



Residência **RP** Pediátrica

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Pediatria

ISSN-Online: 2236-6814

Data de Submissão: 01/01/2018

Data de Aprovação: 14/04/2018

ARTIGO ORIGINAL

Doenças neurológicas em crianças e adolescentes indígenas do Hospital Universitário de Brasília

Neurological diseases in pediatric indigenous population in the University Hospital of Brasília

Rúbria Liziero Picoli¹, Lisiane Seguti Ferreira²

Palavras-chave:

neurologia,
pediatria,
saúde de populações
indígenas.

Resumo

Objetivos: Identificar e caracterizar, do ponto de vista epidemiológico e clínico, os pacientes indígenas, com idade inferior a 18 anos, portadores de distúrbios neurológicos atendidos no Hospital Universitário de Brasília. **Métodos:** Trata-se de estudo descritivo e retrospectivo realizado por meio de análise de prontuários de pacientes indígenas com idade inferior a 18 anos, que foram atendidos no hospital universitário de referência durante o período de janeiro de 2014 a dezembro de 2016. **Resultados:** Foram identificados 24 pacientes, sendo que 18 eram acompanhados na Neuropediatria. Dentre estes, a idade média no primeiro atendimento foi de 5,2 anos, com predomínio do sexo masculino. O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Xingu foi a origem de 11 pacientes. Observou-se que 61,1% dos pacientes receberam diagnóstico de epilepsia, com a etiologia infecciosa em 36% dos casos. Outros diagnósticos encontrados foram de cefaleia, alteração de perímetro cefálico, encefalopatia crônica não progressiva, síndrome de Guillain Barre e mielite transversa. Foi observada baixa adesão terapêutica. Todos os seis pacientes com agravos neurológicos atendidos em outras especialidades apresentavam diagnóstico de atraso de desenvolvimento neuropsicomotor associado às comorbidades. O cenário de maior atendimento foi ambulatorial. **Conclusões:** As crianças e adolescentes indígenas, portadoras de doença neurológica atendidas no Hospital Universitário de Brasília, foram em sua maioria do sexo masculino, provenientes do DSEI Xingu e pertencentes à faixa etária pré-escolar. A epilepsia foi a condição mais frequentemente identificada e o atraso de desenvolvimento neuropsicomotor associado às comorbidades foi visto em pacientes de outras especialidades. Observou-se ainda a baixa adesão terapêutica.

¹ Médica residente do Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

² Doutorado em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil. Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Endereço para correspondência:

Lisiane Seguti Ferreira.

Hospital Universitário de Brasília - Universidade de Brasília. Departamento de Pediatria- Faculdade de Medicina - Universidade de Brasília-UnB - Campus Universitário Darcy Ribeiro - Asa Norte-Brasília-DF, Brasil - CEP: 70.910-900. E-mail: lisianeseguti@gmail.com

Keywords:
neurology,
pediatrics,
health of indigenous
peoples.

Abstract

Objectives: To identify and to characterize from the epidemiological and clinical point of view the indigenous population under the age of 18 who were treated for neurological disorders in the University Hospital of Brasília. **Methods:** This is a descriptive and retrospective study carried out by an analysis of medical records of indigenous patients aged less than 18 years who were treated at a University Hospital of reference during the period from January 2014 to December 2016. **Results:** We identified twenty-four patients, 18 of whom had follow up with Neuropediatrics outpatient. Among these, the mean age at first care was 5.2 years; with predominance of males. The Xingu Indigenous Special Sanitary District (DSEI) was the origin of 11 patients. It was observed that 61.1% of the patients were diagnosed with epilepsy, been the 36% from infectious etiology. Other diagnoses were headache, cephalic perimeter alterations, non-progressive chronic encephalopathy, Guillain-Barré syndrome and transverse myelitis. Low therapeutic adherence was observed. All six patients with neurological complaints attended in other specialties had a diagnosis of neuropsychomotor development delay associated with other comorbidities. **Conclusions:** Indigenous children and adolescents with neurological diseases attended at the University Hospital of Brasília were mostly male, from the Xingu DSEI and belonging to the preschool age group. The most frequently identified condition was epilepsy and the neuropsychomotor development delay associated with other comorbidities was seen in patients from other specialties. Low therapeutic adherence was also observed.

