07, 2020];3(3-4):e27. Available at: <https://www.prmjournal.org/article/doi/10.4322/prmj.2019.027>. <http://dx.doi.org/10.4322/prmj.2019.027>.

13. Campos MB, 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 [access at: Nov. 25, 2018];33(5):e00015017. Available at: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2017.v33n5/e00015017/pt>. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00015017>.
14. Teixeira JAM, Araujo WRM, Maranhão AGK, Cortez-Escalante JJ, Rezende LFM, Matijasevich A. Mortality in the first day of life: trends, causes of death and avoidability in eight Brazilian Federative Units, between 2010 and 2015. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2019 [access at: Nov. 03, 2019];28(1):e2018132. Available at: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v28n1/2237-9622-ress-28-01-e2018132.pdf>. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742019000100006>.
15. Alkema L, Chao F, You D, Pedersen J, Sawyer CC. National, regional, and global sex ratios of infant, child, and under-5 mortality and identification of countries with outlying ratios: a systematic assessment. *Lancet* [Internet]. 2014 [access at: Nov. 14, 2019];2(9):e521-30. Available at: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2814%2970280-3>. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70280-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70280-3).
16. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al. Birth in Brazil survey: neonatal mortality, pregnancy and childbirth quality of care. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [access at: Nov. 14, 2019];30(Suppl 1):S192-S207. Available at: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00133213>.
17. Caldas ADR, Santos RV, Borges GM, Valente JG, Portela MC, Marinho GL. Infant mortality according to color or race based on the 2010 *Population Census* and national health information systems in Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [access at: Nov. 14, 2019];33(7):e00046516. Available at: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2017.v33n7/e00046516/pt>. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00046516>.
18. Assis JMV, Souza TJ, Atanaka M, Souza RAG. Mortalidade por causas externas em indígenas de Mato Grosso, Brasil, de 2010 a 2016. *Connection Line* [Internet]. 2018 [access at: Nov. 03, 2019];19:37-51. Available at: <http://www.periodicos.univag.com.br/index.php/CONNECTIONLINE/article/view/1193/1369>. <http://dx.doi.org/10.18312%2Fconnectionline.v0i19.1193>.
19. Souza PG, Cardoso AM, Sant'Anna CC, March MFBP. Acute lower respiratory infection in Guarani indigenous children, Brazil. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2018 [access at: Nov. 03, 2019];36(2):123-31. Available at: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v36n2/0103-0582-rpp-2018-36-2-00017.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;2;00017>.
20. Silva JB, Bossolani GDP, Brisa CPG, Ferreira JG, Rossoni DF, Mota LT, Toledo MJO. Spatial distribution of intestinal parasitic infections in a Kaingáng indigenous village from Southern Brazil. *International Journal of Environmental Health Research* [Internet]. 2016 [access at: Nov. 03, 2019];26(5-6):578-88. Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09603123.2016.1217312?scroll=top&needAcc=ess=true>. <https://doi.org/10.1080/09603123.2016.1217312>.
21. Oliveira RA, Gurgel-Gonçalves R, Machado ER. Intestinal parasites in two indigenous ethnic groups in northwestern Amazonia. *Acta Amaz* [Internet]. 2016 [access at: Nov. 03, 2019];46(3):241-6. Available at: <http://www.scielo.br/pdf/aa/v46n3/1809-4392-aa-46-03-00241.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4392201505883>.
22. Gaviria LM, Soscue D, Campo-Polanco LF, Cardona-Arias J, Galván-Díaz AL. Prevalence of intestinal parasites, anemia and malnutrition among the children of a Nasa indigenous reservation, Cauca-Colombia, 2015. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2017 [access at: Nov. 03, 2019];35(3):390-9. Available at: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-386X2017000300390. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v35n3a09>.
23. Mendes AM, Leite MS, Langdon EJ, Grisotti M. The challenge of providing health care to indigenous people in Brazil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2018 [access at: Nov. 03, 2019];42:e184. Available at: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49563>. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>.
24. Mendonça SBM, Rodrigues D, Pereira PPG. Modelo de atenção à saúde indígena: o caso do DSEI Xingu. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2019 [access at: July 07, 2020];35(Sup 3):e00008119. Available at: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001500301&tlng=pt. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00008119>.

