

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

**Raquel Santos Brito**

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E ESTRATÉGIAS PARA A  
PREVENÇÃO DA DOENÇA DIARREICA EM CRIANÇAS INDÍGENAS: *SCOPING  
REVIEW***

Goiânia  
2016

**Raquel Santos Brito**

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E ESTRATÉGIAS PARA A  
PREVENÇÃO DA DOENÇA DIARREICA EM CRIANÇAS INDÍGENAS: *SCOPING  
REVIEW***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção a Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção a Saúde.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Teorias, métodos e processos de cuidar em saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Rodrigues do Carmo Filho

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Adenícia Custódia Silva e Souza

Goiânia

2016

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)  
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

B862c Brito, Raquel Santos.  
Características epidemiológicas e estratégias para a  
prevenção da doença diarreica em crianças indígenas  
[manuscrito] : scoping review / Raquel Santos Brito – Goiânia,  
2016.

63 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica  
de Goiás, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em  
Atenção à Saúde, 2016.

“Orientador: Dr. José Rodrigues do Carmo Filho”.

“Coorientadora: Dra. Adenícia Custódia Silva e Souza

Bibliografia.

1. Índios. 2. Epidemiologia. 3. Diarréia em crianças. I.  
Título.

CDU 616.34-008.314.4(043)

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Raquel Santos Brito

### **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E ESTRATÉGIAS PARA A PREVENÇÃO DA DOENÇA DIARREICA EM CRIANÇAS INDÍGENAS: *SCOPING REVIEW***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção a Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção a Saúde.

Aprovada em 21 de dezembro de 2016.  
BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. José Rodrigues do Carmo Filho  
Presidente da banca – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

---

Profa. Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila  
Membro Efetivo, Interno ao Programa – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

---

Profa. Dra. Heliny Carneiro Cunha Neves  
Membro Efetivo, Externo ao Programa – Universidade Federal de Goiás

---

Profa. Dra. Adenicia Custodia Silva e Souza  
Coorientadora

## DEDICATÓRIA

*Dedico este estudo ao meu marido Ismael e ao meu filho Joaquim, que são minha inspiração para continuar lutando. Ambos ensinaram com atitudes o que é o amor e o companheirismo.*

## AGRADECIMENTOS

*À meu orientador, Prof. Dr. José Rodrigues do Carmo Filho, pela dedicação, acompanhamento, persistência, respeito e competência que conduziu o trabalho desde o princípio. Agradeço de coração por todos os ensinamentos.*

*Às professoras, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vanessa da Silva Carvalho Vila e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Adenícia Custódia Silva e Souza, que deram suporte a elaboração deste trabalho e à minha instabilidade emocional nos momentos de dificuldade relacionada a vida pessoal e a nova trajetória da pesquisa. Foram essenciais à minha permanência no mestrado.*

*Aos meus pais Joaquim e Luci, às minhas irmãs Lucília e Jéssica, a meu cunhado Leonardo e a minha sogra Percília, por ensinarem o verdadeiro valor da família e da união nos momentos de dificuldade.*

*Ao meu filho Joaquim, que é benção de Deus em minha vida. E ao seu marido Ismael, que forneceu suporte na ausência e foi conforto nos momentos de fraqueza. Sem ele nada teria sentido, meu eterno namorado.*

*Agradeço a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPPEG), por apoiar este estudo por meio de concessão de bolsa que foi essencial a finalização do mestrado e deste trabalho.*

*À Deus, pois graças a ele que estou realizando meus sonhos.*

*Sem vocês eu não estaria aqui, agradeço de coração.*

*"Diferente da cabeça, a oca é ôca. E o índio é gente, não indigente."*

*(Marcelo Melo Soriano)*

## RESUMO

BRITO, R. S. **Características epidemiológicas e estratégias para a prevenção da doença diarreica em crianças indígenas: *scoping review***. 2016. Dissertação - Mestrado em Atenção à Saúde. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

Trata-se de um *scoping review* desenvolvido com objetivo de analisar as evidências científicas relacionadas a doença diarreica vivenciada por crianças indígenas e as estratégias que podem ser utilizadas para prevenir essa problemática. O *scoping review* foi conduzido segundo os pressupostos metodológicos de Arksey e O'Malley (2005) com as recomendações de Levac, Colquhoun e O'Brien (2010). Foram incluídos estudos com crianças indígenas, com diagnóstico de doença diarreica; ênfase nas características epidemiológicas e/ou no processo de implementação de intervenções relacionadas à prevenção; publicados entre janeiro de 2006 e junho de 2016. Foram utilizados os descritores controlados: *Indigenous population; Child; Diarrhea; Dysentery; Epidemiology; Prevention, primary*; e os descritores não controlados: *Characteristic, epidemiologic study; Children*. As bases de dados consultadas foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *US National Library of Medicine Institute of Health (PubMed)* e o *Web of Science*. Foram identificados inicialmente 268 estudos, e após a triagem com os critérios de elegibilidade foram selecionados seis estudos e identificados mais cinco por meio do *reference tracking*. A amostra final foi composta por onze artigos publicados entre os anos de 2007 e 2015. Somente três artigos tinham por objetivo investigar a doença diarreica em criança indígena, nos demais foram abordadas outras morbidades além da doença diarreica. A síntese resultou nas categorias temáticas: "Características epidemiológicas da doença diarreica em crianças indígenas" e "Estratégias de prevenção primária e secundária da doença diarreica em crianças indígenas". Verificou-se nos estudos elevadas taxas de morbidade por doença diarreica em crianças indígenas, que são socialmente desfavorecidas, vivendo em condições precárias de higiene e saneamento básico. A diarreia infantil foi associada com o baixo nível econômico, a qualidade da água, a defecação no quintal, o não higienizar as mãos e a falta de higiene no geral. Entre as estratégias de prevenção primária estão o saneamento básico, educação em saúde para hábitos de higiene, controle de animais, amamentação, suplementação com zinco, vitaminas e vacina Rotavírus. Na prevenção secundária incluem o uso de soluções de reidratação oral, alimentação adequada, prescrição de antimicrobianos, reposição de fluidos intravenosos com correção da glicemia e eletrólitos em casos graves. Conclui-se que essas recomendações são aplicáveis tanto a crianças indígenas ou não indígenas, tendo em vista que os fatores causais e estratégias de prevenção são as mesmas. Entretanto, deve haver o fortalecimento das políticas públicas voltadas aos indígenas, garantindo o acesso à saúde, um cuidado holístico, visando a cultura com respeito, mas abordados os aspectos que influencia no surgimento da doença diarreica. Verificou-se que mundialmente, são escassas as publicações direcionadas ao estudo dessa problemática. Os estudos foram principalmente de natureza descritiva e poucos apresentaram uma discussão aprofundada na complexa realidade vivenciada por esse grupo social.

**PALAVRAS-CHAVE:** População indígena, Criança, Diarreia, Epidemiologia, Prevenção primária.

## ABSTRACT

BRITO, R. S. **Epidemiological characteristics and strategies to prevent diarrheic disease in indigenous children: a scoping review**. 2016. Master's Thesis in Health Care. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

A scoping review was developed to analyze the scientific evidence on diarrheic disease experienced by indigenous children and the strategies that can be used to prevent this problem. The scoping review was conducted according to the methodological premises of Arksey and O'Malley (2005), including the recommendations by Levac, Colquhoun and O'Brien (2010). Studies of indigenous children were included who had been diagnosed with diarrheic disease; with emphasis on the epidemiological characteristics and/or the implementation process of preventive interventions; published between January 2006 and June 2016. The following controlled descriptors were used: *Indigenous population; Child; Diarrhea; Dysentery; Epidemiology; Prevention, primary*; and the non-controlled descriptors: *Characteristic, epidemiologic study; Children*. The databases reviewed were: *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), US National Library of Medicine Institute of Health (PubMed) and the Web of Science. Initially, 268 studies were identified and, after applying the eligibility criteria, six studies were selected, and five additional studies were identified through reference tracking. The final sample consisted of 11 articles, published between 2007 and 2015. Only three articles were intended to investigate diarrheic disease in indigenous children. In the remainder, other diseases than diarrhea were discussed. The synthesis resulted in the following thematic categories: "Epidemiological characteristics of diarrheic disease in indigenous children" and "Primary and secondary prevention strategies of diarrheic disease in indigenous children". In the studies, high morbidity rates due to diarrhea were verified in indigenous children, who are socially disadvantaged, living in precarious hygiene and basic sanitation conditions. Childhood diarrhea was associated with a low economic level, water quality, defecation in the garden, lack of hand washing, and lack of hygiene in general. The primary prevention strategies include basic sanitation, health education for hygiene habits, animal control, breastfeeding, zinc supplementation, vitamins and vaccination against Rotavirus. The secondary prevention strategies include the use of oral rehydration solutions, adequate diet, prescription of antimicrobial agents, intravenous fluid replacement with glucose and electrolyte correction in severe cases. In conclusion, these recommendations are applicable to indigenous or non-indigenous children, as the causal factors and prevention strategies are the same. Nevertheless, the public policies focused on indigenous people need strengthening, guaranteeing the access to health, holistic care, aiming for culture with respect, but addressing the aspects that influence that emergence of diarrheic disease. As verified, around the global, publications on the study of this problem are scarce. The studies were mainly descriptive and few of them presented an in-depth discussion in the complex reality of this social group.

KEY WORDS: Indigenous population, Child, Diarrhea, Epidemiology, Primary prevention.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### Quadros

- |            |   |    |
|------------|---|----|
| Quadro 1 - | Estratégia de busca utilizada nas bases de dados PubMed, Web Of Science e LILACS, com os descritores controlados e não controlados, entre abril e junho de 2016 | 28 |
| Quadro 2 - | Caracterização dos artigos incluídos no <i>scoping review</i> .   | 33 |

### Figuras

- |            |   |    |
|------------|---|----|
| Figura 1 - | Distrito Sanitário Especial Indígena, no Brasil | 22 |
| Figura 2 - | Fluxograma da busca e seleção de artigos        | 31 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Casai	Casa de Apoio à Saúde do Índio
DSEIs	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i> (Títulos de assuntos médicos)
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PRT	Portaria
PUBMED	US <i>National Library of Medicine Institute of Health</i> (Biblioteca Nacional de Medicina do Instituto de Saúde dos EUA)
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SPI	Serviço de Proteção aos Índios
SUS	Sistema Único de Saúde
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência adquirida
TRO	Terapia de Reidratação Oral
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHO	<i>World Health Organization</i> (Organização Mundial da Saúde)

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>15</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral</b>	<b>15</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>16</b>
<b>3.1</b>	<b>Saúde indígena no mundo</b>	<b>16</b>
<b>3.2</b>	<b>Saúde indígena no Brasil</b>	<b>18</b>
<b>3.3</b>	<b>Epidemiologia das doenças diarreicas</b>	<b>23</b>
3.3.1	Contexto brasileiro	23
3.3.2	Contexto indígena	24
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b>	<b>26</b>
4.1	Tipo de estudo	26
4.2	Identificação da questão norteadora	26
4.3	Critérios de inclusão e exclusão	26
4.4	Busca sistematizada e seleção de estudos relevantes	27
4.5	Avaliação da qualidade metodológica	29
4.6	Mapeamento dos dados	29
4.7	Comparação, resumo e relato dos resultados	30
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>33</b>
<b>5.1</b>	<b>Características epidemiológicas da doença diarreica em crianças indígenas</b>	<b>34</b>
<b>5.2</b>	<b>Estratégia de prevenção primária e secundária da doença diarreica em crianças indígenas</b>	<b>35</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>39</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>49</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>51</b>
	<b>APÊNDICE A - QUANTITATIVO DOS TRABALHOS ELECADOS ATRAVÉS DAS ESTRATÉGIAS DE BUSCA NAS BASES DE DADOS</b>	<b>61</b>
	<b>APÊNDICE B - ROTEIRO DA COLETA DE DADOS</b>	<b>63</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A doença diarreica é uma das manifestações clínicas comuns entre as doenças infecciosas gastrointestinais que mata mais crianças do que a Síndrome da Imunodeficiência adquirida (SIDA), malária e sarampo juntos. Trata-se de um importante problema de saúde pública responsável pela morte de cerca de 800.000 crianças por ano. Representa 9% de todas as mortes entre crianças menores de cinco anos em nível mundial (THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; ZIPURSKY et al., 2013).

No Brasil, em 2014, as doenças infecciosas e parasitárias, causadoras da diarreia, foram a 4ª causa de óbitos em serviços de assistência à saúde, no grupo etário de 0 a 4 anos (BRASIL, 2014b). Essas doenças, frequentemente, resultam em hospitalização e risco de óbito, tendo como complicação a desidratação (MENDES et al., 2013).

Entre as populações que sofrem com as doenças diarreicas chama-nos a atenção a realidade vivenciada por crianças indígenas. Pesquisadores identificaram que entre as questões problemáticas vivenciadas por crianças indígenas e que levam a internação destacam-se as doenças do aparelho respiratório, as afecções originadas no período perinatal e às doenças infecciosas e parasitárias, como por exemplo, a doença diarreica (ORELLANA et al., 2007).

As doenças diarreicas representam um agravante para a saúde dos povos indígenas, pois em geral, estão em condições de exclusão social, desprovidos de benefícios do saneamento básico e do fornecimento de água potável que resulta na alta prevalência de infestações parasitárias, diarreia e desnutrição (ESCOBAR-PARDO et al., 2010).

Recentemente realizou-se uma pesquisa Nacional no Brasil, buscando informações relacionadas à doença diarreica, em 5.828 crianças indígenas. A prevalência da amostra em estudo revelou que 23,5% das crianças tiveram episódios de diarreia que duraram sete dias. A maior prevalência foi registrada na região Norte (38,1%), seguido pelo Centro-Oeste (21,2%), Nordeste (19,5%) e Sul / Sudeste (17,9%) (ESCOBAR et al., 2015).

Na prática verifico que a prevalência elevada pode ser potencializada na dificuldade do profissional de saúde abordar essa clientela que na maioria das

vezes, no caso dos residentes em aldeias possuem língua e cultura não conhecida por todos que trabalham com esses povos. Sendo os indígenas com formação na área da saúde em menor número e a saúde indígena nem sempre abordada nas instituições de ensino superior.

Na literatura os registros de saúde dos povos indígenas são escassos mundialmente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). Para confirmar essa escassez quando se trata da doença diarreica em crianças indígenas, na primeira etapa para definição da questão de pesquisa, foi realizada a busca nas bases de dados: *Web of Science* e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), com a finalidade de identificar estudos de revisão da literatura que tivessem como objetivo identificar as características epidemiológicas e as intervenções em saúde para prevenção primária e secundária da doença diarreica envolvendo crianças indígenas.

Entre as revisões identificadas apenas uma, abordou a doença diarreica em crianças indígenas, sua patogenicidade, prevenção e tratamento (GRIMWOOD; FORBES, 2009). Contudo, nenhuma analisou o escopo das publicações relacionadas a diarreia em crianças indígenas, com o foco nas características epidemiológicas e estratégias de prevenção.