INTRODUÇÃO

A saúde do indígena no Brasil está diretamente relacionada a questões socioeconômicas e ambientais como precárias condições de saneamento de suas aldeias; a introdução de novos patógenos, inadequados serviços de saúde; a usurpação de territórios que dificulta ou mesmo inviabiliza a subsistência destes povos; além da perseguição de indígenas ou até mesmo o extermínio de comunidades inteiras¹.

Historicamente, o perfil de morbimortalidade indígena no Brasil tem sido dominado pelas doenças infecciosas e parasitárias. As condições como obesidade, hipertensão e diabetes mellitus, dentre outras, têm sobrepujado os índices de doenças infecciosas e parasitárias em países como o Canadá e os Estados Unidos². Ainda que esta não seja a situação epidemiológica dos povos indígenas no Brasil, há indícios claros de uma transição em curso, face à intensidade das mudanças socioculturais, comportamentais e ambientais e seus impactos sobre os perfis de morbimortalidade¹.

Dentre as condições clínicas que mais comumente afetam a criança indígena, estão a anemia e a desnutrição^{3,4}. No entanto, em relação às condições neuropsiquiátricas como epilepsia, encefalopatia crônica não progressiva (ECNP), pouco se sabe⁵.

O transtorno do déficit de atenção e hiperatividade foi estudado entre crianças indígenas da etnia Karajá na Amazônia Legal Brasileira, mostrando prevalência quase quatro vezes superior à média encontrada nos escolares não indígenas⁶.

A prevalência de epilepsia parece ser mais elevada nesse grupo populacional, 57/1000 em índios Guaymis no Panamá, em contraste com 22/1000 nas populações mais pobres deste país⁷.

A mortalidade infantil tardia tem diminuído, concentrando-se no período neonatal, que tem como causas, principalmente, a prematuridade e malformações congênitas⁸. Quanto à ocorrência de ECNP, os dados são imprecisos, uma vez que algumas etnias têm como prática o sacrifício de crianças indígenas malformadas ou com grave debilidade motora e/ou cognitiva⁵.

De forma geral, é importante identificar e conhecer as condições neurológicas e sequelas que mais comumente afetam a comunidade indígena a fim de aperfeiçoar o atendimento a esse grupo de pacientes e, como forma indireta, avaliar a eficácia dos convênios estabelecidos pelo hospital.

Tais informações são fundamentais para o embasamento de atuações políticas e programas intersetoriais de saúde, assistência social, educação e implementação de serviços de saúde especializados, com vistas a definir prioridades como a assistência pré e perinatal adequadas à comunidade indígena.

Há poucos trabalhos cujo enfoque é o indígena portador de doença neurológica ou psiquiátrica. O objetivo desta pesquisa é identificar e caracterizar, do ponto de vista epidemiológico e clínico, os pacientes indígenas, com idade inferior a 18 anos, portadores de distúrbios neurológicos, atendidos no Hospital Universitário de Brasília (HuB) durante o período de janeiro de 2014 a dezembro de 2016.

MÉTODOS

Estudo descritivo e retrospectivo por meio de análise de prontuários de pacientes indígenas de diversas etnias com idade inferior a 18 anos atendidos na Pediatria do HuB. O HuB é uma instituição de nível terciário, que atende os pacientes provenientes da Casa de Saúde Indígena (CASI), e conta com o Ambulatório de Saúde Indígena desde 2013⁹.

Foi feita pesquisa no setor de estatística do hospital pelo sistema informatizado Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) de pacientes atendidos na Pediatria Geral e especialidades, durante o período compreendido entre janeiro de 2014, data em que o sistema de registro passou a ser informatizado, e dezembro 2016. A identificação foi feita manual e individualmente dos nomes indígenas em listagem fornecida pelo sistema, que não utiliza a classificação por etnia.

Identificados os pacientes, procedeu-se à busca ativa dos prontuários físico e/ou eletrônico junto ao Setor de Arquivo Médico e Estatística. Foram incluídos no estudo

os pacientes indígenas menores de 18 anos atendidos no ambulatório de Neuropediatria e pacientes atendidos por outras especialidades pediátricas, mas com comorbidades neurológicas, mesmo sem seguimento na especialidade de Neuropediatria. Foram excluídos pacientes com prontuário físico ou eletrônico inexistente.

