

## Atuação fisioterapêutica com crianças indígenas portadoras de necessidades especiais na Amazônia Legal.

Felícia Ferreira da Mota<sup>1</sup>

Clébia Candeia de Oliveira Marques<sup>2</sup>

Fabienne Louise Juvêncio Paes de Andrade<sup>3</sup>

Isabelle Rayanne Alves Pimentel da Nóbrega<sup>4</sup>

Angélica Pereira da Cruz<sup>5</sup>

### Resumo

**Introdução:** A fisioterapia enquanto proposta de implementação da saúde pública, tem a função de promover os mecanismos adequados para restauração neuromotora. Na região Amazônica, tornando-se grande desafio sobretudo nas comunidades indígenas. **Objetivos:** Promover o atendimento fisioterapêutico humanizado e integrativo de crianças indígenas portadoras de necessidades especiais. **Métodos:** Trata-se de um relato de experiência retrospectivo sobre a fisioterapia prestada no Amapá e Norte do Pará de 2012 a 2018, direcionado para crianças indígenas com anomalias congênitas e/ou atraso de desenvolvimento. **Resultados:** A abordagem buscava trabalhar com metodologias de fácil entendimento, ferramentas e orientações que o paciente tivesse condições de realizar na aldeia. O aprendizado pelo profissional de 03 línguas indígenas proporcionou a troca de saberes e confiança entre paciente e terapeuta. **Conclusão:** A atenção fisioterapêutica humanizada e inclusiva deve ser o pilar para a construção da promoção da saúde à criança portadora de necessidades especiais ou atraso de desenvolvimento neuromotor nos cantos e regiões mais longínquas do país.

---

<sup>1</sup> Felícia Ferreira da Mota. Mestranda no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Fisioterapeuta das Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa-PB.

<sup>2</sup> Clébya Candeia de Oliveira Marques. Mestranda em Neurociências. Fisioterapeuta da Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa-PB

<sup>3</sup> Fabienne Louise Juvêncio Paes de Andrade. Doutora em Saúde Coletiva. Fisioterapeuta da Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa-PB

<sup>4</sup> Isabelle Rayanne Alves Pimentel da Nóbrega. Mestre em Saúde Coletiva. Fisioterapeuta das Unidades de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrica e Neonatal do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa-PB.

<sup>5</sup> Angélica Pereira da Cruz. Mestranda no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e fisioterapeuta intensivista no Hospital UNIMED João Pessoa.

**Palavras-chave:** fisioterapia, saúde indígena, anomalias congênitas.

## **Introdução**

No contexto da Resolução do COFFITO nº. 363, de 20 de maio de 2009, reconhece a atuação da fisioterapia em saúde coletiva e atenção básica; além da Portaria nº 687/GM, de 30 de março de 2006, sobre o desenvolvimento das ações de promoção da saúde no Brasil que preconiza a promoção da saúde física.

Assim, com o passar dos anos a fisioterapia vivenciou um avanço progressivo, adentrando em novas áreas de atuação como é o caso da saúde pública, apesar disso o acesso a estes serviços ainda esteja restrito a uma pequena parcela da população, quando não, o tempo de espera é na maior parte das vezes longo (Gadelha *et. al*, 2015)

Quando se investiga a fisioterapia, no âmbito dos povos indígenas, o tema é ainda bastante novo e carece de reflexão sobre os novos desafios, pois desde 2005, o Ministério da Saúde por meio da Portaria no 1.088 de 04/07/05, criou o Núcleo Matricial de Atenção Básica à Saúde indígena que contaria, dependendo da situação epidemiológica, com profissionais de saúde não contemplados na composição mínima da EMSI, tais como nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, ortopedistas e fisioterapeutas (BRASIL, 2005).

Não obstante, em 2013, na 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (BRASIL<sup>a</sup>, 2016) votaram e aprovaram por unanimidade a Moção No 15, no qual apelava pela: implementação das equipes de saúde indígena com o profissional fisioterapeuta junto aos NASI (Núcleo de Apoio à Saúde Indígena), amparado justamente pela realidade que se impõe no cenário das novas demandas de saúde.

A estimativa de crianças indígenas portadoras de anomalias congênitas e/ou atraso de desenvolvimento neuromotor na Amazônia, ainda é incerto visto que o Sistema de Informação em Saúde Indígena (SIASI), não é de domínio público requerendo solicitação de autorização para acesso aos dados.

Entretanto relatório de gestão (BRASIL<sup>B</sup>, 2016) constam mais de 2.497.560 atendimentos de saúde para uma população de 738.624 indígenas, localizados em 5.361 aldeias, sendo acompanhadas 61.970 (cerca de 66%) crianças menores de 5 anos e 11.361 gestantes (cerca de 49%). Das 14.128 gestações acompanhadas e finalizadas, 13.835 (97,9%) gestantes receberam ao menos 01 consulta 9 de pré-natal e 10.411 (73,7%) gestantes receberam 04 ou mais consultas de pré-natal em 2016. No total, foram realizadas aproximadamente 59.329 consultas a gestantes e 8.050 crianças menores de 1 ano com acesso às consultas de crescimento e desenvolvimento.