Assim, o objetivo deste *scoping review* foi analisar as evidências científicas sobre a doença diarreica vivenciada por crianças indígenas e as estratégias que podem ser utilizadas para prevenir essa problemática. Diante disso, a questão norteadora do estudo foi: *quais as características epidemiológicas da doença diarreica em crianças indígenas e as intervenções em saúde utilizadas para prevenção primária e secundária em diferentes contextos geográficos?*

A publicação dos achados poderá incentivar melhorias no cuidado e maiores investimentos para o benefício da saúde da criança indígena, por meio de ações focadas nas políticas públicas específicas, para as necessidades desse grupo populacional, com vistas à redução da morbidade e mortalidade por doença diarreica.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- ✓ Analisar as evidências científicas sobre a doença diarreica vivenciada por crianças indígenas.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- ✓ Descrever as características epidemiológicas da doença diarreica em crianças indígenas, tais como a distribuição mundial e morbidade.
- ✓ Identificar os fatores causais da doença diarreica em crianças indígenas.
- ✓ Caracterizar as intervenções de saúde preconizadas para prevenção primária e secundária da doença diarreica em indígenas.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Saúde indígena no mundo

Uma definição oficial de "indígena" não foi criada pela Organização das Nações Unidas, devido à diversidade dos povos. Contudo, um entendimento moderno de "indígena" tem sido desenvolvido e inclui povos que demonstram continuidade histórica pré-colonial; têm sistemas sociais, econômicos ou políticos distintos; mantêm idiomas, culturas e crenças. Em algumas regiões são chamados de primeiros povos/nações ou indígenas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Existe uma estimativa de 370 milhões de indígenas que vivem em mais de 70 países e representam uma rica diversidade de culturas, religiões, tradições, línguas e histórias. Eles estão entre os grupos populacionais mais marginalizados do mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Na Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), os peritos observaram que 40% dos povos indígenas nas Américas, ainda não têm acesso a serviços de saúde convencionais, e os casos de mortalidade materna e infantil, desnutrição e doenças infecciosas são elevadas (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Os demais povos indígenas estão menos isolados e com doenças crônicas, fazem uso abusivo de drogas e álcool, suicídio, possuem infecções sexualmente transmissíveis e estão perdendo as práticas de saúde tradicionais (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2006). Colaborando com a temática, um estudo em uma reserva indígena, colombiana, demonstrou que as doenças crônicas possuem elevada frequência entre 15.000 índios adultos. As principais identificadas foram: diabetes (8%), dislipidemia (69%), com síndrome metabólica (5%), obesidade Central (89%) e sobrepeso (58%) (ARIAS et al., 2011).

Para garantir as práticas tradicionais de saúde indígena, o sistema de saúde colombiano, prevê o respeito pelo território, cultura e saúde dessas populações que são os pilares para os povos indígenas assumirem o verdadeiro exercício de seus direitos. Assim, para garantir o exercício do direito à saúde e o acesso a medicamentos, devem ser criadas estratégias eficazes que respeitem a diversidade

cultural e as concepções indígenas de saúde, levando em consideração os determinantes sociais da saúde de cada aldeia/tribo (PÁRAMO, 2012).

Na Bolívia entre as 36 etnias indígenas que vivem no país, 80% tem dificuldade para o acesso aos serviços de saúde. Além disso, esses grupos vulneráveis enfrentam sérias dificuldades em manter sua cultura, em face das demais na sociedade. Eles possuem limitações que se referem a cultura e aos hábitos da população e envolve a diminuição de cuidados de saúde (RAMIREZ, 2012).

A diarreia é uma das principais causas de morbidade e mortalidade nas comunidades indígenas rurais da África, particularmente em crianças com idade inferior a cinco anos. Nessas comunidades existe o interesse nas plantas medicinais indígenas, usadas desde os tempos pré-coloniais, para o tratamento e gestão de infecções diarreicas (NJUME; GODUKA, 2012).

Na Colômbia, diarreia, infecções respiratórias e parasitoses intestinais são as doenças infecciosas mais prevalentes nas populações indígenas (BOHÓRQUEZ et. al., 2012). Na Guatemala a diarreia também continua a ser doença comum, principalmente entre indígenas (TORRES et. al., 2015).

Em Uganda a doença gastrointestinal aguda, também é importante problema de saúde pública como demonstrou um estudo envolvendo 10 comunidades indígenas Batwa (n = 583 participantes) no qual a prevalência, dessa doença foi de 17% (CLARK et. al., 2014). Nesse contexto o acesso ao serviço de saúde é essencial para que seja abordada a temática no que diz respeito a prevenção e tratamento adequado a cada caso.

No Brasil, um estudo realizado com o objetivo de determinar a prevalência de parasitos intestinais, na etnia Maxakali em Minas Gerais, demonstrou que a prevalência de parasitoses foi de 89,5% e do poliparasitismo 46%. Os microrganismos mais prevalentes foram: *Entamoeba histolytica* (48,9%), *Giardia duodenalis* (32%), *Entamoeba coli* (40,8%), *Endolimax nana* (10,3%), ancilostomídeos (37,9%), *Schistosoma mansoni* (23,7%), *Hymenolepis nana* (18,6%), *Strongyloides stercoralis* (5,4%), *Ascaris lumbricoides* (4,9%) e *Trichuris trichiura* (0,5%) (ASSIS et al., 2013). A maioria desses enteroparasitas pode causar a doença diarreica.

### 3.2 Saúde indígena no Brasil

Falar em índios, no Brasil, significa mencionar uma diversidade de povos, habitantes originários das terras de seu país de origem. Esses povos representam a continuidade histórica de sociedades pré-coloniais, com estreita vinculação no território; com sistemas sociais, econômicos e políticos bem definidos; com língua, cultura e crenças próprias e identidade diferente da Nacional (BRASIL, 2006).

Os povos indígenas do Brasil resultam de complexa trajetória histórica, com grandes atrasos em relação aos avanços sociais do país, principalmente nos campos da saúde. Em geral, as aldeias possuem deficientes condições de saneamento, com elevada prevalência de desnutrição crônica, anemia, diarreia e infecções respiratórias agudas nas crianças (COIMBRA JR, 2014).

No território brasileiro habitavam pelo menos cinco milhões de indígenas, por ocasião da chegada de Pedro Álvares Cabral, no ano de 1500. Em 2006, o contingente populacional estava reduzido a pouco mais de 700.000 pessoas (BRASIL, 2006).

Várias tragédias ocasionadas pelos colonizadores aconteceram na vida dos povos originários do Brasil, tais como a escravidão, as guerras, as doenças, os massacres, os genocídios, os etnocídios e outros males de saúde, que por pouco, não eliminaram por completo os seus habitantes. Assim, os povos indígenas brasileiros de hoje são sobreviventes e resistentes da história de colonização, em franca recuperação do orgulho e da autoestima, com o desafio de buscar consolidar um espaço digno na história do país (BRASIL, 2006).

Antes de 1910, a saúde indígena recebia pouca atenção governamental e com o objetivo de cuidar dos interesses indígenas, foi criado o Serviço de Proteção aos Índios (SPI). Contudo, a grave condição sanitária e as fragilidades do SPI para lidar com os problemas foram revelados nos documentos e relatórios dos postos indígenas da época. Verificava-se a presença constante de epidemias, a exemplo de surtos de sarampo e gripe. As grandes dificuldades eram as distâncias geográficas, as dificuldades de acesso às equipes do SPI, em conjunto com a falta de estrutura, para a assistência sanitária nos postos de atendimento e a ausência de pessoal qualificado para a atenção à saúde (BRITO; LIMA, 2013).

Ainda no que se refere à saúde, Herbert Serpa, diretor da Seção de Estudos do SPI de 1944 a 1951, realizou a estruturação de um plano para a criação de um serviço médico-sanitário, com o papel de problematizar e formular políticas públicas, relacionadas à saúde indígena. Assim, ele descobriu e apontou os efeitos da diminuição populacional, motivada pela contaminação por doenças transmissíveis, o impacto na estrutura familiar e o sistema de parentesco, indicando forte afinidade entre a saúde e a organização social dos indígenas (BRITO; LIMA, 2013). Contudo, com o passar do tempo o SPI, que era a princípio para estudar e cuidar da saúde indígena foi utilizado por seus funcionários para atingir e agredir a saúde física e mental dos mesmos com violência física e ameaças (BRASIL, 2015a).

No tempo da ditadura militar, também chamado de anos de chumbo, o país vivia segundo a ordem do terror, na qual romper o silêncio poderia significar uma sentença de morte. Além disso, os Estados Unidos impôs uma Doutrina da Segurança Nacional a todos os países da América Latina, fato que justificava a tortura e morte dos filhos da pátria na ditadura brasileira (CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO, 2012).

Assim, existiram violações severas de direitos humanos cometidas contra indígenas durante a ditadura militar. Nas investigações, um relatório foi elaborado pelo procurador Jader de Figueiredo Correia, entre os anos de 1967 e 1968. Esse relatório apurou denúncias de crimes do período em todo o país, principalmente por latifundiários e funcionários do SPI. Depois de 45 anos desaparecido, supostamente eliminado em um incêndio no Ministério da Agricultura, o relatório foi encontrado no Museu do Índio, no Rio de Janeiro, em 2013. Nele estão denúncias de caçadas humanas a indígenas, com metralhadoras e dinamites atiradas de aviões, inoculações propositalmente de varíola, em povoados isolados e doações de açúcar misturado a estricnina. O texto está na Comissão da Verdade, que apura violações de direitos humanos cometidas contra os índios entre 1946 e 1988 (BRASIL, 2015a).

A maioria dos povos indígenas vitimados, neste período, apresentou danos físicos e mentais, causados por funcionários da Guarda Rural Indígena. Esse fato foi documentado em diversas fotografias, inclusive uma das quais mostra um índio dependurado, em um pau de arara sendo exibido às autoridades (BRASIL, 2014c).

Atualmente, observa-se que os indígenas que sobreviveram ao massacre da ditadura militar estão tentando se integrar à sociedade imposta. Graças à sua grande

capacidade de resistência, a luta e organização, conseguiram expulsar, de uma vez por todas, a ameaça da extinção (CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO, 2012). Diante dos casos, o SPI que era ligado ao Ministério do Interior e funcionou até 1967, foi substituído pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI) (BRASIL, 2015a), fato que veio para mudar a história e reverter o sofrimento anterior. Cabe a FUNAI o cuidado com as atividades desenvolvidas nas terras indígenas.

Atualmente, cabe à FUNAI promover estudos de identificação e delimitação, demarcação, regularização fundiária e registro das terras tradicionalmente ocupadas pelos povos indígenas, além de monitorar e fiscalizá-las. A FUNAI também coordena e implementa as políticas de proteção aos povos isolados e recém-contatados. Além de ser seu papel promover políticas voltadas ao desenvolvimento sustentável, a articulação interinstitucional voltada à garantia do acesso diferenciado aos direitos sociais e de cidadania aos povos indígenas, por meio do monitoramento das políticas voltadas à seguridade social e educação escolar indígena (BRASIL, 2017).

Voltando a história, para amenizar os danos passados, foi necessário realizar investigações e ações que, até hoje, são implantadas, como a apuração dos crimes e a tentativa de inserir a temática na grade curricular de ensino, por meio do Ministério da Educação (BRASIL, 2014c).

Em 1991 a responsabilidade pela gestão da saúde indígena passou a ser da competência da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), órgão ligado ao Ministério da Saúde (MS) e responsável por estruturar e operacionalizar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, por meio da Atenção Básica aos índios brasileiros. Apenas em 1999, foi organizada a implantação de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que planejam e efetuam os “serviços de atenção integral à saúde” (VIEIRA et al., 2013), cada um na sua região e etnia.

Deste modo, o MS, por meio da FUNASA, articulado ao Sistema Único de Saúde, dentro da sua finalidade, estruturou as ações de saneamento ambiental e a atenção integral à saúde indígena, promovendo a saúde pública e a inclusão social, com excelência de gestão e em concordância com as metas de desenvolvimento do milênio. Sendo assim, coordena objetivando a implantação de obras que contribuam para impactar indicadores de saúde, como a detecção/infestação de vetores da dengue, doença de Chagas, malária e mortalidade proporcional por diarreia, em menores de um ano (BRASIL, 2009).

De acordo com o decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999 (BRASIL, 1999), as condições para os cuidados à saúde dos povos indígenas é dever da União e seguirão as mesmas diretrizes e leis das ações de saúde voltados as pessoas não indígenas. E essa ação efetivar-se-á, progressivamente, por intermédio dos Distritos Sanitários Especiais de saúde Indígena (BRASIL, 1999).

Neste contexto, a FUNAI tinha por finalidade, apoiar e acompanhar o Ministério da Saúde (MS) e a Fundação Nacional de Saúde, nas ações e serviços destinados à atenção à saúde dos povos indígenas (BRASIL, 2002). Para o melhoramento das condições de saúde indígena, conferências foram realizadas, foram criadas políticas e portarias.

Entre elas, houve a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada pela portaria (PRT), PRT/MS Nº 254, em 5 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2003). A política preconiza manter a atenção voltada a proteção, a promoção e a recuperação da saúde, com serviços de saúde nas terras indígenas, respeitando as diferenças culturais, as características epidemiológicas e operacionais das estratégias de saúde elaboradas, especificamente pensando nos povos indígenas (BRASIL, 2003).

Para debater a questão indígena, foram realizadas quatro conferências nacionais de saúde. A primeira em 1986, denominada de “I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio”. Essa conferência teve por princípio o reconhecimento dos saberes tradicionais relacionados à saúde. Em 1993, ocorreu a “II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas” que resultou na criação do modelo dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Após realizou-se a “III Conferência Nacional de Saúde Indígena”, em 2001, que analisou os obstáculos e avanços do Sistema Único de Saúde (SUS), na implantação dos DSEIs e, por último, a “IV Conferência Nacional de Saúde Indígena”, em 2006, que mesmo com críticas, enfatizou a carência de respeito às práticas tradicionais de cura. Apesar das dificuldades, essas conferências organizaram a base para a estruturação de um modelo de atenção diferenciada (VIEIRA et al., 2013).

Além disso, novas discussões foram levantadas, e em 2010, criou-se uma secretaria ligada diretamente ao Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Essa secretaria passou a coordenar e avaliar as ações de atenção à saúde, no âmbito do Subsistema de Saúde Indígena. Em decorrência das

mudanças ocorridas, a FUNASA teve até dezembro de 2011 para efetivar a transição da gestão para o Ministério da Saúde (VIEIRA et al., 2013).

Com a visão de que para a continuidade da atenção à saúde continue eficaz e melhore os conhecimentos tradicionais indígenas de saúde, que tem por princípio a harmonia dos indivíduos, famílias e comunidades, com o universo que os cerca; devem ser respeitados por todos os profissionais de saúde, independente de lidarem diretamente ou não com esses povos (VIEIRA et al., 2013).