Foram analisados os seguintes dados epidemiológicos: idade da primeira consulta, sexo, ano do primeiro atendimento, cenário de atendimento, Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI); e os dados clínicos: manifestações da doença, exame físico, achados de neuroimagem, medicações em uso e adesão ao tratamento e às consultas. A aderência foi ponderada pela avaliação pessoal do médico assistente, registrada em prontuário, sendo considerada boa adesão o uso regular da medicação e presença em retorno agendado.

Foi feita análise estatística utilizando o programa Excel 2010, com cálculo de medidas de tendência central e medidas de dispersão.

O projeto foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, sob o parecer nº 1.453.723.

RESULTADOS

O HuB realizou 15.136 atendimentos para pacientes menores de 18 anos no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2016, de acordo com o registro informatizado do AGHU.

Foram identificados 46 diferentes pacientes indígenas, dos quais foram excluídos três pacientes por serem adultos e estarem inadequadamente listados entre pacientes menores de 18 anos e outros três, por não possuírem prontuário físico ou eletrônico. Foram analisados os prontuários de 40 pacientes. Apenas 24 pacientes apresentavam agravos neurológicos, sendo que 18 eram acompanhados na Neuropediatria e os demais em outras especialidades. As características epidemiológicas e clínicas de todos os pacientes avaliados são apresentadas nas Tabelas 1 e 2.

Entre os pacientes atendidos pela Neuropediatria, a idade média dos pacientes no primeiro atendimento foi de 5,2 anos (mediana = 4,6; desvio padrão $\pm$ 4,8). Houve predomínio do sexo masculino (11 pacientes). Apenas um paciente foi encaminhado ao ambulatório de Neurologia adulto e seis receberam alta da Neuropediatria. O DSEI Xingu foi a origem de 11 pacientes, sendo que três pacientes tornaram-se cidadãos.

Tabela 1. Caracterização epidemiológica dos pacientes da neuropediatria.

Paciente	Sexo	Idade*	Ano**	Cenário***	DSEI****
1	F	1	2007	PS	Xavante
2	M	14.5	2010	Ambulatório	Maranhão
3	M	8.6	2009	Ambulatório	Mato Grosso do Sul
4	F	5.3	2010	Ambulatório	Cuiabá
5	F	9	2008	PS	Xingu
6	M	3.2	2011	PS	Xingu
7	M	0.7	1993	Ambulatório	Xavante
8	M	17.3	2010	Ambulatório	Xingu
9	F	0	2005	UTIN	Citadino
10	M	0.4	2009	PS	Xingu
11	M	0.4	2016	Ambulatório	Xingu
12	F	8.2	2016	Ambulatório	Xingu
13	F	5.2	2012	PS	Leste de Roraima
14	M	4	2011	Ambulatório	Xingu
15	M	1.1	2013	Ambulatório	Xingu
16	F	6.6	2011	PS	Xingu
17	M	6	2015	Ambulatório	Xingu
18	M	3.3	2014	Ambulatório	Xingu

*Idade e anos no primeiro atendimento

**Ano do primeiro atendimento

*** Cenário do primeiro atendimento

****Distrito sanitário especial indígena

PS - pronto-socorro

UTIN - Unidade de terapia intensiva neonatal

Tabela 2. Caracterização clínica dos pacientes da neuropediatria.

