

Hospitalização de crianças indígenas de etnia Guarani, Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul, Rio Grande do Sul

Children hospitalization of indigenous Guarani of Special Indigenous Sanitary District Litoral Sul, Rio Grande do Sul

La hospitalización de los niños de la tribu guarani, Distrito Sanitario Especial Indígena Litoral Sul, Rio Grande do Sul

Juliana Dourado Patzer¹
Ivone Andreatta Menegolla²

RESUMO

O perfil da morbidade de crianças menores de cinco anos é considerado um parâmetro para o estabelecimento das necessidades de saúde da população e as taxas e causas de internação são importantes indicadores da qualidade da assistência oferecida. Neste trabalho são apresentadas algumas características das hospitalizações de crianças menores de cinco anos de etnia Guarani residentes no Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul, Rio

1 Enfermeira, especialista em Saúde da Família pela Faculdade São Camilo, técnica da gerência do DSEI-Litoral Sul/RS junto à ASSAI/RS de 2004 a 2006, atualmente atuando no Centro Estadual de Vigilância em saúde/SES-RS. email para contato: juliana-patzer@saude.rs.gov.br

2 Médica, sanitária, mestre em Ciências da Saúde pela UNISINOS/RS com dissertação sobre fatores associados à baixa estatura de indígenas no RS, consultora para Doenças Imunopreveníveis na SES/RS.

Grande do Sul (DSEI_Litoral Sul/RS) nos anos 2003 a 2007. Foram detectados problemas de registro e de continuidade da assistência. Houve maior número de internações nos meses de verão e inverno nos anos 2004 a 2006, anos que tiveram melhor qualidade de registro. As crianças Guarani internaram até cinco vezes mais que as crianças residentes dos municípios onde estão localizadas as aldeias, evidenciando a desigualdade em saúde que ainda atinge as populações indígenas. Há necessidade de construir rotinas para qualificação das causas de internação e criar mecanismos de manutenção de equipes de saúde atuando de forma contínua. Além disso, para promoção da saúde da criança indígena, e a redução no número de internações hospitalares, há necessidade de intervenções coletivas culturalmente traduzidas e pactuadas com a comunidade.

Palavras chave: hospitalização de crianças

indígenas, saúde indígena, etnia Guarani

ABSTRACT

The profile of children less than five years is considered a parameter for establishing the health needs of the population and the rates and causes of hospitalization that are important indicators of the quality of health care provided. This paper presents some characteristics of hospitalizations of children under five years of Guarani tribe residing in Special Indigenous Sanitary District South Coast, Rio Grande do Sul (South DSEI_Litoral/RS) in the years 2003-2007. There were detected registry problems and continuity of health care provided. There were a higher number of hospitalizations in the summer months and winter in the years 2004 to 2006, which had a better record quality. Guarani children were hospitalized five times more than children living in the municipalities where the villages are located, highlighting the health inequalities that still affect indigenous peoples. There are need to create routines for classification of the hospitalization causes and need to build mechanisms to make the health teams working continuously. To promoting the health of indigenous children and reduce the number of hospital admissions, there are need for collective interventions culturally translated and agreed with the community.

Key words: hospitalization for indigenous children, ethnic group Guarani, indigenous health

RESUMEN

El perfil de salud de los niños de menos de cinco años se considera un parámetro para establecer las necesidades de salud de la población y

las tasas y causas de la hospitalización, que son indicadores importantes de la calidad de la atención prestada. Este artículo presenta algunas características de las hospitalizaciones de niños menores de cinco años de etnia Guaraní que residen en Distrito Sanitario Especial Indígena Litoral Sul, Rio Grande do Sul (DSEI_Litoral Sul/RS) en los años 2003 a 2007. Se detectaron problemas de registro y de la continuidad de la atención. Hubo un mayor **número de** hospitalizaciones en los meses de verano e invierno en los años 2004 a 2006, que tenía una mejor calidad de el registro. Niños Guaraní hospitalizaran cinco veces **más** que los niños que viven en las ciudades donde se encuentran estos pueblos, destacando las desigualdades en salud que aún afectan a los pueblos indígenas. Hay necesidad de crear rutinas para mejorar la clasificación de las causas de ingresos hospitalarios y mecanismos de mantenimiento de los equipos de salud para que trabajan continuamente. Además de promover la salud de los niños indígenas y de reducción del **número** de ingresos hospitalarios, hay necesidad de intervenciones colectivas culturalmente traducidos y acordado con la comunidad.