Atualmente a saúde indígena é abordada em seus respectivos distritos cada um em sua região (ocupação geográfica da etnia), dentro do Estado, e o DSEI é a unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Trata-se de um modelo com organização de serviços, sendo orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, contemplando um conjunto de atividades técnicas, visando medidas qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde. Existem no Brasil, 34 DSEIs divididos por critérios territoriais, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas. Além dos DSEIs, a estrutura de atendimento conta com Unidades de saúde, com os Polos base e a Casa de Apoio à Saúde Índio (Casai) (BRASIL, 2014a):

Figura 1 - Distrito Sanitário Especial Indígena, no Brasil.



Fonte: BRASIL, 2014a.

Apesar da existência de toda essa estrutura, ainda se fazem indispensáveis políticas públicas transparentes e reguladas socialmente que tenham por prioridade a redução das diferenças sociais, que viabilizem medidas sanitárias coletivas, estruturam os serviços de saúde, capacitem recursos humanos para atender essa clientela diferenciada, estimulem e financiem a pesquisa em diagnóstico local de saúde, com prevenção e tratamento adequado (MENDES et al., 2013).

### **3.3 Epidemiologia das doenças diarreicas**

#### **3.3.1 Contexto brasileiro**

O evento da diarreia é definido pela suscetibilidade da criança à exposição aos enteropatógenos, condicionados ao não acesso a água tratada, saneamento ambiental e estado nutricional infantil (MENEGUESSI et al., 2015).

Globalmente, cerca de 88% das mortes por diarreia são atribuídas à má qualidade da água, saneamento inadequado e falta de higiene. Verificou-se que em 2006, 2,5 bilhões de pessoas não tinham acesso a instalações sanitárias adequadas e, aproximadamente, uma em cada quatro pessoas, nos países em desenvolvimento já defecaram ao ar livre (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009), fato não diferente do que ocorre nas aldeias brasileiras (MENDES et al., 2013).

Além disso, no Brasil, no ano de 2009, o percentual de óbitos por doença diarreica aguda, em menores de 5 anos foi de 2,5%, com uma elevação comparada a nacional para a região Centro Oeste, com percentual de 3,5%. Ao observar os demais estados verificou-se 0,3% para o Distrito Federal, seguido de 0,8% em Goiás, 3,6% em Mato Grosso e 8,1% no Mato Grosso do Sul (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA, 2010).

Ainda existem cidades brasileiras que não dão destino adequado para seus resíduos, e ainda, existem pessoas com hábitos de higiene inadequados, favorecendo a doença diarreica. A internação média por diarreia (CID A09), entre menores de um ano no Nordeste foi de 10,2%; no Norte, 9,8%; no Sudeste, 4,0%; no Centro-Oeste, 5,4%; e no Sul, 2,2%, entre 2000 e 2010 (MENDES et al., 2013).

Deste modo, é cabível afirmar que os índices atuais de mortalidade relacionados à doença diarreica no Brasil, são inaceitáveis. Além disso, a

heterogeneidade regional dos coeficientes de mortalidade por diarreia descritos refletem a desigualdade socioeconômica e cultural, assim como a dificuldade de acesso à saúde (MENDES et al., 2013).

Em uma pesquisa que analisou as amostras de fezes de 100 crianças matriculadas em uma creche de São Paulo, 246 bactérias foram isoladas em 99% das amostras de fezes, destas 129 eram diarreicas e 117 não diarreicas. Os agentes etiológicos causadores da diarreia foram atribuídos a *Escherichia coli* (n= 108), *Enterobacter* (n=19) e *Alcaligenes* (n=1) e uma de *Proteus*. Além disso, identificou-se 14 casos de colonização mista com *Enterobacter* e *E. coli*. Norovírus e Astrovírus foram detectados em crianças com sinais sugestivos de diarreia. Todas as amostras fecais estavam negativas para as espécies de Rotavírus A e C (CASTRO et al., 2015).

Foi desenvolvido um estudo que objetivou descrever a morbimortalidade das doenças diarreicas nos menores de 10 anos de idade residentes no Distrito Federal, Brasil, de 2003 a 2012. Nesse estudo foram contabilizados 558.737 casos de diarreia, com maior incidência entre menores de 1 ano (32,3 casos/100 crianças em 2003). Após a implantação da vacina contra rotavírus em 2006 reduziram-se as taxas de hospitalização (de 6,5 para 3,0 internações/1000 crianças), mortalidade (de 4,5 para 1,5 óbitos/100 mil crianças) e letalidade hospitalar (de 0,70 para 0,49/100 crianças). Ficou evidente a redução de morbimortalidade por diarreia, principalmente nos menores de 1 ano (MENEGUESSI et al., 2015).

### 3.3.2 No contexto indígena

De acordo com resultados do Censo Demográfico, realizado em 2010, a população brasileira é formada por 817.963 indígenas, dos quais 502.783 vivem na zona rural e 315.180 habitam as zonas urbanas brasileiras (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015; BRASIL, 2015b).

Quando se trata do universo indígena e de crianças que vivem em terras indígenas dispersas pelo Brasil, havia 87.688 com idade entre 0 e 4 anos, 83.688 de 5 a 9 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Diferenças na mortalidade infantil entre as populações indígenas e não indígenas refletem as desigualdades sociais entre os grupos, isso em nível internacional. Verifica-se que a maioria das causas generalizadas de mortalidade entre crianças indígenas são devidas a causas evitáveis, como a diarreia e as infecções parasitárias (UNITED NATIONS, 2014).

No Brasil contemporâneo, entre 2008-2009, quase um quarto das crianças indígenas tiveram diarreia (em uma amostra de 5.828 crianças) (ESCOBAR et al., 2015).

Um estudo brasileiro mostrando as causas de morte entre os Xavantes no pólo-base de Paranatinga, terras indígenas pertencentes ao Sangradouro-Volta Grande, identificou que nessa região a doença diarreica foi responsável por 12,5% dos óbitos, o que foi atribuído pelos pesquisadores as precárias condições sanitárias precárias das aldeias (COIMBRA JR.; SANTOS; ESCOBAR, 2005).

Além disso, seus hábitos culturais, e de higiene favorecem a ocorrência de altas taxas de parasitoses intestinais, responsáveis pela doença diarreica. A prevalência da parasitose intestinal foi avaliada por meio de exame topoparasitológico em crianças de 2 a 9 anos, de seis aldeias indígenas do Médio e Baixo Xingu, localizadas em Mato Grosso. Entre esses indivíduos a presença de parasitas, foi diagnosticada em 97,5% (198/202) e 96,1% (98/102) na primeira e segunda coleta respectivamente (ESCOBAR-PARDO et al., 2010).

Qualquer que seja análise precisa levar em consideração a enorme diversidade social existentes, devido as trajetórias sociais, históricas e políticas particulares. Os indígenas em particular estão atravessando um complexo processo de transição epidemiológica, no qual, as doenças infecciosas e parasitárias persistem como importantes causas de óbitos (SOUZA et al., 2010), devem ser estudadas e trabalhadas no âmbito primário e secundário.

## 4 MÉTODO

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um *scoping review* conduzido segundo os pressupostos metodológicos de Arksey e O'Malley (2005) com as recomendações de Levac, Colquhoun e O'Brien (2010).

As etapas metodológicas do estudo foram: identificação da questão da pesquisa; identificação dos estudos relevantes; seleção dos estudos; mapeamento dos dados e o confronto, resumo e relato dos resultados (ARKSEY; O'MALLEY, 2005; LEVAC; COLQUHOUN; O'BRIEN, 2010).

### 4.2 Identificação da questão norteadora

Para uma revisão de escopo a questão norteadora da pesquisa precisa ser ampla e com critérios de inclusão pouco restrito. Assim, para elaborar a questão norteadora foi utilizada a estratégia PCC em que "P" refere-se à população do estudo, "C" ao conceito e o "C" ao contexto (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2015), e chegou-se a seguinte estrutura:

P (População) = crianças indígenas;

C (Conceito) = características epidemiológicas e estratégias de prevenção das doenças diarreicas;

C (Contexto) = Diferentes contextos geográficos e cuidados de saúde.

Portanto, a questão norteadora do estudo foi: quais as características epidemiológicas da doença diarreica em crianças indígenas e as intervenções em saúde utilizadas para a prevenção primária e secundária em diferentes contextos geográficos?

### 4.3 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram:

- a. **Tipo de participantes:** foram incluídos estudos com crianças indígenas de 0 a 10 anos, faixa etária definida pela Organização Mundial da saúde para crianças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).
- b. **Tipos de conceito:** considerou-se estudos com ênfase nas características epidemiológicas e/ou no processo de implementação de intervenções relacionadas à prevenção primária (prevenção da doença) e secundária (prevenção de recorrências, exacerbações ou complicações advindas do tratamento) da doença diarreica em indígenas.
- c. **Contexto:** estudos desenvolvidos em diferentes contextos geográficos e culturais do universo indígena.
- d. **Tipos de estudo:** Todos os estudos de métodos qualitativos, quantitativos e mistos foram considerados para a inclusão. Trabalhos originais, publicados em periódicos com *peer-review*, em português, inglês e espanhol, publicados entre janeiro de 2006 e junho de 2016. Foram analisados estudos com delineamento epidemiológico ou não, do tipo ensaios clínicos randomizados, ensaios não-randomizados controlados, quasi-experimental do tipo antes e depois, estudos prospectivos e retrospectivos de coorte, estudos de caso-controle e estudos transversais. Também foram analisados artigos teóricos e conceituais e editoriais, presentes nas bases de dados utilizadas. Foi analisada a literatura cinzenta, como por exemplo, teses e dissertação.

Os critérios de exclusão foram:

- a. Estudos que constavam apenas os resumos nas bases de dados e que não puderam ser adquiridos por comutação.

#### **4.4 Busca sistematizada e seleção de estudos relevantes**

A fim de garantir a abrangência própria do *scoping review*, na coleta de dados utilizaram-se três etapas.

Na primeira etapa, foi implementada a busca exploratória inicial no MEDLINE e LILACS, com objetivo de elaborar a lista de descritores controlados e não-controlados a partir da identificação das palavras contidas nos títulos, resumos e descritores usados nos artigos identificados. Essa estratégia é recomendada para elencar uma lista de termos que foi discutida com a equipe, com o objetivo de direcionar a busca dos descritores controlados e não-controlados de modo a ampliar o escopo da busca sistematizada.

Foram utilizados os descritores controlados do *Medical Subject Headings (MeSH)*: *Indigenous population*; *Child*; *Diarrhea*; *Dysentery*; *Epidemiology*; *Prevention, primary*; e os descritores não controlados: *Characteristic, epidemiologic study*; *Children*.

Na segunda etapa, procedeu-se a busca sistematizada da literatura científica nas seguintes bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *US National Library of Medicine Institute of Health (PubMed)* e *Web of Science*. Também foi implementada a busca de literatura cinzenta a partir do Google Scholar e no banco teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, mas nessa literatura cinzenta não encontrou-se pesquisas dentro dos critérios de elegibilidade deste estudo. Essa etapa ocorreu no período de 23 de abril a 29 de junho de 2016 (Apêndice A).

Foram elaboradas várias estratégias de busca, mas sete estratégias (combinações) foram eficazes, por meio da utilização dos operadores booleanos lógicos, AND e OR (Quadro 1).

**Quadro 1- Estratégia de busca utilizada nas bases de dados PubMed, Web Of Science e LILACS, com os descritores controlados e não controlados, entre abril e junho de 2016.**

<b>Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde</b>
(tw:(Indigenous population)) AND (tw:(Child)) AND (tw:(Diarrhea))
tw:(Indigenous population)) AND (tw:(Child)) AND (tw:(Diarrhea)) AND (tw:(Epidemiology))
<b>US National Library of Medicine Institute of Health</b>
((indigenous population[MeSH Terms]) AND child[MeSH Terms]) AND diarrhea[MeSH Terms]
(((((indigenous population[MeSH Terms]) AND child[MeSH Terms]) AND diarrhea[MeSH Terms]) OR dysentery[MeSH Terms]) AND characteristic, epidemiologic study[MeSH Terms]) AND prevention, primary[MeSH Terms]

((indigenous population[MeSH Terms]) AND child[MeSH Terms]) AND dysentery[MeSH Terms]
<b>Web of Science</b>
("Indigenous population" AND Children) AND (Diarrhea OR Dysentery)
("Indigenous population" AND Children) AND (Diarrhea OR (Dysentery) AND (epidemiology))

Fonte: elaborado pela autora.

Na terceira etapa, a equipe de pesquisa (mestranda, orientador e co-orientadora), avaliaram de forma independente a lista das referências selecionadas e definiram sua pertinência para o estudo mediante a aplicação dos critérios de elegibilidade relacionados aos quatro conceitos principais: doença diarreica, criança indígena, epidemiologia e prevenção primária/secundária. Nessa etapa também foi implementada a busca secundária por meio da técnica de técnica de *reference tracking* e novos estudos foram incluídos na amostra.

Na quarta etapa mediante a leitura crítica de todos os artigos identificados os pesquisadores definiram sua inclusão definitiva no estudo. Todos os artigos incluídos foram então exportados para um banco de dados elaborado no programa Microsoft Excel 2010.

A seleção dos estudos deu-se inicialmente com a elaboração da estratégia de busca, seguida da identificação e seleção preliminar das pesquisas, exclusão com leitura do título e resumo (temática e faixa etária), retirada dos repetidos entre as estratégias de busca, exclusão com análise do texto na íntegra, após a técnica *reference tracking*, retirada de repetidos e amostra final.

#### **4.5 Avaliação da qualidade metodológica**

Com a finalidade de avaliar sistematicamente a amplitude do assunto na literatura em uma área de pesquisa particular (BRIEN et al., 2010), não foi avaliada a qualidade metodológica dos estudos.

#### **4.6 Mapeamento dos dados**

Na análise de dados foi realizada a leitura e o mapeamento dos artigos. Para cada estudo foi preenchido um roteiro de coleta de dados (APÊNDICE B), com

informações de identificação do artigo (ano de publicação, país de publicação, tipo de pesquisa e área do conhecimento), com informações de caracterização do conteúdo; objetivos dos trabalhos; população de estudo e tamanho da amostra (se aplicável); metodologia; tipo de intervenção; resultados e as principais conclusões (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2015).

#### **4.7 Comparação, resumo e relato dos resultados**

Elaborou-se um quadro analítico e temático do *Scoping Review*. Os resultados extraídos foram classificados sob principais categorias conceituais, de acordo com os objetivos e focos das avaliações, tais como: tipo de intervenção; população do estudo; objetivos; metodologias adotadas; principais conclusões; e lacunas na investigação (PETERS et al., 2015).