Paciente	Consultas*	Tratamento	Quadro clínico	Exame neurológico	Exames	Etiologia	Fármacos
1	Adequada	Irregular	Epilepsia	Normal	EEG: normal	Meningite	FNB
2	Adequada	Adequado	Epilepsia/ Hidrocefalia	Hemiparesia	TC: hidrocefalia / criptococoma	Meningite	FNT/CBZ
3	Adequada	Adequado	Epilepsia	Normal	TC e EEG normais	SI	CBZ
4	Adequada	Irregular	Epilepsia/Cefaleia	Normal	EEG: OA TE + RM normal	TCE	FNB/OXC/CBZ
5	Adequada	Irregular	Epilepsia	Deficiência auditiva e mental	RM: EMC	Meningite	FNB/VA CBZ
6	Baixa	NA	Paraparesia	Paraparesia arreflexa	ENMG: NAMA	SGB	N
7	Adequada	Irregular	Epilepsia	Hemiparesia	EEG: OA multifocal	SI	FNP/NTZ/VA/CBZ
8	Adequada	Adequado	Epilepsia/Cefaleia	Deficiência Mental	TC: cisto aracnóideo EEG: normal	SI	VA
9	Baixa	Irregular	ECNP/ Epilepsia	Hemiparesia	TC: atrofia hemisférica	Meningite	FNB
10	Adequada	Irregular	Epilepsia	Deficiência Mental	EEG alterado: SI + TC	SI	FNT/FNB
11	Adequada	NA	Macrocrania	Macrocrania	-	SI	N
12	Adequada	Irregular	Cefaleia	Normal	TC: mega cisterna	SI	Propanolol
13	Adequada	Adequado	Epilepsia / TEA	Microcefalia	EEG: OA focal e generalizada	SI	FNB/VA/CZ
14	Adequada	Adequado	Epilepsia / Microcefalia	Deficiências visual e mental	RM e EEG normais	SI	VA
15	Adequada	NA	Encefalocele / Hidrocefalia	Síndrome piramidal e deficitária	TC: hidrocefalia / encefalocele	disrafismo espinhal	N
16	Adequada	NA	Mielite Transversa	Síndrome medular	RM: isquemia medula cervical	MAV	N
17	Baixa	NA	Atraso DNPM	Deficiência mental	-	SI	N
18	Adequada	NA	ECNP	Síndrome pyramidal e deficitária	-	Hipóxia neonatal	N

*Consultas = adesão

NA = Não se aplica; SI - Sem Informação; ECNP = encefalopatia crônica não-progressiva

DNPM = desenvolvimento neuropsicomotor; N = não faz uso;

TEA = transtorno do espectro autista; EMC = encefalomalácia; NAMA = neuropatia axonal motora aguda;

TCE = traumatismo crânio encefálico; SGB = Síndrome de Guillain-Barré; MAV = malformação arteriovenosa;

EEG = Eletrencefalograma; TC = tomografia de crânio;

RM = ressonância magnética; ENMG = Eletrencefalograma;

OA = ondas agudas; T = temporal;

FNT = fenitoína; FNB = fenobarbital; CZ = clobazam; CBZ = carbamazepine;

OXC = oxcarbazepina; VA = valproato de sódio; NTZ = Nitrazepam.

Observou-se que 11 (61,1%) dos pacientes receberam diagnóstico de epilepsia, com alterações eletroencefalográficas vistas em apenas quatro deles. A etiologia infecciosa foi observada em 36% destes 11 pacientes, devido ao quadro de meningoencefalite.

Dos 12 pacientes que fizeram uso da medicação, 58% foram avaliados como baixa adesão por uso irregular durante o período orientado até o retorno ambulatorial. A maioria retornou

às consultas ambulatoriais, conforme orientado (9 de 12). Considerando todos os retornos, alguns deles realizados anteriormente ao período de estudo, a média total foi de 5,7 consultas de retornos por paciente, mínimo de dois e máximo de 13.

Todos os seis pacientes com agravos neurológicos atendidos em outras especialidades apresentavam diagnóstico de atraso de desenvolvimento neuropsicomotor associado às comorbidades

(Tabela 3). Durante o período de estudo, apenas dois pacientes foram internados na enfermaria de Pediatria, seguindo o fluxo de admissão inicial em pronto-socorro pediátrico. Todos foram acompanhados ambulatorialmente. Ressalta-se que um dos pacientes, por múltiplas comorbidades e para melhor acesso ao serviço de saúde, tornou-se cidadão, vivendo na CASAI-DF. Nenhum óbito foi registrado em prontuário.

DISCUSSÃO

O presente estudo soma-se aos poucos da literatura nacional e internacional da saúde indígena no campo da Neuropediatria. Apesar da relevância para a saúde pública, ainda são escassos os estudos disponíveis sobre a condição social, demográfica e epidemiológica da população indígena brasileira¹⁰. Dados estatísticos de morbidade são importantes para guiar políticas de saúde para aperfeiçoar o atendimento a esta população¹¹.