Palabras clave: hospitalización de niños indígenas, grupo etnico Guaraní, salud indígena

INTRODUÇÃO

O perfil da morbidade de crianças menores de cinco anos é considerado um parâmetro para o estabelecimento das necessidades de saúde da população e as taxas e causas de internação são importantes indicadores da qualidade da assistência oferecida¹. Informações geradas a partir de dados de internação possibilitam intervir e incrementar ações capazes de reduzir

esse evento traumático para a criança e sua família, possibilitando implementar políticas voltadas para o aumento da equidade do sistema de saúde brasileira ².

Vários são os fatores de risco citados na literatura que são associados à hospitalização de crianças menores de cinco anos: sexo masculino, baixa renda familiar, número de crianças menores de cinco anos morando no domicílio, local de residência (rural, urbano), exposição ao fumo, frio e umidade, desnutrição, desmame precoce, idade da mãe, menor grau de escolaridade materna, entre outros ¹.

Desde 1999, estabeleceu-se o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, reconhecendo os povos indígenas com suas especificidades étnicas e culturais, como também seus direitos territoriais, considerando que o subsistema deveria desenvolver um modelo diferenciado de atenção à saúde que atendesse os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mas criando uma rede de serviços capaz de transpor as dificuldades de cobertura de atendimento, acesso e a especificidade cultural desses povos ^{3,4}. A atenção à saúde indígena é realizada em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) onde são desenvolvidas ações de atenção primária por meio de Equipes Multidisciplinares Indígenas (EMSI), que atuam nas aldeias de forma “diferenciada”, levando em consideração as especificidades culturais e epidemiológicas dos povos indígenas ⁵.

No Rio Grande do Sul (RS), em 2006, viviam cerca de 17.000 índios, sendo cerca de 15.000 de etnia Kaingang e 2.000 Guarani. Cada um destes povos possui suas peculiaridades, visões de mundo e diferentes valores, o que reflete

em seus hábitos, organização política, social e econômica. Nesse período as comunidades Guarani, pertencentes ao DSEI Litoral-Sul, eram atendidas por duas EMSI volantes que realizavam ações de atenção básica em 19 aldeias pertencentes a 12 municípios do Estado, tendo como princípio o respeito às concepções, valores e práticas relativas ao processo saúde-doença.

Quando o índio é acometido por uma doença busca inicialmente, remédios à base de ervas ou o pajé, caso haja disponibilidade em suas terras ⁶. Contudo, com a incorporação de alguns hábitos culturais e alimentares do não índio surgiram doenças que fogem ao alcance da medicina tradicional, para as quais a medicina nativa não possui alternativas de cura tornando-se necessário a utilização da medicina ocidental. Entre o povo Guarani a medicina tradicional indígena é realizada pelo *Karai* (pajé), mas atualmente muitas aldeias não possuem um, dificultando a abordagem tradicional e levando à busca de atendimento entre os *juruá* (não indígenas) muitas vezes tornando inevitável o encaminhamento para fora da aldeia e eventualmente tendo como desfecho a hospitalização.

Conhecer o perfil das internações de crianças indígenas menores de 5 anos pode auxiliar na proposição de ações que promovam a saúde da criança e reduzam internações e mortalidade por causas evitáveis, objetivo do presente estudo.

MÉTODOS

Estudo com abordagem quantitativa, realizado com a população de crianças menores de cinco anos, de etnia Guarani, do DSEI

Litoral-Sul do Rio Grande do Sul, atendidas pelas EMSI do Pólo Base Barra do Ribeiro e Viamão.