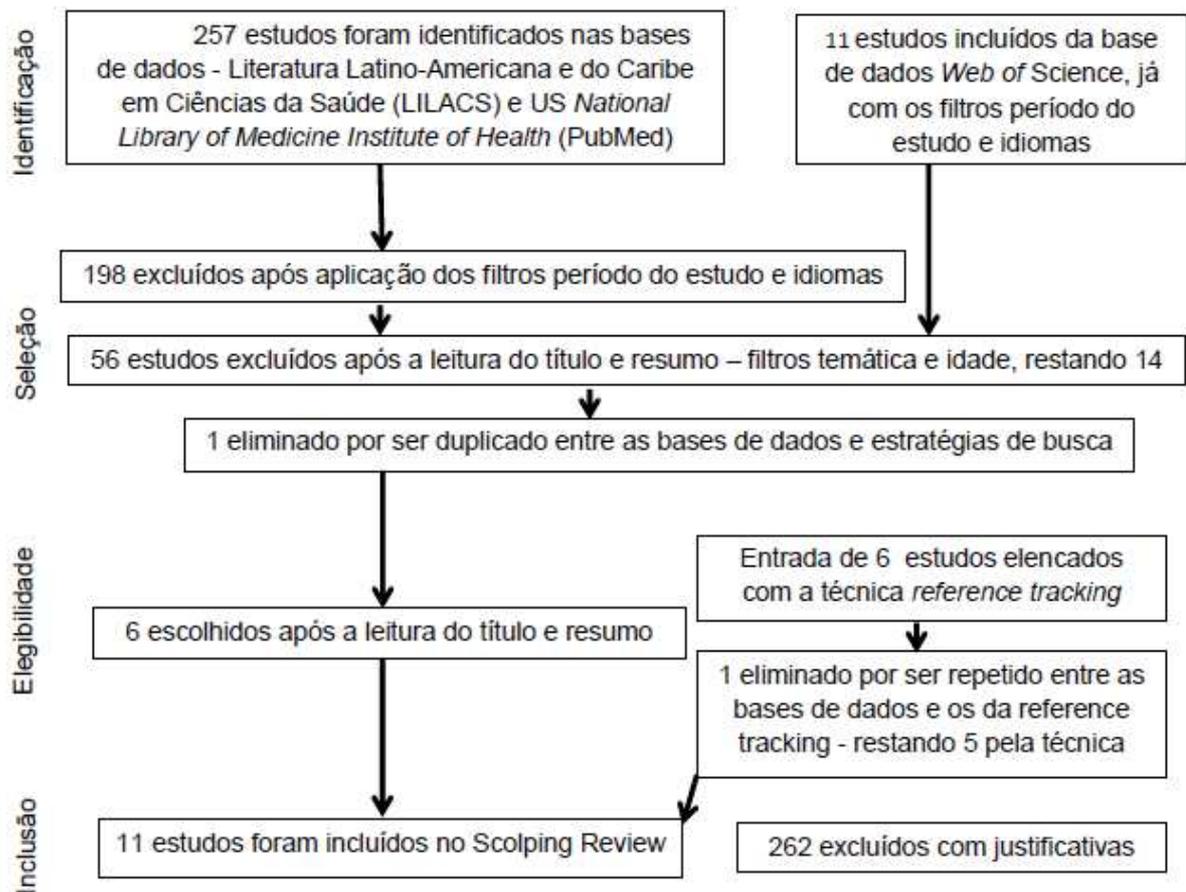
A análise dos dados foi realizada incorporando um resumo, a organização numérica (em gráfico, quadro e fluxograma) e análise temática qualitativa. Foram também relatados os achados relacionados às características epidemiológicas da doença diarreica em crianças indígenas e as estratégias para sua prevenção, identificando as implicações para elaboração de políticas públicas, prática ou pesquisa.

A pesquisa considerou o significado dos achados, relacionou com o objetivo geral do estudo e elaborou sugestões para outras pesquisas (LEVAC et al., 2010). Diante disso, discutiram-se os resultados apresentados na fase de mapeamento no contexto da literatura atual (PETERS et al., 2015), ou seja, de modo a obter estratégias eficazes, para auxiliar na prevenção da doença diarreica em crianças indígenas e identifique lacunas para a investigação.

## 5 RESULTADOS

Por meio da busca sistematizada foram identificados, inicialmente, 268 estudos e após a aplicação dos critérios de inclusão, exclusão e da técnica *reference tracking*, compuseram a amostra final onze artigos (Figura 3).

Figura 2 – Fluxograma da busca e seleção de artigos (baseado em: PRIHODOVA; GUERIN; KERNOHAN, 2015).



Fonte: elaborado pela autora.

Os onze artigos analisados foram publicados entre os anos de 2007 e 2015. Entre essas pesquisas, quatro eram da Austrália (36,36%), quatro do Brasil (36,36%), uma da Guatemala (9,09%), uma dos Estados Unidos (9,09%) e uma do Panamá (9,09%).

Quanto ao método, identificaram-se dois estudos do tipo caso-controle (18,18%), dois abordando um inquérito nacional de saúde nutrição indígena (18,18%), uma revisão sistemática (9,09%), uma revisão da literatura descritiva (9,09%), três

pesquisas quantitativas descritivas (27.27%), um relatório de uma investigação da saúde infantil realizado no Panamá (9,09%) e uma pesquisa etnográfica (9,09%). Percebeu-se que a maioria dos estudos utilizou a abordagem quantitativa.

Os periódicos que publicaram pesquisas sobre a criança indígena e a doença diarreica foram o *BioMed Central Public (Health BMC Public Health)* (três publicações), com pesquisas dos Estados Unidos, Brasil e Austrália; as demais revistas tiveram uma publicação cada sendo elas, o *Journal of Transcultural Nursing*, *Pediatric Clinics of North America*, *Plos One*, *Pediatrics April*, *Clinical Infectious Diseases*, *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, e *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*.

Evidenciou-se a escassez de estudo que apresentam as características epidemiológicas das doenças diarreicas em crianças indígenas e muitos dos artigos analisados apresentavam esse aspecto, mas com foco não somente na doença diarreica, mas também em outras morbidades.

No quadro 2 está descrita a síntese dos resultados identificados nos artigos analisados.

Quadro 2 - Caracterização dos artigos incluídos no *scoping review*.

Estudo	Local	Objetivo	Amostra	Resultado
ESCOBAR et al., 2015	Brasil	Analisar a prevalência de diarreia e fatores associados	Com 5.828 crianças, todas <5 anos, no Inquérito nacional de saúde nutrição indígena	O maior risco de diarreia foi entre: crianças mais novas; escolaridade materna e status socioeconômico menor, desnutridas; presença de outra criança com diarreia na família, vivendo em casa de madeira com sujeira; sem água potável, tratamento de resíduos humanos e domésticos
GROSSMANN et al., 2015	Guatemala	Comparar o uso de zinco e vitaminas (associação com a doença diarreica, peso e crescimento)	Crianças indígenas de 6 meses a 5 anos (65, sendo 35 na Vila A e 30 na Vila B)	O tratamento de patologia previa, com a posterior orientação e suplementação com zinco e vitaminas, foi eficaz na prevenção da doença diarreica.
KEARMS et al., 2013	Austrália	Analisar as apresentações de doenças infecciosas em crianças indígenas	320 Crianças consultadas no Serviço Primário de Saúde, 1 vez em cada faixa: 0-3, 3-6, 6-9 e 9-12 meses	As doenças infecciosas na infância da criança indígena residentes em comunidades remotas são fortemente ligadas à pobreza, más condições de vida e superlotação no domicílio
COIMBRA JR et al., 2013	Brasil	Caracterizar o estado nutricional de crianças indígenas	Com 5.828 crianças, todas <5 anos, no Inquérito nacional de saúde nutrição indígena	Com pelo menos uma hospitalização devido a diarreia foram 37,2% (12 meses anteriores). Entre os pesquisados 19,4% defecaram em instalações dentro de suas casas, 49,5% ao ar livre, por exemplo, "esgotos" e 30,6% em campo aberto; 79% descartavam o lixo doméstico na aldeia (enterrando/queimando/no peridomicílio)
HALPENNY et al., 2012	Panamá	Analisar a infecção intestinal, diarreia, raquitismo, densidade familiar e o grau de pobreza	373 crianças indígenas <5 anos de idade	A diarreia ocorreu com maior frequência onde, 91% das casas tinha chão de terra, latrinas foram encontradas em 31% dos domicílios, mas apenas 11% das crianças as utilizaram. Em vez disso, 45% defecavam em bosques com riachos próximos e 28% no quintal. A água canalizada estava disponível a 35% dos lares e em 65% a água era de fontes naturais como riachos
DESAI et al., 2012	Estados Unidos	Avaliar o impacto da vacina Rotavírus em crianças indígenas	6305 hospitalizações e 272 440 atendimentos ambulatoriais (<5 anos)	A diarreia média anual pré-vacina associada as hospitalização foi de 63 por 10 000 pessoas, e diminuiu para 39, 31 e 27 por 10 000 em 2008, 2009 e 2010, respectivamente após a vacinação
SNELLING et al., 2009	Austrália	Avaliar a eficácia da vacina Rotavírus onde a cobertura vacinal é parcial	173 Crianças indígenas de até 5 anos, internadas durante o surto	A vacina foi eficaz para a prevenção da doença diarreica em 84,5% das crianças indígenas vacinadas, contra casos confirmados de diarreia
GRIMWOOD; FORBES, 2009	Austrália	Mostrar a diarreia em crianças indígenas (Tratamento, fatores causais e prevenção)	Revisão narrativa – não menciona o número de estudos analisados	Para a prevenção primária ressaltou políticas sociais e educacionais para permitir a participação da comunidade indígena na tomada de decisão
ADORNO; PÍCOLI, 2008	Brasil	Caracterizar as práticas de saúde utilizadas no enfrentamento da diarreia na infância	Com os familiares de 800 crianças Kaiowá e Guarani	Para os indígenas a diarreia na infância deve ser tratada com remédios do mato, sendo para alguns uma perda de tempo procurar o serviço de saúde. Foi Verificado apenas o uso da terapia de reidratação oral, como tratamento, talvez por se assemelhar com chás
MCDONALD et al., 2008	Austrália	Mostrar a melhoria da higiene na redução das doenças de pele, diarreicas e respiratórias	Revisão Sistemática da literatura que incluiu 19 estudos abordando a doença diarreica em crianças indígenas	Podem ser utilizados na prevenção primária, a higienização corporal, doméstica e o controle de animais
ORELLANA et al., 2007	Brasil	Analisar o perfil de morbidade hospitalar de crianças indígenas no Sistema Único de Saúde	380 registros de internação hospitalar de indígenas menores de 10 anos	35% com doenças infecciosas e parasitárias, destas às diarreias e gastroenterites (91,7%), oscilando entre 84,6% (5 - 9 anos) a 93,8% (menores de dois anos)

Fonte: elaborado pela autora

## 5.1 Características epidemiológicas da doença diarreica em crianças indígenas

Entre os estudos que analisaram as características epidemiológicas da doença diarreica em crianças indígenas no mundo, identificamos dois estudos que abordaram uma pesquisa realizada no Brasil em 2008 e 2009, em que foi realizado o Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, com 6.128 crianças indígenas (COIMBRA JR et al., 2013; ESCOBAR et al., 2015).

Nesse primeiro Inquérito Nacional, as informações sobre a doença diarreica foram obtidas em uma amostra de 5.828 crianças indígenas (95,1% do total da amostra – n: 6.128). No que diz respeito à morbidade durante a semana anterior, cerca de uma em cada quatro crianças (23,6%) apresentaram diarreia (COIMBRA JR et al., 2013). Os resultados da Pesquisa Nacional demonstraram que a diarreia é uma doença relevante para a população das crianças indígenas no Brasil (ESCOBAR, et. Al., 2015).

Na Austrália, a consulta em um Centro de Saúde durante o primeiro ano de vida de uma coorte de 320 crianças vivendo em uma das cinco comunidades aborígenes remotas em terra Leste Arnhem, teve 247 (77.2%) casos de diarreia e entre essas, 74 crianças com mais de uma apresentação da patologia no primeiro ano de vida (KEARMS et. al. 2013).

A diarreia infantil foi associada com o baixo nível econômico, a qualidade da água, a defecação no quintal, o não higienizar as mãos com sabão antes de comer e a falta de higiene no geral e a falta do saneamento (HALPENNY et. al., 2012).

Apesar das melhorias recentes, as taxas de hospitalização por diarreia infecciosa, em crianças indígenas permanecem mais elevadas do que em outras crianças (crianças indígenas são socialmente desfavorecidas). Isto é particularmente verdadeiro para crianças aborígenes australianas, em que os padrões de doença se assemelham aos observados em países, onde há má higiene e superlotação. As condições ambientais das crianças indígenas contribuem para as altas taxas de infecção e lesão da mucosa intestinal, levando à desnutrição, comprometimento do crescimento e comprometimento da função intelectual (GRIMWOOD; FORBES, 2009).

O perfil de morbidade hospitalar evidencia não somente a precariedade das suas condições de saúde, como também problemas estruturais no que tange às

ações de Atenção Básica. Recomenda-se a realização de estudos que visem aprofundar aspectos epidemiológicos relacionados às internações hospitalares em populações indígenas, fundamentais para o desenvolvimento de ações de saúde mais adequadas (ORELLANA et. al., 2007). Sabe-se que a alta carga de infecção vivenciada por crianças que vivem em comunidades indígenas remotas indica que mais estudos precisam ser desenvolvidos nessa área (MCDONALD et al., 2008).

## **5.2 Estratégias de prevenção primária e secundária da doença diarreica em crianças indígenas**

Entre as estratégias de prevenção da doença diarreica em crianças indígenas foram descritas a suplementação alimentar com zinco e vitaminas (GROSSMANN, et. Al., 2015); a vacinação contra Rotavírus (DESAI, ET. AL., 2012; SNELLING, et. Al., 2009; MCDONALD, et. Al. 2008); melhorias no saneamento básico, uso de água potável e formação dos trabalhadores de saúde (ESCOBAR, et. Al., 2015); a higienização das mãos, rosto, louças usadas nas refeições e domicílio; a utilização dos penicos; o controle de animais; a limpeza de latrinas; o uso de Inseticida para eliminar as moscas (MCDONALD, et. Al. 2008) e a criação de políticas sociais e educacionais para permitir a participação da comunidade indígena na tomada de decisão (GRIMWOOD; FORBES, 2009).

Na prevenção secundária, notou-se, o uso de soluções de reidratação oral, alimentação adequada, prescrição de antimicrobianos; a reposição de fluidos intravenosos com a verificação da glicemia e eletrólitos (GRIMWOOD; FORBES, 2009). Além disso, estudos recomendam que sejam avaliadas as práticas culturais locais em todas as circunstâncias para implementação de estratégias para prevenção nessa população indígena (ADORNO; PÍCOLI, 2008).

Nesse sentido é fundamental considerar a perspectiva dos indígenas sobre a causalidade da doença diarreica o que pode ser observado em um estudo etnográfico desenvolvido com o objetivo de investigar a percepção dos indígenas para o enfrentamento da diarreia identificou que para os indígenas Kaiowá e Guarani (Terra Indígena de Caarapó, no Brasil), pode ser causada por *kamby ryru jer* (“*coelho virado*”) relacionado ao movimento brusco que a criança faz logo após a refeição, por exemplo, pular de uma árvore ou ainda, quando a criança “*comeu*

*alguma coisa que fez mal*". De modo geral não associaram a um alimento específico, mas principalmente ao modo de alimentar como, por exemplo, na amamentação o resto de leite materno no estômago, pode levar a diarreia. O processo terapêutico para esse grupo social incluiu a procura por um especialista tradicional, realização de chás e infusões e, ainda, procura pelos serviços de saúde (ADORNO; PÍCOLI, 2008).