Uma particularidade na composição demográfica das sociedades indígenas é a grande representatividade de crianças menores de 15 anos, que totalizam 41,8% da população indígena brasileira¹², o que pode justificar, em nosso estudo, a participação de apenas um paciente com idade superior a 15 anos. Destacamos a faixa etária de lactentes - nove pacientes - como a faixa de maior número, e também predomínio do sexo masculino, o que vai ao encontro de estudos que avaliaram morbidade hospitalar indígena e observaram preponderância da assistência a lactentes e crianças indígenas do sexo masculino^{11,13}.

Em nosso estudo, a maioria dos indivíduos eram aldeados (95% = 23 pacientes), tendo representantes dos DSEI Xingu, Xavante, Maranhão e leste de Roraima. O aldeamento visto foi semelhante em estudo de crianças indígenas internadas no Acre (95%)¹¹ e no Mato Grosso do Sul (92,2%)¹⁴. O fenômeno demográfico de migração pôde ser identificado. No presente estudo, quatro pacientes tornaram-se cidadãos.

Dantas¹¹ constatou ainda que o número de internações por agravos neurológicos variou de 0,8 a 14,3% em polos-base da CASAI-Acre. Em nosso estudo, majoritariamente, o primeiro atendimento aconteceu via ambulatório, sendo que 37% (n=9) foram admitidos nos serviços de Neuropediatria e especialidades

a partir de 2013, o que pode ser reflexo da melhor vinculação da CASAI com o HuB, graças à implantação do Ambulatório de Saúde Indígena.

No grupo estudado, observou-se o predomínio da epilepsia, que foi identificada em 11 dos 18 pacientes, sendo etiologia infecciosa em quatro pacientes. Sabe-se que a epilepsia é a condição neurológica crônica mais frequente na infância e afeta 0,5 a 1% das crianças¹⁵. Entre os indígenas Bakairi do estado do Mato Grosso, a prevalência de epilepsia é de 18,6%, sendo o principal fator o antecedente familiar, devido à consanguinidade e baixa miscigenação desta população¹⁶.

Em um estudo realizado em Fiji, onde 22% da população com idade inferior a 5 anos é indígena, observou-se que 10% dos casos de meningite bacteriana evoluíram com epilepsia logo após a alta hospitalar e 18,5% apresentaram epilepsia após seis meses¹⁷.

Num estudo australiano, envolvendo crianças e adolescentes indígenas, a epilepsia generalizada idiopática correspondeu a 20% dos casos de epilepsia. Foram observadas alterações eletroencefalográficas em 53% dos pacientes. Os achados de neuroimagem consistiram em: isquemia cerebral, displasia, tumor, trauma, esclerose hipocampal¹⁸. Em nosso estudo, apenas 22% (4 de 18) apresentaram anormalidades ao EEG e outros quatro apresentavam alterações à neuroimagem.

Quanto ao desenvolvimento de ECNP pós-natal, Blair et al.¹⁹ afirmaram que crianças indígenas têm risco quase cinco vezes maior. As principais causas foram: traumatismo cranioencefálico e infecções. Em nosso estudo, um paciente evoluiu com ECNP após meningite e o outro foi secundário à encefalopatia hipóxico-isquêmica. Deve-se considerar que a prática do infanticídio, culturalmente estabelecida em algumas tribos indígenas brasileiras, dificulta a real quantificação de pacientes com ECNP no cenário nacional, haja vista o sacrifício de crianças malformadas com grave debilidade motora e/ou cognitiva⁵.

Da mesma forma, observa-se elevada prevalência da deficiência intelectual na população aborígine australiana com idade superior a 15 anos 20, sendo que fatores genéticos foram identificados em 20,3%, dentre eles a trissomia do cromossomo 21²¹. Na nossa casuística, dos seis pacientes com agravo neurológico atendidos em outras especialidades, todos apresentavam atraso do DNPM,

Tabela 3. Caracterização clínico epidemiológica de pacientes atendidos em outras especialidades.