Os critérios de inclusão utilizados para a pesquisa foram: crianças na faixa etária preestabelecida que hospitalizaram entre 2003 a 2007. Os dados foram coletados nos registros de internação hospitalar preenchidos pelas EMSI do DSEI Litoral-Sul do Rio Grande do Sul.

As variáveis resgatadas foram: ano, idade, mês de hospitalização e diagnóstico inicial que motivou o encaminhamento para internação hospitalar. Os diagnósticos foram agrupados segundo categoria das causas do CID-10⁷.

A realização da pesquisa se deu mediante avaliação do projeto e assinatura do termo de consentimento institucional pela Coordenação da Fundação Nacional da Saúde do Rio Grande do Sul, o qual está em consonância com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde⁸, visto que esse projeto não carece de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população das aldeias Guarani objeto desse estudo variou de 684 a 897 pessoas e as crianças menores de 5 anos de 184 a 192 entre 2003 e 2007, respectivamente. Neste período foram internadas 237 crianças (22 a 74), com maior número de internações em 2004 e 2006 (Figura 1). O ano de 2003 apresentou número inferior aos demais, possivelmente por problemas de registro. Apenas em 136 hospitalizações havia registro do hospital e entre estes, o local que

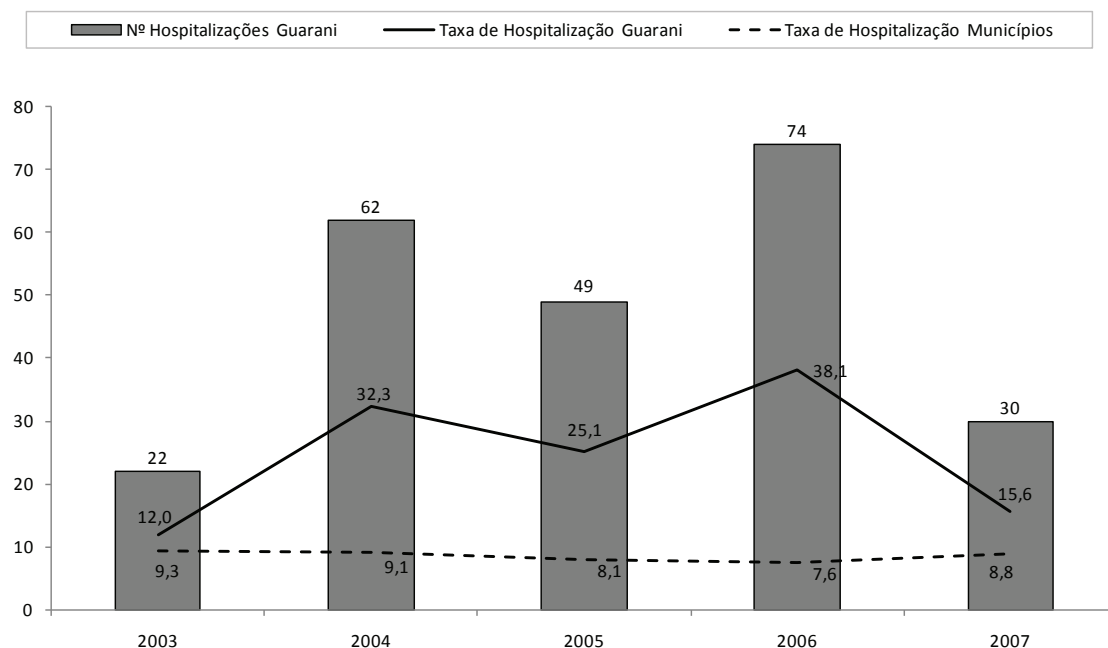
predominou foi o Grupo Hospitalar Conceição, sediado em Porto Alegre, referência da região metropolitana para o SUS.

As flutuações no número de hospitalizações podem estar mais relacionadas à assistência, a presença do profissional médico na EMSI e a aspectos epidemiológicos do que a questões culturais, como a mobilidade Guarani, uma vez que a população se manteve razoavelmente estável no período. Em estudo anterior, realizado em população indígena do DSEI Interior Sul, foi observado que a ausência de EMSI nas aldeias diminuía o registro de doenças e óbitos⁹.