Na Guatemala foi realizada uma pesquisa, para investigar se a suplementação de zinco e vitaminas auxiliam na diminuição dos casos de doença diarreica. A pesquisa teve duração de três meses e foi realizada com 65 crianças de duas vilas, sendo 35 na Vila A e 30 na Vila B. As crianças da Vila A receberam visitas semanais dos promotores de saúde, os quais incentivaram a suplementação de zinco e vitamina. Enquanto as crianças da Vila B não receberam visitas domiciliares dos promotores de saúde. Em ambas as vilas, as crianças foram tratadas quando tinham outra patologia (para evitar interferências nos resultados) e após receberam as suplementações. Observou-se que a Vila A houve 97,1% de adesão ao uso do zinco e a Vila B, 71,4% de adesão ao uso. Na Vila onde ocorreu o incentivo e maior uso (A), houve menos casos de doença diarreica (40%), quando comparada a outra sem incentivo (B) com casos de diarreia (70%) (GROSSMANN, et. Al., 2015).

As limitações identificadas para a adesão a esse tipo de suplementação foram o curto período de avaliação e os dados terem sido verificados por técnicos e profissionais sem grande capacitação (da comunidade, mas treinados) apenas com a supervisão de uma enfermeira, para toda equipe. O estudo menciona os profissionais da saúde pública são fundamentais para a promoção da saúde e que a suplementação de Zinco e vitaminas são estratégias eficazes para a prevenção da doença diarreica, necessitando de pesquisas, mais extensas sobre a temática com as crianças indígenas (GROSSMANN, et. Al., 2015).

Três artigos descreveram a vacina contra o Rotavírus, como estratégia para prevenção primária (DESAI et. al., 2012; SNELLING, et. Al., 2009; MCDONALD, et. Al. 2008). Pesquisadores avaliaram o impacto da vacina Rotavírus nas crianças indígenas Americanas e Nativos do Alasca (AI / AN), entre menores de cinco anos. Eles identificaram a diminuição nas taxas de internação por doença diarreica causada pelo Rotavírus (6.305 casos de hospitalizações e 272. 440 em

atendimentos ambulatoriais). A diarreia média anual pré-vacina associada às taxas de hospitalização entre crianças AI / AN <5 anos de idade foi de 63 por 10 000 pessoas. Nos anos de 2008, 2009 e 2010, as taxas de diarreia por Rotavírus foram 24%, 37% e 44% inferiores às taxas esperadas, respectivamente. Assim, a diminuição dos casos foi observada em todas as regiões pesquisadas, evidenciando a importância da vacinação contra o rotavírus em tribos e organizações tribais (DESAI et. al., 2012).

Para avaliar a eficácia da vacina rotavírus em crianças indígenas que vivem em regiões áridas da Austrália, onde eram, frequentes os surtos de gastroenterite causada por Rotavírus, foi realizado um estudo que determinou a eficácia da vacina durante o surto, entre 173 crianças indígenas, de até 5 anos internadas. Um surto de infecção por rotavírus ocorreu vários meses após a introdução da vacina contra o Rotavírus RIX4414. Duas doses fornecidas propiciaram uma eficácia da vacina estimada de 77,7% contra hospitalização por gastroenterite (SNELLING, et. Al., 2009).

A vacinação anti-Rotavírus pode eficazmente corrigir o excesso de carga das doenças diarreicas em crianças indígenas. Entretanto, o desafio é assegurar imunização na época adequada de vacinas contra o Rotavírus para as crianças indígenas, ou seja, em comunidades com pouco acesso ou contato com serviços de saúde (MCDONALD, et. Al. 2008).

Na prevenção secundária dos casos de diarreia em crianças indígenas, encontrou-se, o uso criterioso de soluções de reidratação oral, a alimentação adequada com a ingestão dietética de micronutrientes e prescrição seletiva de antimicrobianos foi mencionada como agentes que podem ajudar a recuperação de episódios individuais de diarreia. Se a criança está gravemente desnutrida ou apresentar com desidratação hipernatrêmica, a reposição de fluidos intravenosos deve ser controlada, com a verificação regular da glicemia e eletrólitos (GRIMWOOD; FORBES, 2009).

Melhorias no saneamento básico e disponibilidade de água potável em aldeias, bem como a formação dos trabalhadores de saúde foram mencionados como redutores da prevalência de diarreia entre crianças indígenas no Brasil. A terapia de reidratação oral, foi citada, mas com baixa adesão, entre as casas que tiveram crianças indígenas <5 anos com diarreia, na semana anterior a coleta de

dados, do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, entre 2008 e 2009, no Brasil (n: 1.425), apenas a 55,9% relataram ter recebido Terapia de reidratação oral (ESCOBAR, et. Al., 2015).

Verificou-se que a mudança de comportamento ou conhecimento, tais como: a higienização das mãos; utilização dos penicos; uma série de práticas de higiene, como lavar pratos após as refeições; lavagem do rosto; controle de animais; a limpeza de latrinas; uso de Inseticida na pulverização para controle de mosca; saneamento, abastecimento de água e armazenamento de água de forma associada ou isolada oferecem maior oportunidade para melhorar os resultados de saúde infantil no Indígena de comunidades remotas, principalmente no que se refere a prevenção da doença diarreica (MCDONALD, et. Al. 2008).

As doenças infecciosas na infância da criança indígena são fortemente ligadas à pobreza, más condições de vida e superlotação no domicílio (KEARMS, et. Al. 2013).

Outra importante estratégia de prevenção identificada nos estudos foi a elaboração de políticas públicas, voltadas ao ensino e incentivo da participação dos indígenas na tomada de decisão, o que poderá gerar o impacto na prevenção. Só então serão alcançados elevados padrões sustentáveis em habitação e higiene, organizando o correto em seus hábitos culturais. O acompanhamento por programas de saúde, o acesso a imunização (contra o Rotavírus) e o incentivo à amamentação, contribuirão para a diminuição das desigualdades na saúde para muitas comunidades indígenas que sofrem com a doença diarreica (GRIMWOOD; FORBES, 2009).

## 6 DISCUSSÃO

Por meio desse *scoping review* verificou-se que mais estudos precisam ser desenvolvidos nesta área (MCDONALD, et. Al. 2008). As pesquisas envolvendo populações indígenas são difíceis de serem desenvolvidas, uma vez que legislações dos países podem dificultar o acesso a esses grupos, particularmente no Brasil, os quais são tutelados pelo Estado brasileiro como dispõe o Art. 7º da Lei Nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973 (BRASIL, 1973).

A maioria dos estudos refere que a doença diarreica ocorre em crianças indígenas com idade inferior a cinco anos. Sabe-se que a diarreia é uma das principais causas da desnutrição, em crianças menores de cinco anos de idade, independente da condição de indígena ou não (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Entre os fatores causais que prevaleceram são: a água contaminada com fezes humanas, provenientes de esgoto, fossas sépticas e latrinas; as fezes de animais contendo microrganismos que podem causar diarreia; a falta de saneamento adequado; falta de higiene e água potável para beber, cozinhar e higienizar o ambiente. Rotavírus e *Escherichia coli* são os dois agentes etiológicos mais prevalentes em diarreias nos países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013), sendo apenas o primeiro apontado nos artigos elencados, tendo em vista que é o maior causador da doença diarreica a nível mundial (COSTA, et. al., 2006).

As pesquisas usadas neste estudo pouco descreveram as características epidemiológicas da doença diarreica em crianças indígenas deixando evidente a escassez de estudos sobre a temática.

Um estudo publicado entre 2011-2013 avaliou a prevalência de diarreia e a adesão às diretrizes de tratamento baseadas em evidências, em comunidades pobres e indígenas em toda a Mesoamérica [El Salvador, Guatemala, México (estado de Chiapas), Nicarágua e Panamá]. Este estudo pesquisou 14.500 crianças com menos de cinco anos de idade. A prevalência de diarreia foi de 13%. Um terço das crianças com diarreia foram tratadas com terapia de reidratação oral e menos de 3% tratadas com Zinco. Cerca de 18% receberam muito menos líquidos do que o habitual ou nada para beber no tratamento. As medicações antimotilidade foram

administradas em 17% das crianças com diarreia, enquanto que os antibióticos foram inapropriadamente fornecidos em 36%. Indicando a necessidade de programas para analisar e corrigir a baixa adesão ao tratamento (COLOMBARA, et. al., 2016).

Tendo em vista, que no uso do tratamento inadequado ou sua não realização, com a pouca ingesta hídrica, pode ocasionar desnutrição e/ou desidratação severa. Situações estas que se não forem tratadas adequadamente podem levar ao óbito. Fato verificado cotidianamente, com os indígenas brasileiros, residentes no estado de Mato Grosso. Apesar de existirem Unidades de Saúde com médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, as crianças chegam no hospital, tardiamente e com casos graves. E principalmente pelo desequilíbrio hidroeletrólítico, são difíceis de serem resolvidos.

A esse respeito, as últimas estimativas da mortalidade infantil para o ano de 2013 mostrou que a pneumonia e a diarreia causaram mais de 1,5 milhões de mortes respondendo por 15% e 9% das mortes, respectivamente. Muitas dessas ocorrem em crianças cujo sistema imunológico já estava enfraquecido por desnutrição (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2014). Na prática assistencial, verifico que essas mortes ocorrem com maior frequência em crianças indígenas.

Notou-se como uma estratégia de prevenção primária o uso da vacina Rotavírus, e esta se mostrou eficaz para diminuir a incidência de diarreia em crianças indígenas. Sabe-se que os rotavírus são os agentes etiológicos mais importantes das gastroenterites em crianças menores de cinco anos, responsáveis por vários surtos de diarreia em países desenvolvidos e em desenvolvimento. As doenças diarreicas agudas são os principais problemas de saúde dentro das comunidades indígenas. Pesquisas sorológicas com índios brasileiros demonstraram 17% a 74% de soropositividade para Rotavírus. As precárias condições sanitárias e de práticas de higiene, assim como o contato com reservatórios de água selvagens, levam sua a dispersão nas terras indígenas (COSTA, et. al., 2006).

Verificou-se o declínio de casos de diarreia grave por Rotavírus em aborígenes Australianos, após a introdução da vacina em 2007, mas foi menos acentuada em crianças aborígenes do que em outras crianças. Porém, as maiores taxas de hospitalização continuam a ocorrer entre as crianças aborígenes (NAIDU, et. al., 2013).

Outra estratégia de prevenção primária da doença diarreica em crianças indígenas foi o uso do zinco (micronutriente necessário para o bom funcionamento do sistema imunológico). A desnutrição associada a uma dieta com deficiência em zinco, contribuem para aumento da morbidade e mortalidade por doenças infecciosas ou afetam gravemente a eficácia de intervenções terapêuticas. Cobre, zinco e magnésio atuam como cofatores de enzimas responsáveis por diversas atividades metabólicas na resposta imune inata e adquirida (MACÊDO et. al., 2010).

Colaborando com o assunto e no intuito de avaliar a incidência de doenças diarreicas em crianças submetidas à suplementação de zinco e outros micronutrientes por meio dos *sprinkles* (suplemento com vitaminas A, B1, B2, B6, B12, C, D3, E, Niacina, Cobre, ferro e com zinco presente apenas no grupo teste), realizou-se um ensaio clínico, duplo cego, com 143 crianças, saudáveis, de seis a 48 meses, em uma creche de Salvador, Brasil. Foram divididas em dois grupos: em um receberam zinco e micronutrientes diariamente- grupo teste (*sprinkles*), no outro apenas micronutrientes sem zinco - grupo controle. Por um período de 90 dias e acompanhadas quanto a doença diarreica. A incidência de doenças diarreicas no teste foi de 14,7%, e no controle, 19,1%. O grupo teste apresentou menor risco, porém não foi significativo (RR = 0,77 [0,37-1,6]; p = 0,5088) (SAMPAIO, et. al., 2013).

Na Austrália avaliou-se o papel da suplementação de zinco e vitamina A, na recuperação de 392 crianças indígenas menores de 11 anos, internadas por diarreia aguda. Havia 86 reintegrações por diarreia (42 dentro de 120 dias após a primeira admissão). O número médio de dias até a readmissão foi semelhante para os suplementados com vitamina A (média de 110,6 dias) em comparação com o grupo placebo (média de 112,9 dia), e para o grupo com suplemento de zinco (Média de 110,3 dias), em comparação com o grupo placebo (média de 113,2 dias). A suplementação com vitamina A e/ou zinco, não apresentou efeito significativo sobre a taxa de readmissão em comparação com o placebo administrado, fato também ocorreu na duração da diarreia, com mediana de duração de três dias para todos os grupos (VALERY, et. Al.; 2005).

Fatos discordantes com os achados desta pesquisa, onde o Zinco e a suplementação com vitaminas auxiliaram na diminuição dos casos de doença diarreica em crianças indígenas, na Guatemala (GROSSMANN, V. M. et al., 2015).

Neste estudo, não foram encontrados protocolos ou recomendações específicas para a criança indígena, mas foi identificado um consenso entre a maioria dos estudos avaliados nesta pesquisa e as recomendações da Organização Mundial da Saúde que são aplicáveis a criança indígena.

De acordo com essas recomendações, as estratégias para prevenção da diarreia são o acesso a água potável; saneamento básico; higienizar as mãos com sabão; o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida e após com ajuda do aleitamento complementar; uma boa higiene pessoal e alimentar; educação em saúde sobre como infecções, suas formas de transmissão e a vacinação contra o Rotavírus (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Assim, as medidas de prevenção secundária como a Solução de Reidratação Oral (SRO) - mistura de água limpa, sal e açúcar, que ao ser absorvida no intestino delgado, substitui a água e eletrólitos perdidos nas fezes; Suplementos de zinco que podem reduzir a duração de um episódio de diarreia em 25% e está associado com a redução de 30% em volume das fezes e imunidade; reidratação com fluidos intravenosos em caso de desidratação grave e alimentos ricos em nutrientes que podem quebrar o círculo vicioso de desnutrição e diarreia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Quanto a prevenção secundária, da doença diarreica em crianças indígenas além dos mencionados neste estudo SRO, Zinco, dieta equilibrada, reposição de eletrólitos em casos graves e antibioticoterapia. Pode-se contar com o potencial dos medicamentos a base de plantas medicinais (ADORNO; PÍCOLI, 2008).

Utilizadas na África, onde a diarreia é uma das principais causas de morbidade e mortalidade nas comunidades indígenas rurais, em menores de cinco anos. Para a cultura deles, isso requer o desenvolvimento de estratégias alternativas de baixo custo, tal como o uso de fitoterápicos, para o tratamento de diarreia nas comunidades (NJUME; GODUKA, 2012).