Paciente	Sexo	Idade*	Ano**	DSEI	Comorbidades	Especialidade
1	F	9.8	2014	Xavante	Hipotireodismo conegênito	Endócrino
2	M	3.1	2005	Xavante	Raquitismo	Endócrino / Dermato / Nefro / CIPE
3	M	1	2007	Xavante	Síndrome de Down / Hipotireodismo congênito	Cardio / Endócrino
4	F	0.4	2016	Xingu	Desnutrição / Anemia / CIA	Genética
5	F	2	2016	Xingu	Fenda palatina / CardC / Tb	Cardio / Pneumo / Genética
6	M	10.2	2013	Xingu	Síndrome de Down / CAT cong / Asma / HP / Hipotireodismo congênito	Pneumo / Cardio / Endócrino

*Idade em anos (primeiro atendimento)

** Ano do primeiro atendimento

CIA - comunicação interatrial;

CardC- cardiopatia congênita;

Tb - tuberculose pulmonar;

HP = hipertensão pulmonar;

CATcong = catarata congênita

principalmente cognitivo. Dois eram portadores da síndrome de Down e três de hipotireoidismo congênito, em acompanhamento em diversas especialidades no hospital (Figura 1, Tabela 3).

Embora epilepsia, paralisia cerebral, deficiência cognitiva sejam as mais condições mais frequentemente identificadas, Azevêdo²², estudando crianças da etnia indígena Karajá, estimou uma elevada prevalência de TDAH, em torno de 10,4%. Em nosso estudo, nenhum paciente recebeu este diagnóstico.

Em relação à adesão medicamentosa, sete pacientes (58%) foram categorizados como baixa adesão, conforme registro em prontuário. Não foi possível identificar se o fato ocorreu por limitações financeiras, dificuldade de acesso aos serviços de dispensação de medicamentos, dificuldade com a língua portuguesa, compreensão limitada quanto às orientações médicas; ou mesmo se por questões culturais quanto a crenças de tratamentos mágicos com rezas ou plantas, como se observa em muitas comunidades indígenas²³.

Este estudo vem somar à escassa literatura existente sobre o tema, informando sobre aspectos clínicos de pacientes admitidos em um hospital universitário de referência à população indígena. Limitações quanto ao curto período estudado, à dificuldade de identificação dos pacientes, associadamente ao tamanho da amostra, reforçam a necessidade de ampliar as pesquisas nessa área como forma indireta de monitorar os convênios estabelecidos entre as Instituições que atendem ao paciente indígena.

Conclui-se que a criança e o adolescente indígena, portador de doença neurológica, representaram menos de 0,05% de todos os atendimentos pediátricos realizados no período de três anos. Foram em sua maioria do sexo masculino, provenientes do DSEI Xingu e pertencentes a faixa etária pré-escolar. O cenário de maior atendimento foi ambulatorial. A epilepsia foi a condição mais frequentemente encontrada, sendo que a etiologia infecciosa a mais identificada. Foi observada baixa adesão ao tratamento medicamentoso, o que deve envolver fatores de ordem social, econômica e cultural.

REFERÊNCIAS

1. Coimbra Júnior CEA, Santos RV, Escobar AL. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 2005.

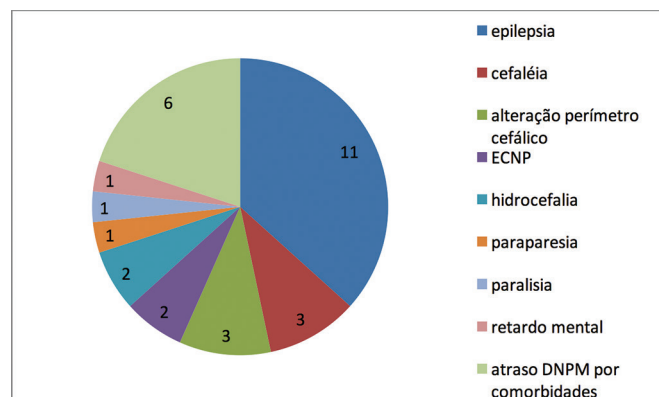


Figura 1. Diagnóstico neurológico dos pacientes do estudo.