Comparando a taxa de hospitalização das crianças Guarani com as das crianças dos municípios onde estão localizadas as aldeias, pode se observar que as crianças indígenas foram internadas em hospital até cinco vezes mais que as crianças residentes dos mesmos municípios, desigualdade em saúde também encontrada em outros estudos¹⁰.

Houve importante qualificação dos dados de 2004 a 2006 uma vez que a proporção de internações sem registro de causa passou de 22,8% em 2003 para 1,4% em 2006 com piora importante em 2007, sendo que em mais da metade das internações não havia um diagnóstico informado. Apesar da limitação na análise das causas de internação do ano 2003, as internações decorrentes de distúrbios

Figura 1 Número e Taxa de Hospitalização* de crianças indígenas < 5anos, de etnia Guarani/ DSEI Litoral-Sul e Taxa de Internações de crianças < de 5 anos dos municípios** sede das áreas indígenas, Rio Grande do Sul, 2003 a 2005



Fonte: EMSI/DSEI Litoral Sul/ASSAI-FUNASA/RS

Nota: * Taxa por 100 habitantes;

**Municípios (Barra do Ribeiro, Viamão e Riozinho (apenas 2007))

respiratórios foram as mais frequentes, representando mais da metade do total de internações em menores de cinco anos nos últimos anos, exceto em 2003 e 2007, possivelmente devido à piora do registro.

A predominância de internações devido a distúrbios respiratórios se alinha ao perfil epidemiológico internacional onde as infecções respiratórias agudas (IRA) representam um dos principais problemas de saúde entre as crianças

Tabela 1 Hospitalizações em crianças indígenas < 5anos de etnia Guarani segundo capítulos do CID-10, DSEI Litoral-Sul, Rio Grande do Sul, 2003-2007

Capítulo do CID-10	2003		2004		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Doenças do Aparelho Respiratório	10	45,5	41	66,1	28	57,1	41	55,4	10	33,3
Doenças Infecciosas e Parasitárias	6	27,3	8	12,9	6	12,2	27	36,5	1	3,3
Doenças endócrinas Nutricionais e Metabólicas	1	4,5	3	4,8	5	10,2	1	1,4	0	0,0
Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	2	6,7
Causas externas	0	0,0	2	3,2	0	0,0	0	0,0	1	3,3
Outros	0	0,0	2	3,2	6	12,2	3	4,1	0	0,0
Não informada	5	22,7	6	9,7	4	8,2	1	1,4	16	53,3
Total	22	100,0	62	100,0	49	100,0	74	100,0	30	100,0

Fonte: EMSI/DSEI Litoral Sul/ASSAI-FUNASA/RS

< 5anos em países em desenvolvimento. Na região das Américas estas doenças estão entre as cinco primeiras causas de óbito de crianças <5anos e são consideradas a principal causa de consultas e internações nos serviços de saúde¹¹.

As principais causas de doenças do aparelho respiratório, registradas pelas EMSI, foram broncopneumonias e pneumonias. Fatores de risco para as infecções respiratórias agudas (IRA), apontados por Caetano (2002), são as características da moradia, contaminação do ar doméstico, o estado nutricional, o confinamento, a ausência da prática natural de aleitamento materno, as imunizações recebidas e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, entre outros. Essas infecções são um problema de difícil manejo para as equipes de saúde indígena, pois as famílias indígenas se enquadram em quase todos os fatores de risco: as famílias são numerosas, chegando de 8 a 10 filhos, há convivência até de mais de uma família em uma residência, os recursos financeiros são escassos, impondo restrições alimentares e influenciando na situação nutricional, algumas aldeias são de difícil acesso aos serviços de saúde, as casas são aquecidas por fogo de chão e a situação de saneamento é precária, impondo dificuldades na higiene pessoal e dos utensílios domésticos¹².