As propriedades de muitos fenólicos de plantas medicinais com capacidade para inibir o crescimento de bactérias e diminuir o trânsito gastrointestinal são muito úteis no controle de diarreia, contudo, há escassez de plantas medicinais, falta de padronização dos métodos de preparação, más condições de armazenamento e incerteza em alguns praticantes da medicina tradicional são questões que afetam a eficácia e a prática da medicina tradicional. Os profissionais de saúde são

importantes para orientar sobre as indicações posologia, armazenamento e preparação (NJUME; GODUKA, 2012).

Evidências dessa revisão possibilitam identificar que os hábitos de higiene quando adequados são estratégias eficazes para a prevenção da doença diarreica e nem sempre ocorre a adesão ao uso da Terapia de Reidratação Oral é baixa entre os indígenas (MCDONALD, et. Al. 2008; ESCOBAR, A. L. et al., 2015), que é essencial para evitar desidratação e as complicações advindas da mesma,

Entre os cuidados de higiene destaca-se a higienização das mãos reconhecida, mundialmente, como uma medida primária, muito importante para o controle de infecções. Por este motivo, tem sido considerada como um dos pilares da prevenção e controle de infecções, dentro dos serviços de saúde, incluindo aquelas decorrentes da transmissão cruzada de microrganismos (BRASIL, 2015). Tal atitude pode ser aplicada aos profissionais de saúde que lidam com a criança indígena e com os pais, ensinado a elas mesmas dentro e fora das aldeias.

O conhecimento e atitude das mães, reconhecendo o perigo, identificando os sinais de desidratação devido à diarreia, a prevenção (higiene) e cuidados com a diarreia na infância nem sempre são adequados. Um estudo realizado com 232 mães de menores de cinco anos na Etiópia, para avaliar o conhecimento, a percepção e os cuidados, importantes para minimizar os efeitos da morbidade e mortalidade associadas à doença diarreica. Verificou-se confusão e ou desconhecimento com relação aos fatores que auxiliam na sua cura, predominando ainda, o conhecimento popular nem sempre comprovado, por exemplo: "Café em pó misturado com mel é bom para diarreia"; "mingau de aveia, torrada, limão, alho, água, e chá, substituem o líquido retirado para fora do corpo" e "Arakie bebida local com álcool" (MERGA; ALEMAYEHU, 2015).

Apesar dos grandes esforços e das políticas do SUS quanto a humanização em saúde e atendimento centrado na pessoa, a Atenção Primária à Saúde ainda está muito centrada na doença (CASTRO, 2015).

O atendimento focado na doença visualiza o contexto e não auxilia no planejamento da terapêutica. Isso dificulta a compreensão do processo de adoecimento da criança indígena, que em alguém casos carecem de cuidados.

E de acordo Art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas

sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e agravos (BRASIL, 1988).

Ainda na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), está a integralidade entendida como conjunto articulado das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade, princípio importante a saúde indígena tendo em vista que carecem de atenção em todos os aspectos. Mesmo sendo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, parte do Sistema Único de Saúde – SUS e cabendo à União, com seus recursos próprios o financiamento (BRASIL, 1990).

Neste contexto, a assistência de enfermagem deve transcender os aspectos culturais e oferecer um cuidado com a marca cultural da etnia, capaz de transformar a realidade da doença diarreica na criança indígena.

Grande parte dos enfermeiros que atuam na saúde indígena desconhecem o contexto histórico religioso dos grupos étnicos assistidos e desvalorizam suas práticas de autocuidado em territórios. Acredita-se que o cuidado na perspectiva da diversidade étnica preserva a cultura local, além de ser condição essencial para a atenção integral (LIMA et. al., 2016). O papel da atenção primária é fundamental para acolher, monitorar, tratar e estabelecer ações educativas preventivas nas comunidades indígenas contribuindo para diminuição da ocorrência de diarreia nessa população.

Cuidados de enfermagem culturalmente competentes ajudam a garantir a satisfação e a atingir ganhos em saúde. A enfermagem transcultural é essencial na prática dos cuidados e é crescente nas diferentes culturas. Essa situação destaca a necessidade de reformulação na educação no sentido de incluir a enfermagem transcultural no currículo (VILELAS; DIAS, 2012).

Melhorar o estado de saúde das crianças indígenas é um desafio de longa data. A saúde das crianças indígenas não pode ser separada de seus contextos sociais, culturais e históricos. Os programas de saúde relacionados devem oferecer serviços culturalmente apropriados, para atender às necessidades locais (COATES et al., 2016).

Além disso, não só na graduação de enfermagem, mas em medicina e demais cursos da área da saúde a competência cultural é necessária para que os

futuros profissionais saibam trabalhar em contextos diversos da saúde indígena. Daí a necessidade de adequar o currículo dos cursos da área da saúde, contribuindo para a integração, a interdisciplinaridade e assistência com diálogo intercultural (MOREIRA; MOTTA, 2016).

Aos já graduados, a educação permanente em saúde indígena é essencial e deve privilegiar a comunidade e suas perspectivas sobre a saúde e sobre os serviços, além de permitir a formação de conselheiros e agentes indígenas de saúde. Tendo em vista que a educação permanente em saúde indígena deve privilegiar um processo de diálogo público e negociação contínuos (DIEHL; PELLEGRINI, 2014).

Para os fundamentos teóricos da Enfermagem Transcultural ao cuidarmos da saúde do ser humano, não devemos somente nos restringir aos conceitos de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Faz necessário conhecer os valores, as crenças, os rituais e o modo de vida das famílias, numa perspectiva de abordagem da saúde e da doença, para avançar no sentido de pensar esta abordagem dentro do contexto real, local e nacional (MOURA et. al., 2005).

É essencial intervir nos contextos geográficos habitados por populações indígenas no sentido de favorecer as práticas de atenção a saúde, nas aldeias e que as atividades de educação em saúde sejam traduzidas de modo que alcancem sua compreensão. A inclusão dos líderes indígenas nas equipes de cuidado a saúde na atenção primária, o incentivo a formação profissional dos indígenas que tem o papel cultural em suas aldeias de cuidadores, poderá ser uma estratégia eficaz para que as equipes de saúde consigam estabelecer uma comunicação eficaz e o diálogo como essas pessoas. Além disso, propicia o cuidado sem grandes alterações em sua cultura.

Diante do exposto, o profissional de saúde com informação e estratégia de comunicação pode ajudar a aumentar o conhecimento das mães e criar atitudes positivas entre elas sobre a causa, prevenção e manejo da diarreia. Esses cuidados e hábitos são primordiais à saúde da criança indígena (MERGA; ALEMAYEHU, 2015).

Fazem-se necessários programas educativos focalizados nas mães indígenas, oferecendo informações relacionadas ao uso adequado da reidratação oral, enfatizando o aleitamento materno e a vacinação contra o Rotavírus que são

fundamentais para a melhoria da qualidade de vida das crianças (MENEQUESSI et al., 2015).

Assim, os serviços de saúde, devem considerar não apenas a perspectiva biomédica, mas também, a perspectiva antropológica relacionada ao processo saúde e doença para que efetivamente seja possível dialogar com a percepção e as práticas indígenas na identificação da causalidade, na definição do diagnóstico e do tratamento, sendo importante analisar as práticas com base no contexto local (ADORNO; PÍCOLI, 2008).

As ações em saúde focadas a essa população devem ser multiprofissionais e interdisciplinares considerando toda a complexidade vivenciada no contexto cultural indígena e que requer ações especializadas para que seja garantida a sua eficácia e que tenha o impacto epidemiológico esperado.

Em um estudo internacional com dados governamentais, de organizações não governamentais como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) forneceram evidências de que os indígenas são mais pobres em comparação com populações não indígenas e apresentam dados epidemiológicos piores na saúde, ou seja, em países de todo o mundo, os povos indígenas enfrentam grandes desvantagens sociais e problemas de saúde em comparação com a população geral, incluindo a esperança de vida ao nascer, mortalidade materna e infantil, mas com destaque para o baixo nível educacional e status econômico (ANDERSON, et. al., 2016; KIRMAYER; BRASS, 2016).

Sabe-se que os povos indígenas são um terço dos mais pobres do mundo em todos os países. Os povos indígenas ao redor do mundo continuam com taxas desproporcionais de pobreza e problemas de saúde. Sua nutrição é precária, possuem acesso limitado a cuidados médicos, falta de recursos cruciais para o bem-estar e existe a contaminação dos recursos naturais, como fatores que contribuem para o precário estado da saúde da população indígena do mundo. Em nível global a expectativa de vida da população indígena é 20 anos menor que a média e a comunidade indígena possui níveis desproporcionais de mortalidade infantil (UNITED NATIONS ORGANIZATION, 2010).

Esses fatores estão presentes nas evidências demonstradas por esse estudo, e compõe outras estatísticas, como por exemplo, Baka, uma tribo indígena em Camarões, tem uma expectativa de 35 anos de vida, representando cerca de 12

anos a menos do que para os não-índios. Para mudar essa situação as metas devem ser criadas e dirigidas para acabar com a pobreza, melhorar a saúde e educação e redução das desigualdades (AUNTY, 2016). Atingir essas metas pode levar a redução das taxas de morbidade e mortalidade devido a doença diarreica que vem acometendo crianças indígenas em todo mundo.

A mortalidade infantil reflete as desigualdades estruturais destes grupos em um nível internacional. Considerando que a maioria das causas generalizadas de mortes entre crianças indígenas são evitáveis, tais como desnutrição, diarreia e demais infecções parasitárias (UNITED NATIONS, 2014), a prevenção que ocorrerá por meio do empoderamento da população indígena, poderá melhorar sua qualidade de vida e conseqüentemente de saúde.

Verificou-se que a doença diarreica em crianças indígenas é uma problemática significativa e não apenas no Brasil. Existe uma lacuna na literatura com poucas pesquisas abordando a criança indígena com doença diarreica, assim devem ser incentivadas todas as pesquisas que visem a melhor forma de implementar medidas de intervenção. Também devem ser abordados os agentes etiológicos, costumes, tratamento fornecido na aldeia e até nos cuidados fornecidos pelos pais durante sua ocorrência.

Considera-se o primeiro passo o fornecimento de conhecimento aos indígenas, principalmente as suas lideranças, sobre os fatores causais, possíveis complicações e com relação ao tratamento. Assim, poderão agir conscientes e em prol de sua comunidade. Principalmente incentivando a vacinação contra o rotavírus, ao cuidado com a higiene corporal e doméstica, lutando por saneamento básico e água potável, plantando hortas e incentivando uma alimentação saudável.

Os profissionais de saúde poderão auxiliar na diminuição na incidência da doença diarreica, a partir do momento que pensarem a ver a criança indígena e essa patologia como algo normal. Tendo em vista, que são seres humanos como os demais, em condições de vida e culturas diferenciadas, apenas isso. Além disso, os fatores causais e as estratégias de prevenção são as mesmas. Devendo ser criadas estratégias para abordar a prevenção primária e secundária, dentro do contexto local.

Mundialmente os povos indígenas devem ser respeitados e ter os direitos humanos assegurados. Neste contexto, são juridicamente inválidas as doutrinas, as

políticas e as práticas baseadas na superioridade sobre esses povos, adicionando as diferenças raciais, religiosas, étnicas ou culturais racistas, cientificamente falsas, ou seja, no exercício de seus direitos, devem estar livres de toda a forma de discriminação (UNITED NATIONS, 2007).

Os povos indígenas têm direito, sem discriminação à saúde; de participar ativamente na elaboração e determinação dos programas de saúde; a sua própria medicina tradicional e a manter suas práticas de saúde, sob o ponto de vista médico; a todos os serviços sociais e de saúde, com o direito a desfrutar igualmente de saúde física e mental. É responsabilidade dos Estados tomarem as medidas necessárias a fim de garantir a realização desses direitos (UNITED NATIONS, 2007).

Faz-se necessário o vínculo e responsabilização do Estado com a saúde das crianças indígenas. Sempre ensinando a prevenção, tratando os casos e principalmente encaminhando rapidamente a atenção secundária. Evitando assim, o comparecimento ao âmbito hospitalar em estado grave, sem muitas possibilidades terapêuticas. O agir deste modo, auxiliará na diminuição dos casos e consequentemente dos óbitos.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse “*scoping review*”, permitiu mapear a literatura mundial sobre as características epidemiológicas e as estratégias de prevenção da doença diarreica em crianças indígenas. Observou-se a importância da abordagem adequada da temática, principalmente nos primeiros cinco anos de vida, época que mais ocorreu diarreia em crianças indígenas de comunidades remotas.

Verificou-se que as taxas de hospitalizações e morbidade por doença diarreica em crianças indígenas são elevadas no Brasil e Austrália. Fato explicado, pelos fatores causais como as condições de vida das populações indígenas da maioria nas aldeias como a falta de rede de esgoto, evidenciada pela defecação ao ar livre; o descarte inadequado de lixo sendo enterrados, queimados ou descartados no peridomicílio; a vivência em casa de madeira, a falta de água tratada, a falta de higiene e a superlotação domiciliar. Além disso, a baixa escolaridade materna, o menor status socioeconômico, a desnutrição e a presença da doença diarreica em outro membro da família.

Quanto as estratégias de prevenção da doença diarreica em crianças indígenas que são eficazes a suplementação alimentar com zinco e vitaminas, associada ao tratamento de outras patologias; alimentação adequada; vacinação contra Rotavírus; melhorias no saneamento básico, água potável nas aldeias; formação dos trabalhadores de saúde pública; a higienização das mãos, rosto, pratos/louças e domicílio; a utilização dos penicos; o controle de animais; a limpeza de latrinas; uso de Inseticida no controle de mosca; incentivo a amamentação e imunização de fácil acesso; a criação de políticas sociais e educacionais para permitir a participação da comunidade indígena na tomada de decisão.

Na prevenção secundária, notou-se neste estudo o uso da solução de reidratação oral com baixa adesão, alimentação adequada, prescrição de antimicrobianos; a reposição de fluidos Intravenosos com a verificação da glicemia e eletrólitos.

É importante ressaltar que essas recomendações são aplicáveis tanto a crianças indígenas ou não indígenas. Entretanto, deve haver o fortalecimento das políticas públicas voltadas aos indígenas, garantindo o acesso à saúde, um cuidado

holístico, visando a cultura com respeito, mas abordando os aspectos que influencia no surgimento da doença diarreica.

Verificou-se também que orientações as mães e às lideranças, sobre a patologia, meio de transmissão, medidas preventivas e tratamento. Podendo empoderar os povos indígenas para serem multiplicadores do assunto e essenciais para mudanças positivas na saúde desse grupo populacional.

Talvez a Atenção Primária à Saúde, fornecida a povos indígenas, esteja centrada na doença e não centrada na pessoa. Além disso, os enfermeiros e demais profissionais de saúde desconhecem a cultura, os mitos e rituais dos povos indígenas que cuidam, não podendo fornecer um atendimento integral e as intervenções nas aldeias não estejam sendo eficazes ou até entendidas por falta da efetiva comunicação e estabelecimento do diálogo com essas pessoas.