2. Szathmáry EJE. Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus among Aboriginal North Americans. *Annu Rev Anthropol.* 1994;(23):57-82.
3. Santos RV. Nutrição e povos indígenas. In: Mapa da Fome entre os Povos Indígenas no Brasil (II): Contribuição à Formulação de Políticas de Segurança Alimentar Sustentáveis. Brasília; 1995. p. 22-4.
4. Escobar AL, Coimbra CE Jr, Welch JR, Horta BL, Santos RV, Cardoso AM. 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.
5. Santos RV, Coimbra Júnior CEA. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: Coimbra JR, CEA, Santos RV, Escobar AL, eds. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 2003. Púbrica. 2002;36(6):759-72.
6. Azevêdo PV, Caixeta L, Andrade LH, Bordin IA. Attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in indigenous children from the Brazilian Amazon. *Arq Neuropsiquiatr.* 2010;68(4):541-4.
7. Gracia F, de Lao SL, Castillo L, Larreategui M, Archbold C, Brenes MM, et al. Epidemiology of epilepsy in Guaymí Indians from Bocas Del Toro Province, Republic of Panama. *Epilepsia.* 1991;31(6):718-23.
8. Lansky S, França E, Leal MC. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(6):759-72.
9. Hoefel MGL, Severo DN, Bermudez XP, Hamann EM, Carvalho HS, Coletivo de Estudantes Indígenas e Não Indígenas PET-Saúde Indígena, et al. PET-Saúde Indígena UnB: construindo redes interculturais em saúde. *Tempus Actas Saúde Coletiva.* 2015;9(1):43-63.
10. Campos SBG, Menezes RCE, Oliveira MAA, Silva DAV, Longo-Silva G, Oliveira JS, et al. Short stature in children of Karapotó ethnic background, São Sebastião, Alagoas, Brazil. *Rev Paul Pediatr.* 2016;34(2):197-203.
11. Dantas FLL. Perfil de morbidade da população indígena infantil referenciada para a Casa de Saúde Indígena (CSAI) de Rio Branco [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2010.
12. Garnelo L, Macedo G, Brandão LC. Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2003.
13. Orellana JDY, Bastos PC, Santos RV, Coimbra Júnior CEA. Morbidade hospitalar em crianças indígenas Suruí menores de dez anos, Rondônia, Brasil: 2000 a 2004. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2007;7(3):281-7.
14. Hattori TY. Perfil epidemiológico dos indígenas internados em um hospital universitário [dissertação]. Dourados: Universidade Federal da Grande Dourados, Faculdade de Ciências da Saúde; 2013.
15. Aaberg KM, Gunnes N, Bakken IJ, Lund Søråas C, Berntsen A, Magnus P, et al. Incidence and Prevalence of Childhood Epilepsy: A Nationwide Cohort Study. *Pediatrics.* 2017;139(5):pii:e20163908.
16. Borges MA, Barros EP, Zanetta DMT, Borges APP. Prevalência da epilepsia entre os índios Bakairi do estado do Mato Grosso, Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2002;60(1):80-5.
17. Biaukula VL, Tikoduadua L, Azzopardi K, Seduadua A, Temple B, Richmond P, et al. Meningitis in children in Fiji: etiology, epidemiology, and neurological sequelae. *Int J Infect Dis.* 2012;16(4):e289-95.
18. Archer J, Bunby R. Epilepsy in Indigenous and non-Indigenous people in Far North Queensland. *Med J Aust.* 2006;184(12):607-10.
19. Blair E, Watson L, O'Kearney E, D'Antoine H, Delacy MJ; Australian Cerebral Palsy Register Group. Comparing risks of cerebral palsy in births between Australian Indigenous and non-Indigenous mothers. *Dev Med Child Neurol.* 2016;58(Suppl 2):36-42.
20. Balaratnasingam S, Roy M. Intellectual disability in Indigenous Australians: issues and challenges. *Australas Psychiatry.* 2015;23(6):641-3.
21. Glasson EJ, Sullivan SG, Hussain R, Bittles AH. An assessment of intellectual disability among Aboriginal Australians. *J Intellect Disabil Res.* 2005;49(Pt 8):626-34.
22. Azevêdo PVB. Prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em uma População de Crianças e Adolescentes Índias da Etnia Karajá. [dissertação]. Goiânia: Universidade de Goiás; 2009.
23. Carod-Artal FJ, Vázquez-Cabrera CB. An anthropological study about epilepsy in native tribes from Central and South America. *Epilepsia.* 2007;48(5):886-93.