As doenças infecciosas e parasitárias foram o segundo maior grupo de internação no período analisado, entre 12 e 36%, tendo como principais causas as gastroenterites e parasitoses. Este quadro, somado à desnutrição e infecções de pele sugere que as condições de saneamento e alimentação continuam a ser um importante determinante na saúde das crianças indígenas. Além disso, causas externas em crianças começam a ser detectadas

(atropelamento e fraturas), necessitando avaliar risco nos locais onde as aldeias estão localizadas, muitas delas na beira de rodovias estaduais e federais muito movimentadas.

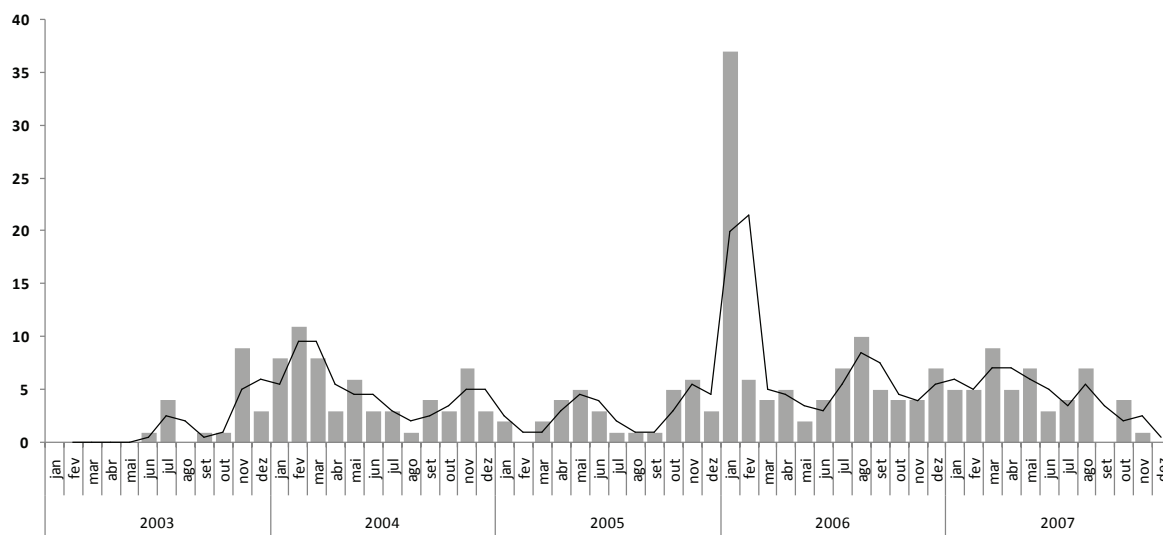
No Brasil em 2004, 82,6% das internações em menores de cinco anos pertenciam às doenças do aparelho respiratório e no RS, nos municípios de Viamão e Barra do Ribeiro, que concentram o maior número de índios de etnia Guarani no estado, as taxas ficaram em 76,6% e 87,8%, respectivamente¹³. Serafim, em 2004, apresenta dados do Departamento de Saúde Indígena (DESAI), onde 35,8% dos atendimentos diagnosticados nas aldeias foram atribuídos a Doenças Infecto-Parasitárias (helminíase, diarreia, micose, pediculose, tuberculose e malária) e 29,8% foram por Doenças do Aparelho Respiratório (Infecção Respiratória Aguda - IRA, pneumonia, bronquite e asma), sugerindo que representam parte considerável da carga das doenças que acometem as populações indígenas.

Em um estado como o RS, onde as estações são bem marcadas, com invernos e verões rigorosos, seria esperado encontrar sazonalidade na ocorrência de doenças respiratórias e gastroenterites e por conseqüência nas hospitalizações. Observando a figura 2, com o total de internações por mês de ocorrência, é possível ver aumentos delas nos meses de verão e de inverno nos anos de 2004 a 2006, no verão decorrente de doenças diarreicas e no inverno mais devido as doenças respiratórias. Em 2006 há um aumento importante das hospitalizações no início do ano, provavelmente decorrente de surto ou ausência de equipe em área, cujas causas não foram recuperadas em registros ou entrevista com profissionais que ainda atuam na região. A falta deste padrão em 2003 e 2007

pode ser decorrente de problemas nos registros, sendo que a análise por capítulo de doença e

mês não foi possível devido à falta de registro de ambas ou uma dessas variáveis.