Consideramos necessário discutir o pouco investimento governamental na saúde indígena, o motivo de poucos indígenas terem acesso em cursos da área da saúde, com o cuidado transcultural. Ações importantes para o enfrentamento dos problemas de saúde que ameaçam os povos indígenas, dentre eles a diarreia.

O estudo mostra a importância de novas pesquisas desenvolvidas localmente, com foco na incidência, prevalência, cultura, fatores causais e tratamento. Com a intensão da temática ser trabalhada de acordo com a necessidade de cada etnia.

## REFERÊNCIAS

- ARIAS, J. A. C.; PALOMIN, Y. R.; AGUDELO, O. M. L. Prevalência de diabetes mellitus y dislipidemias en indígenas del resguardo Cañamomo-Lomapieta, Colombia. **Investigaciones Andina**. N. 24 Vol. 14 - 130 p.2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v14n24/v14n24a05.pdf>>. Acesso em: 30 de out. 2011.
- ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: Towards a Methodological Framework. **Int J Soc Res Methodol** 2005, N. 8:19-32, ISSN 1364-5579. Disponível em: <<http://eprints.whiterose.ac.uk/1618/1/Scopingstudies.pdf%20>>. Acesso em: 29 nov. 2015.
- ASSIS, E. M.; OLIVIERIA, R. C.; MOREIRA, L. E.; PENA, J. L.; RODRIGUES, L. C.; MACHADO-COELHO, G. L. L. Prevalência de parasitos intestinais na comunidade indígena Maxakali, Minas Gerais, Brasil, 2009. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, N. 29(4):681-690, abr, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org.br/pdf/csp/v29n4/06.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2015.
- ANDERSON, I. et. Al. Indigenous and tribal peoples' health (*The Lancet*–Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. **The Lancet**, volume 388, N. 10040, p. 131-157, 9 July, 2016. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00345-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00345-7/abstract)>. Acesso em: 30 set. 2016.
- ADORNO, R. C. F.; PÍCOLI, R. P. Cuidado à saúde de crianças kaiowá e guarani: notas de observação de campo. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** v.18, N.1 São Paulo abr. 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v18n1/06.pdf> >. Acesso em: 30 set. 2016.
- AUNTY, D. Indigenous health: a worldwide focus. Editorial. **The Lancet**, Vol. 388, July 9, 2016. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)31020-0.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)31020-0.pdf)>. Acesso em: 30 set. 2016.
- BRIEN, S. F.; LORENZETTI, D. L.; LEWIS, S.; KENNEDY, J.; GHALI, W. A. Overview of a formal *scoping review* on health system report cards. **Implementation Science** 2010, 5:2.
- BRASIL. Fundação Nacional do Índio. **Quem somos?** 2017. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/index.php/a-funai>>. Acesso em: 09 jan. 2016.
- BRASIL. Portal da Saúde. **Conheça o DSEI**. 13 Fevereiro 2014a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai/mais-sobre-sesai/9540-destaques>>. Acesso em: 01 mai. 2014
- BRASIL. DATASUS. Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal. **Nº de óbitos segundo capítulo da CID10 – CAP 1**. Dezembro de 2014b. Disponível

em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw.>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Grupo de Trabalho Violação dos Povos indígenas e Regime Militar**. Brasília, 2014c. Disponível em: <[http://6ccr.pgr.mpf.mp.br/institucional/grupos-de-trabalho/gt\\_crimes\\_ditadura/docs\\_relatorios\\_atividades/relatorio-2014\\_gt-violacao.pdf](http://6ccr.pgr.mpf.mp.br/institucional/grupos-de-trabalho/gt_crimes_ditadura/docs_relatorios_atividades/relatorio-2014_gt-violacao.pdf)>. Acesso em 26 nov. 2015.

BRASIL. Fundação Nacional do Índio (FUNAI). **Índios no Brasil**. 2015b. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/quem-sao>>. Acesso em: 16 mar. 2015.

BRASIL. Ministério Público Federal. 6º Câmara de coordenação e revisão. **Populações indígenas e comunidades tradicionais – Telatório Figueiredo**. Brasília, 2015a. Disponível em: <[http://6ccr.pgr.mpf.mp.br/institucional/grupos-de-trabalho/gt\\_crimes\\_ditadura/relatorio-figueiredo](http://6ccr.pgr.mpf.mp.br/institucional/grupos-de-trabalho/gt_crimes_ditadura/relatorio-figueiredo)>. Acesso em: 26 de nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Saneamento em áreas indígenas do Brasil – Histórico da atuação da FUNASA e perspectivas**. Brasília: Abril, 2009.

BRASIL. MUSEU NACIONAL. **O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 13 jan. 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 5 de outubro de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm)>. Acesso em: 16 jan. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999**. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D3156.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3156.htm)>. Acesso em: 09 dez. 2016.

BRASIL, 1973. Lei nº 6.001 de 19 de dezembro de 1973. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6001.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6001.htm)>. Acesso em 6 de fevereiro de 2017.

BRITO, C. A. G.; LIMA, N. T. Antropologia e medicina: assistência à saúde no Serviço de Proteção aos Índios (1942-1956). **Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Cienc. Hum.**, Belém, v. 8, n. 1, p. 95-112, jan.-abr. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bgoeldi/v8n1/v8n1a06.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2015.

BOHÓRQUEZ et. al. Perfil de morbilidad por enfermedades infecciosas de las comunidades indígenas pertenecientes al Departamento de Casanare, Colombia. **Nova - Publicación Científica en Ciencias Biomédicas** - Iissn: 1794-2470 - Vol. 10 No. 18 Julio - Diciembre de 2012: 135 – 250. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/nova/v10n18/v10n18a05.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2015.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. **Povos indígenas: aqueles que devem viver – Manifesto contra os decretos de extermínio**. Heck, Dionísio Egon; Silva, Renato Santana da; Feitosa, Saulo Ferreira (organizadores) – Brasília: ISBN 978-85-87433-06-0. Conselho Indigenista Missionário, 2012.

CASTRO, E. D. R.; GERMINI, M. C. B. Y.; MASCARENHAS, J. D. P.; GABBAY, Y. B.; LIMA, I. C. G.; LOBO, P. S.; FRAGA, V. D.; CONCEIÇÃO, L. M.; MACHADO, R. L. D.; ROSSIT, A. R. B. Enteropathogens detected in a day care center, southeastern Brasil: bactéria, vírus, and parasite research. **Rev. Inst. Med. Trop. Sao Paulo**, 57(1):27-32, January-February, 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-46652015000100004>. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rimtsp/v57n1/0036-4665-rimtsp-57-01-27.pdf>>. Acesso em: 08 mai. 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente – higienização das mãos**. Brasília, 2015.

CLARK et. Al. The burden and determinants of self-reported acute gastrointestinal illness in an Indigenous Batwa Pygmy population in southwestern Uganda. **Epidemiol. Infect.** (2015), 143, 2287–2298. Disponível em: <[http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FHYG%2FHYG143\\_11%2FS0950268814003124a.pdf&code=85858eb7b9f2c22f3e3ad43a422129d3](http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FHYG%2FHYG143_11%2FS0950268814003124a.pdf&code=85858eb7b9f2c22f3e3ad43a422129d3)>. Acesso em: 18 jan.2015.

CASTRO, R. C. L. A. **abordagem médica centrada na pessoa no processo terapêutico da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus em Atenção primária à saúde: fatores associados e qualidade do manejo**. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de .edicina. Programa de pós-graduação em epidemiologia. Porto Alegre, 2015.

COIMBRA JR, C. E. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do / *Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena*. **Cad. Saúde Pública** vol.30 no.4 Rio de Janeiro abr. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0102-311X2014000400855](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0102-311X2014000400855) >. Acesso em: 29 nov. 2015.

COIMBRA JR, C. E. A.; SANTOS, R. V.; WELCH, J, R.; CARDOSO, A. M.; SOUZA, M. C.; GARNELO, L. G.; RASSI, E.; FOLLÉR, M.; HORTA, B. L. The First National

Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. **BMC Public Health** 2013, 13:52. Disponível em: <<http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-52>>. Acesso em: 11 set. 2016.

COIMBRA JR. C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. 260 p. ISBN: 85-7541-022-9. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/bsmtd/pdf/coimbra-9788575412619.pdf>>. Acesso em: 12 de nov. 2015.

COLOMBARA, D.; HERNÁNDEZ, B.; MCNELLAN, C. R.; DESAI, S. S.; GAGNIER, M. C.; HAAKENSTAD, A.; JOHANNIS, C.; PALMISANO, E. B.; RÍOS-ZERTUCHE, D.; SCHAEFER, A.; ZUÑIGA-BRENES, P.; ZYZNIEUSKI, N.; IRIARTE, E.; MOKDAD, A. H. Diarrhea Prevalence, Care, and Risk Factors Among Poor Children Under 5 Years of Age in Mesoamerica. **Am J Trop Med Hyg**, 2016 vol. 94 no. 3 544-552. Disponível em: <<http://www.ajtmh.org/content/94/3/544>>. Acesso em: 30 set. 2016.

COATES, A. R.; MARCHITO, S. D. P.; VITOY, B. Indigenous Child Health in Brazil: The Evaluation of Impacts as a Human Rights Issue. **Health and Human Rights Journ**, J U N E 2 0 1 6 V O L U M E 1 8 N U M B E R 1. Disponível em: <<https://www.hhrjournal.org/2016/05/indigenous-child-health-in-brazil-the-evaluation-of-impacts-as-a-human-rights-issue/>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

COSTA, F. F.; LUCHS, A.; CILLI, A.; MORILLO, G. S.; CARMONA, R. C. C.; TIMENETSKY, M. C. S. T. Rotavírus em comunidades indígenas sul-americanas. **Rev. Inst. Adolfo Lutz**; 65(2): 73-77, maio-ago. 2006. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-450814>>. Acesso em: 30 set. 2016.

DESAI, R.; HABERLING, D.; HOLMAN, R. C.; SINGLETON, R. J.; GROOM, A. J. E. C.; STEINER, C. A.; UMESH D.; PARASHAR, D.S.; ESPOSITO, D. H. Impact of Rotavirus Vaccine on Diarrhea Associated Disease Burden Among American Indian and Alaska Native Children. **Pediatrics** April 2012, VOLUME 129 / ISSUE 4. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/129/4/e907.long>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

DIEHL, E. E.; PELLEGRINI, M. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. **Cad. Saúde Pública**, vol.30 no.4, Rio de Janeiro abr. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0102-311X2014000400867](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0102-311X2014000400867)>. Acesso em: 18 dez. 2016.

ESCOBAR, A. L.; COIMBRA JR, C. E. A.; WELCH, J. R.; HORTA, B. L.; SANTOS, R. V.; CARDOSO, A. M. Diarrhea and health inequity among Indigenous children in Brazil: results from the First National Survey of indigenous People's Health and Nutrition. **BMC Public Health** (2015) 15:191. Disponível em:

<<http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1534-7>>. Acesso em: 11 ago. 2016.

ESCOBAR-PARDO, M. L.; GODOY, A. P. O.; MACHADO, R. S.; RODRIGUES, D.; FAGUNDES NETO, U.; KAWAKAMI, E. Prevalence of intestinal parasitoses in children at the Xingu Indian Reservation. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86(6):493-496. **Jornal de Pediatria** - Vol. 86, Nº 6, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v86n6/v86n6a08.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2015.

GRIMWOOD, K.; FORBES, D. A. Acute and Persistent Diarrhea. **Pediatr Clin N Am** 56 (2009) 1343–1361.

GROSSMANN, V. M.; TURNER, B. S.; SNYDER, D.; STEWART, R. D.; PHARM, T. B.; CIFUENTES, A. A.; CLIFF, C. Zinc and Vitamin Supplementation in an Under-5 Indigenous Population of Guatemala: Influence of Lay Health Promoters in Decreasing Incidence of Diarrhea. **Journal of Transcultural Nursing** 2015, Vol. 26(4) 402–408. Disponível em: <<http://tcn.sagepub.com/content/26/4/402.full.pdf+html>>. Acesso em: 19 jun. 2016.

HALPENNY et. al. Prediction of Child Health by Household Density and Asset-Based Indices in Impoverished Indigenous Villages in Rural Panama. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, 86(2), 2012, pp. 280–291. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3269282/?tool=pubmed>>. Acesso em: 19 jan. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. Censo Demográfico 2010. **Características gerais dos indígenas Resultados do universo**. ISSN 0104-3145 Censo demogr., Rio de Janeiro, p.1- 245, 2010. Disponível em: <[http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/95/cd\\_2010\\_indigenas\\_universo.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/95/cd_2010_indigenas_universo.pdf)>. Acesso em: 01 mai. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **Censo Demográfico 2010 - Resultados do Universo Indígena**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas\\_gerais\\_indigenas/default\\_caracteristicas\\_gerais\\_indigenas.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_gerais_indigenas/default_caracteristicas_gerais_indigenas.shtm)>. Acesso em: 10 out. 2015.

KEARMS, T.; CLUCAS, D.; CONNORS, C.; CURRIE, B. J.; CARAPETIS, J. R.; ANDREWS, R. M. Clinic Attendances during the First 12 Months of Life for Aboriginal Children in Five Remote Communities of Northern Australia. **PLOS ONE**, March 2013 | Volume 8 | Issue 3 | e58231. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3585931/pdf/pone.0058231.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

KIRMAYER, L. J.; BRASS, G. Addressing global health disparities among Indigenous peoples. **The Lancet**, volume 388, Nº 10040, p. 105-106, 9 jul. 2016. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30194-5/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30194-5/abstract)>. Acesso em: 30 set. 2016.

LEVAC, D.; COLQUHOUN, H.; O'BRIEN, K. Scoping studies: advancing the methodology. **Implementation Science**, 2010, 5:69. Disponível em: <<http://www.implementationscience.com/content/pdf/1748-5908-5-69.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2015.

LIMA, M. R. A.; NUNES, M. L. A.; KLÜPPEL, B. L. P.; MEDEIROS, S. M.; SÁ, L. D. Atuação de enfermeiros sobre práticas de cuidados afrodescendentes e indígenas. **Rev. Bras. Enferm.** vol.69 no.5 Brasília Sept./Oct. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672016000500840](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500840)>. Acesso em: 18 dez. 2016.

MACÊDO, É. M. C.; AMORIM, M. A. F.; SILVA, A. C. S.; CASTRO, C. M. M. B. Efeitos da deficiência de cobre, zinco e magnésio sobre o sistema imune de crianças com desnutrição grave. **Rev. paul. pediatr.** vol.28 no.3, São Paulo, Sept. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822010000300012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822010000300012)>. Acesso em: 28 set. 2016.

MCDONALD, E.; BAILIE, R.; BREWSTER, D.; MORRIS, P. Are hygiene and public health interventions likely to improve outcomes for Australian Aboriginal children living in remote communities? A systematic review of the literature. **BMC Public Health**, 2008,8:153. Disponível em: <<https://bmcpublikehealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-8-153>>. Acesso em: 01 set. 2016.