Figura 2 Número de Hospitalizações por mês e ano de ocorrência, em crianças indígenas < 5anos, de etnia guarani, DSEI Litoral-Sul, Rio Grande do Sul, 2003 a 2007



Fonte: EMSI/DSEI Litoral Sul/ASSAI-FUNASA/RS

As EMSI prestam assistência através de um cronograma preestabelecido, necessitando muitas vezes pernoitar nos locais de atendimento. Em apenas 01 das aldeias há uma unidade de saúde construída, nas restantes as equipes prestam atendimento ao ar livre ou em local cedido pela própria comunidade. Atualmente, houve a contratação de mais uma EMSI para atuar nestes municípios, aumentando com isto a presença da equipe em área e praticamente todas as aldeias Guaranis já possuem unidade de saúde. A função das equipes é prestar serviços a atenção básica a estas comunidades, ou seja, consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, visitas domiciliares e atividades de educação em saúde individuais e coletivas, visando a implementação das Políticas Nacionais de Saúde de atendimento ao pré-natal, puericultura, imunizações, prevenção

ao câncer de mama e colo uterino, prevenção e controle de doenças crônicas degenerativas, atendimento saúde bucal, etc.

Os sistemas de registro de dados coletados em campo mudam continuamente o que, somado à troca constante de equipes de gestores, dificulta avaliações fidedignas de séries históricas de morbimortalidade das populações indígenas. A ausência de rotinas para qualificação das causas de internação dificulta as análises uma vez que os diagnósticos realizados nas aldeias (base desse trabalho) em geral estão embasados somente em critérios clínicos. Na tabela 2 se exemplifica essa dificuldade: os vários formatos de planilhas de coleta de dados utilizadas no período estudado impossibilitaram discriminar quais idades entre os menores de 5 anos apresentou maior

risco de hospitalizar.

Tabela 2 Hospitalizações em crianças indígenas < 5anos de etnia Guarani segundo ano e faixa de idade, DSEI Litoral-Sul, Rio Grande do Sul, 2003-2007

Idade	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
0-6m	2	13	16			31
6-11m	3	9	7			19
<1a				34	19	53
1-4a	4	17	14	13	11	59
<5a	13	23	12	27		75
Total	22	62	49	74	30	237

Fonte: EMSI/DSEI Litoral Sul/ASSAI-FUNASA/RS

A diminuição do CMI está associada à maior oferta de serviços de saúde próximo das comunidades, a melhoria da qualidade de assistência local e na rede de referência, ao melhor controle das doenças transmissíveis, principalmente da diarreia, ao aumento da cobertura vacinal e melhoria da qualidade da água utilizada. No RS, diferentes coeficientes de mortalidade infantil (CMI) são encontrados: no DSEI Interior-Sul, o CMI foi 51,7 em 2004 enquanto no DSEI Litoral-Sul alcançou 80,0 óbitos infantis por mil nascidos vivos, evidenciando a maior vulnerabilidade da etnia Guarani comparada à etnia Kaingang.

É imprescindível que as EMSI conheçam a comunidade em que atuam, uma vez que o contato com as sociedades indígenas nos permite olhar a nossa própria sociedade e cultura, trazendo reflexão sobre as nossas regras sociais e nosso modelo biomédico, consciência que pode auxiliar na construção de estratégias de promoção de saúde junto com as comunidades indígenas. A construção de diálogo, superando a infantilização e preconceito históricos, poderá permitir possibilidades de escolhas de um

futuro sanitário menos insalubre, respeitando o modo de ser indígena.

Este diálogo realmente é muito importante, principalmente nas situações em que os pais, muitas vezes orientados pelo curandeiro, não deixam a criança doente ser removida de casa ou de sua aldeia¹⁴. Em relação à criança indígena a situação é complexa tanto pelas diferenças de hábitos comportamentais e alimentares, como da língua, pois a maioria das crianças e mães Guarani não falam fluentemente o português, sendo imprescindível criar uma rede de serviços que permita o acesso desta comunidade ao SUS, buscando superar as dificuldades logísticas e operacionais encontradas na maioria das comunidades Guarani do Estado.