MENEGUESSI, G. M.; MOSSRI, R. M.; SEGATTO, T. C. V.; REIS, P. O. Morbimortalidade por doenças diarreicas agudas em crianças menores de 10 anos no Distrito Federal, Brasil, 2003 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 24(3):721-730, out-dez 2015.

MENDES, P. S. A.; RIBEIRO JR, H. C. MENDES, C. M. C. Temporal trends of overall mortality and hospital morbidity due to diarrheal disease in Brazilian children younger than 5 years from 2000 to 2010. **J Pediatr (Rio J)**. 2013;89(3):315–325. Sociedade Brasileira de Pediatria. Publicado por Elsevier Editora Ltda. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2012.10.002>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572013000300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000300015)>. Acesso em: 11 mar. 2015.

MERGA, N.; ALEMAYEHU, T. Knowledge, Perception, and Management Skills of Mothers with Under-five Children about Diarrhoeal Disease in Indigenous and Resettlement Communities in Assosa District, Western Ethiopia. **J Health Popul Nutr.** 2015 Mar;33(1):20-30. ISSN 1606-0997. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4438645/?tool=pubmed>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

MOURA, M. A. V.; ISLA, R. A. S.; SILVA, C. L. R. A teoria transcultural e sua aplicação em algumas pesquisas de enfermagem: uma reflexão. **Esc Anna Nery R Enferm**, 2005 dez; 9 (3): 434 - 40. Disponível em: <[http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe\\_artigo.asp?id=75](http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=75)>. Acesso em: 18 dez. 2016.

MOREIRA, G. O.; MOTTA, L. B. Competência Cultural na Graduação de Medicina e de Enfermagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Print version ISSN 0100-5502 On-line version ISSN 1981-5271. Rev. bras. educ. med. vol.40 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022016000200164&lng=pt&nrm=iso&tling=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000200164&lng=pt&nrm=iso&tling=en)>. Acesso em: 18 dez.2016.

NAIDU, L.; CHIU, C.; HABIG, A.; LOWBRIDGE, C.; JAYASINGHE, S.; WANG, H.; MCINTYRE, P.; MENZIES, R. Vaccine preventable diseases and vaccination coverage in Aboriginal and Torres Strait Islander people, Australia 2006-2010. **Commun Dis Intell Q Rep**; 37 Suppl: S1-95, 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-24410428>>. Acesso em: 30 set.2016.

NJUME, C.; GODUKA, N. I. Treatment of Diarrhoea in Rural African Communities: An Overview of Measures to Maximise the Medicinal Potentials of Indigenous Plants. **Int. J. Environ. Res. Public Health** 2012, 9, 3911-3933; doi:10.3390/ijerph9113911. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3524604/?tool=pubmed>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

PÁRAMO, M. C. D. Beyond Diversity in Indigenous Health: Developing Research that Reveals Inequities and Promotes Social Justice. **Investig. Enferm. Imagen Desarr**. ISSN 0124-2059 14 (2): 11-31, julio-diciembre de 2012.

ORELLANA, J. D. Y.; BASTA, P. C.; SANTOS, R. V.; COIMBRA JR., C. E. A. Morbidade hospitalar em crianças indígenas Suruí menores de dez anos, Rondônia, Brasil: 2000 a 2004. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 7 (3): 281-287, jul. / set., 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292007000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000300007)>. Acesso em: 03 set. 2016.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **World Health Organization. International Day of the World's Indigenous People Highlights Health Gaps**. For more information please contact Daniel Epstein, PAHO, Public Information, 202-974-3459, 2006. Disponível em: < <http://www1.paho.org/English/DD/PIN/pr060808.htm>>. Acesso em: 28 nov.2015.

PETERS, M. D, J.; GODFREY, C. M.; KHALIL, H.; MCLNEMEY, P.; PARKER, D.; SOARES, C. B. Guidance for conducting systematic *scoping review*. **International Journal of Evidence-Based Healthcare**, University of Adelaide, Joanna Briggs Institute, Australia, 2015.

PRIHODOVA, L.; GUERIN, S.; KERNOHAN, G. Knowledge transfer and exchange frameworks in health and their applicability to palliative care: scoping review protocol. **Journal of Advanced Nursing** 71(7), 1717–1725. Doi:10.1111/jan.12642.

RAMIREZ, K. Y. P. Derechos humanos de los Pueblos Indígenas Altamente Vulnerables en Bolivia y la equidad en salud. **Gac Med Bol v.35 n.2 Cochabamba dic.** 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1012-29662012000200016](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662012000200016)>. Acesso em: 31 out. 2015.

SAMPAIO, D. L. B.; MATTOS, Â. P.; RIBEIRO, T. C. M.; LEITE, M. E. Q.; COLE, C. R.; RIBEIRO JR, H. C. Suplementação de zinco e outros micronutrientes através do uso de sprinkles: impacto na ocorrência de doença diarreica e infecções respiratórias em crianças institucionalizadas. **J. Pediatr. (Rio J.)** vol.89 no.3 Porto Alegre May/June 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572013000300011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000300011)>. Acesso em : 28 set. 2016.

SNELLING, T. L.; SCHULTZ, R.; GRAHAM, J.; ROSEBY, R.; BARNES, G. L.; ANDREWS, R. M.; CARAPETIS, J. R. Rotavirus and the Indigenous Children of the Australian Outback: Monovalent Vaccine Effective in a High-Burden Setting. **Clinical Infectious Diseases** 2009; 49:428–31. Disponível em: <<http://cid.oxfordjournals.org/content/49/3/428.full.pdf+html>>. Acesso em: 02 set. 2016.

SOUZA, L. G.; SANTOD, R. V.; COIMBRA JR, C. E. A. Estrutura etária, natalidade e mortalidade do povo indígena Xavante de Mato Grosso, Amazônia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1): 1465-1473 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/058.pdf>>. Acesso em: 01 mai. 2015.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/supplement.** ABN: 61 249 878 937. The Joanna Briggs Institute The University of Adelaide South Australia. Copyright © 2015.

THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF)/WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Diarrhoea: Why children are still dying and what can be done.** WHO Library Cataloging-in-Publication Data 2009. All rights reserved. ISBN 978-92-806-4462-3 (UNICEF), ISBN 978-92-4-159841-5 (NLM classification: WS 312) (WHO).

TORRES et. al. Toxins and virulence factors of enterotoxigenic Escherichia coli associated with strains isolated from indigenous children and international visitors to a rural community in Guatemala. **Epidemiol. Infect.** (2015), 143, 1662–1671. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4416357/?tool=pubmed>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

UNITED NATIONS. **The Health of Indigenous Peoples**. June 2014. Disponível em: <<http://www.un.org/en/ga/president/68/pdf/wcip/IASG%20Thematic%20Paper%20-%20Health%20-%20rev1.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diarrhoeal disease**. Fact sheet N°330, April 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/en/>>. Acesso em: 28 set. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health of indigenous peoples**. Fact sheet, N° 326. October, 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs326/en/>>. Acesso em: 28 nov. 2015.

THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). Statistics by topic. Child health. Diarrhoeal disease. **Diarrhoea remains a leading killer of young children, despite the availability of a simple treatment solution**. Nov. 2014. Disponível em: <<http://data.unicef.org/child-health/diarrhoeal-disease>>. Acesso em: 25 mar. 2015.

VALERY, P. C.; TORZILLO, P. J.; BOYCE, N. C.; WHITE, A. V.; STEWART, P. A.; WHEATON, G. R.; PURDIE, D. M.; WAKERMAN, J.; CHANG, A. B. Zinc and vitamin A supplementation in Australian Indigenous children with acute diarrhoea: a randomised controlled trial. **MJA** 2005; 182: 530–535. Disponível em: <[https://www.mja.com.au/system/files/issues/182\\_10\\_160505/val10842\\_fm.pdf](https://www.mja.com.au/system/files/issues/182_10_160505/val10842_fm.pdf)>. Acesso em 27 set. 2016.

VIEIRA, H. T. G.; OLIVEIRA, J. E. L.; NEVES, R. C. M. A relação de intermedicalidade nos índios Truká, em Cabrobó – Pernambuco. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.2, p.566-574, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a25.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2015.

UNITED NATIONS. **The health of indigenous peoples**. Inter-agency support group on indigenous peoples' issues thematic paper towards the preparation, World Conference on Indigenous Peoples, 2014. Disponível em: <<http://www.un.org/en/ga/president/68/pdf/wcip/IASG%20Thematic%20Paper%20-%20Health%20-%20rev1.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2015.

UNITED NATIONS ORGANIZATION. Centro Regional de Informações das Nações Unidas. Nações Unidas do Brasil. **Povos indígenas**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<https://www.unric.org/pt/paises-menos-avancados/28009-os-povos-indigenas-sao-um-terco-dos-mais-pobres-do-mundo-e-sofrem-com-condicoes-alarmanantes-em-todos-os-paises>>. Acesso em: 18 dez. 2016.

UNITED NATIONS. **United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples**. 13 September 2007. Disponível em: <[http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS\\_en.pdf](http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_en.pdf)>. Acesso em: 28 nov. 2015.

United Nations Children's Fund (UNICEF), September 2014. First edition. **Committing to Child Survival: A Promise Renewed, Progress Report 2014**. ISBN: 978-92-806-4770-9. Disponível em:

<[http://www.unicef.org/philippines/APR2014\\_Sep2014.pdf](http://www.unicef.org/philippines/APR2014_Sep2014.pdf)>. Acesso em: 28 jun. 2015.

VILELAS, J. M. S.; DIAS. S. I. Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. *Reme – Rev. Min. Enferm*;16(1): 120-127 jan./mar., 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/509>>. Acesso em: 18 dez. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Children Are Not Little Adults**. July 2008 Version. Disponível em: <[Http://Www.Who.Int/Ceh/Capacity/Children\\_Are\\_Not\\_Little\\_Adults.Pdf](http://www.who.int/Ceh/Capacity/Children_Are_Not_Little_Adults.Pdf)>. Acesso em: 22 Fev. 2016.

ZIPURSKY, A.; WAZNY, K.; BLACK, R.; KEENAN, W.; DUGGAN, C.; OLNESS, K.; SIMON, J.; SIMPSON, E.; SHERMAN, P.; SANTOSHAM, M.; BHUTTA, Z. A. Global action plan for childhood diarrhoea: Developing research priorities: Report from a Workshop of the Programme for Global Paediatric Research. **JGlobHealth**. 2013 Jun;3(1):010406. doi: 10.7189/jogh.03.010406. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23826510>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

## APÊNDICE A - QUANTITATIVO DOS TRABALHOS ELENCADOS ATRAVÉS DAS ESTRATÉGIAS DE BUSCA NAS BASES DE DADOS

### 1. Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)

Estratégia de busca elaborada no dia 23 de abril de 2016, na ocasião os descritores foram analisados e confirmados com relação ao cadastro no MESH terms. Tendo a busca realizada no dia 24 de abril de 2016, no LILACS.

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)	Identificados na Base de dados	Aplicação do filtro 10 anos, idiomas e idade	Leitura do título resumo (filtro temática) e texto	Repetidos entre as estratégias de busca	Amostra final após análise na integra
(tw:(Indigenous population)) AND (tw:(Child)) AND (tw:(Diarrhea))	10	6	2	-	0
(tw:(Indigenous population)) AND (tw:(Child)) AND (tw:(Diarrhea)) AND (tw:(Epidemiology))	4	4	1	-	0
Total	14	10	3	1	0

### 2. US National Library of Medicine Institute of Health (PUBMED)

Descritores definidos no dia 29 de maio de 2016, foram analisados e confirmando seu cadastro no MESH terms. Entre dos dias 29 de maio e 29 de junho de 2016 foram definidas as estratégias e realizadas as buscas no PUBMED.

PubMed	Identificados na Base de dados	Aplicação do filtro 10 anos, idiomas e idade	Leitura do título resumo (filtro temática) e texto	Repetidos entre as estratégias de busca	Amostra final após análise na integra
((indigenous population[MeSH Terms]) AND child[MeSH Terms]) AND diarrhea[MeSH Terms]	176	37	6	-	4
(((((indigenous population[MeSH Terms]) AND child[MeSH Terms]) AND diarrhea[MeSH Terms]) OR dysentery[MeSH Terms]))	14	5	0	-	0

AND characteristic, epidemiologic study[MeSH Terms]) AND prevention, primary[MeSH Terms]					
((indigenous population[MeSH Terms]) AND child[MeSH Terms]) AND dysentery[MeSH Terms]	53	7	0	-	0
Total	243	49	6	0	4

### 3. Web Of Science

Descritores controlados foram analisados e confirmados seu cadastro no MESH terms, as estratégias de buscas elaboradas e a busca dos artigos realizada no dia 14 de junho de 2016.

Web Of Science	Aplicação do filtro 10 anos, idiomas e idade	Leitura do título resumo (filtro temática) e texto	Repetidos entre as estratégias de busca	Amostra final após análise na integra
("Indigenous population" AND Children) AND (Diarrhea OR Dysentery)	9	5	-	3
("Indigenous population" AND Children) AND (Diarrhea OR (Dysentery) AND (epidemiology)	2	0	-	0
Total	11	5	0	2

### 4. Elencados através da técnica de *reference tracking* e repetidos

Repetido entre as bases de dados	Total dos artigos da <i>reference tracking</i> : 6
1	1 – total da <i>reference tracking</i> : 5

## APÊNDICE B - ROTEIRO DA COLETA DE DADOS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

Título da pesquisa: **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E ESTRATÉGIAS  
PARA A PREVENÇÃO DA DOENÇA DIARREICA EM CRIANÇAS INDÍGENAS:  
SCOPING REVIEW**

### I. Mapeamento dos estudos

1. Autor(s): \_\_\_\_\_
2. Instituição (s): \_\_\_\_\_
3. País de origem: \_\_\_\_\_
4. Vínculo(s): \_\_\_\_\_

### II. Caracterização do periódico

1. Título do artigo: \_\_\_\_\_
2. Fator de impacto da revista: \_\_\_\_\_
3. Vol./Nº/Ano: \_\_\_\_\_
4. País de origem da revista: \_\_\_\_\_

### III. Levantamento de dados sobre o artigo

1. Descritores/palavras-chave: \_\_\_\_\_
2. Objetivos/propósito: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Metodologia/tipo de pesquisa: \_\_\_\_\_
4. População do estudo e tamanho da amostra: \_\_\_\_\_
5. Critério de elegibilidade dos participantes (critérios de inclusão): \_\_\_\_\_

6. Local do estudo: \_\_\_\_\_

7. Contexto do recrutamento: \_\_\_\_\_

8. Tipo de intervenção (se aplicável): \_\_\_\_\_

9. Duração de Intervenção (se aplicável): \_\_\_\_\_

10. Análise de dados: \_\_\_\_\_

11. Resultados: \_\_\_\_\_

---

---

---

12. Características epidemiológicas da doença diarreica em crianças indígenas:

---

---

---

---

---

---

---

---

13. Lista das estratégias utilizadas para a prevenção da doença diarreica em crianças indígenas:

---

---

---

---

---

---

---

---

14. Comentário sobre as principais conclusões dos autores: \_\_\_\_\_

---