O que se torna um desafio é a realização destas atividades buscando respeitar e incentivar a cultura guarani. Um exemplo deste desafio é a assistência ao parto: as mulheres guarani realizam a maioria deles na própria aldeia, com a assistência de parteiras. Nesta situação as equipes buscam trabalhar em conjunto a medicina ocidental e a tradicional,

respeitando a opinião da gestante e trabalhando juntamente com a parteira. Para promoção da saúde as equipes que atuam com o povo Guarani devem buscar soluções que respeitem o estilo de vida, como andar descalços, ter em suas residências o “fogo de chão” e serem nômades, mas promovam a saúde, tarefa nem sempre fácil.

No entanto, a assistência envolve também a construção de referência e contra-referência para que as equipes volantes, em articulação com os municípios realmente tenham capacidade diagnóstica e assistência hospitalar adequadas. Apesar dos municípios serem co-responsáveis pela assistência da população indígena, muitas vezes o indígena era visto como responsabilidade apenas do gestor federal, não o vendo como um munícipe de sua responsabilidade.

A promoção da saúde da criança e a redução no número de internações hospitalares necessitam intervenções coletivas culturalmente traduzidas e pactuadas na comunidade. Além do aleitamento materno, imunizações, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, qualificação do pré-natal, necessita eu haja qualificação do manejo dos casos e abordagem das equipes junto com a comunidade para reduzir internações evitáveis ou desnecessárias.

REFERÊNCIAS

1 Caetano RM et al. Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo. 2002; 36 (3): 285-29.

2 Castro MSM et al. Fatores Associados

à Internações Hospitalares no Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2002; 7(4): 795-811.

3 Brasil (a). Decreto n.º 3.146, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação da assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da saúde, altera dispositivos dos Decretos n.ºs 564, de 8 de junho de 1992, e 1141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. Disponível em: www.cimi.org.br Acesso em: 18 jan. 2006.

4 Brasil (b). LEI n.º 9.836/99, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providência”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Disponível em: www.cimi.org.br Acesso em: 18 jan. 2006.

5 Brasil. Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, 2ª Ed. BRASÍLIA, 2002.

6 Yamamoto RM. Medicina ocidental e medicina indígena: a favor da saúde da criança indígena brasileira. In: Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira. Sociedade Brasileira de Pediatria. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004.

7 CID 10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde. Décima Revisão. Volume I. Disponível em: www.datasus.gov.br/cid10

Acesso em: 16 jan. 2006.

8 Brasil. Resolução N° 466, de 12 de Dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>

9 Menegolla IA, Fukuoka E, Rodrigues IH. Investigação de óbitos de crianças menores de 5 anos na Terra Indígena Guarita, Município de Redentora/RS. Revista Brasileira de Epidemiologia, Suplemento Especial: 2(29), 2002.

10 Diehl EE, Drachler ML, Menegolla IA, Rodrigues IH. Financiamento e atenção à saúde no distrito sanitário especial indígena interior sul. In Coimbra JR., CEA, Santos, RV, Escobar, AL., orgs. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

11 Benguigui Y et al. Infecções Respiratórias em Crianças. Organização Pan-Americana de Saúde, março 1998.

12 Cardoso AM. Fatores Etiológicos e Prognósticos para Infecção Respiratória Aguda em crianças indígenas Guarani menores de cinco anos hospitalizadas do Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul, Brasil: um Estudo Caso-Controlado. Tese de Doutorado, FIOCRUZ, 2005.

13 Brasil. Sistema de Internações Hospitalares (SIH), 2004. Disponível em: www.datasus.gov.br

14 Mendonça S. Relação médico-paciente: valorizando os aspectos culturais x medicina

tradicional. In: Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira. Sociedade Brasileira de Pediatria. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004.

Artigo apresentado em: 02/09/2013

Artigo aprovado em: 14/11/2013

Artigo publicado no sistema em 3/12/2013