Entretanto o mesmo relatório aponta para a baixa alimentação do Sistema de informações de saúde indígena – SIASI, gerando com isso um acompanhamento que não reflete a realidade em área e dificuldades para o monitoramento e avaliação das ações de saúde (BRASIL<sup>B</sup>, 2016).

A localização destes pacientes em regiões longínquas, como é o caso da extensa região da Floresta Amazônica, com precariedade de recursos e estrutura, carece de uma abordagem estratégica de toda assistência à saúde inserindo a estruturação de complexa logística para assistência destas comunidades.

Dessa forma, a atuação do fisioterapeuta na saúde indígena ainda necessita de ser melhor discutida para que o serviço esteja acessível a toda e qualquer tipo de comunidade, sobretudo aquelas em que se localizam em regiões de difícil acesso promovendo a qualidade de vida deste público bem como sua inclusão social.

## Metodologia

Trata-se de um relato de experiência retrospectivo de vertente descritiva enquanto fisioterapeuta atuante em dois estados da Região Amazônica, nos Estados do Pará e Amapá, durante os anos de 2012 a 2018, no qual foi vivenciado o cuidado com crianças indígenas portadoras de anomalias congênitas e atraso de desenvolvimento neuromotor de 11 etnias, falantes de 07 línguas maternas próprias destes grupos.

O trabalho fisioterapêutico foi desenvolvido tanto na Casa de Saúde do Índio (CASAI) localizada na capital Macapá, com busca ativa dos pacientes em questão nas terras indígenas do Parque do Tumukumake e na terra indígena Waijãpi.

As CASAIs são locais de hospedagem e assistência à saúde indígena que o acolhem na medida em que já se encontram em processo de adoecimento, motivo em que ocorre a remoção destes pacientes de suas aldeias de origem para tal local. Assim, os pacientes permanecem neste local até a conclusão de seu tratamento o que nem sempre é um processo fácil, devido a separação dos demais membros da família, bem como o impacto com a cultura não indígena (Silva *et.al*, 2016).

As crianças indígenas acompanhadas durante o período perfaziam os mais diferentes tipos de alterações neuromotoras, cognitivas e congênitas, dentre as quais destacam-se a paralisia cerebral (05 pacientes), Síndrome de *Down* (02), espinha bífida (01), mielomeningocele (01), pé torto congênito (03), lábio leporino (02), hidrocefalia (01), atraso de desenvolvimento neuromotor (10).

Numa população de 11.952 indígenas (BRASIL, 2017), cerca de 17 crianças foram encaminhadas para o atendimento fisioterapêutico no referido período e 8 ocorreram por meio de busca ativa em atividades de saúde, visitas domiciliares e itinerantes ocorridas nas terras indígenas, as quais posteriormente eram encaminhadas para a capital Macapá, sendo o total de 25 pacientes, com idades de 0 a 09 anos.

A metodologia de trabalho fisioterapêutico, envolveu aprendizado de três línguas indígenas (Tiriyó, Apalay e Waijãpi), atendimento participativo com a presença de pais e familiares, além do uso de recursos característicos da cultura indígena, buscando lançar mão de uma abordagem próxima da realidade vivenciada por estes povos tradicionais.

Como critérios de inclusão, o seguinte relato trata de pacientes direcionados ao serviço de fisioterapia da CASAI Macapá e também aqueles pacientes que foram identificados por meio de busca ativa em visitas e atividades de saúde que foram realizadas na terra indígena do Parque Tumukumake (onde estão localizadas as etnias Tiriyo, Tikuyana, Kaxuyana, Apalay, Waiana) e terra indígena Waijãpi (onde estão localizados o povo Waijãpi).

Foram excluídos os casos em que o pacientes encaminhados para tratamento fisioterapêutico para a CASAI no município de Oiapoque (AP) ou acompanhamento em outros municípios dos referidos estados.

## **Discussões**

### **Assistência à saúde dos povos indígenas.**

Sobre a oferta de cuidados à saúde para os povos indígenas, em 2010 houve a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) no âmbito do Ministério da Saúde (Lei no 12.314/2010), que por meio dos DSEIs (Distrito Sanitário Especial Indígena), inseriu atendimentos multiprofissionais, com odontólogos, psicólogos, entre outros profissionais além do AIS (Agente Indígena de Saúde) que representa cerca de 49% da força de trabalho (BRASIL, 2018).

Desta maneira a EMSI desempenha um papel de realizar todo o cuidado no âmbito da atenção primária nas aldeias, porém, quando é necessário realizar algum procedimento de média ou alta complexidade, consultas com especialistas, este paciente então, é direcionado para outro município de maior porte, ou no caso em questão para as CASAIs.

Os grupos em questão, se encontram com seus modos de vida, culturas e crenças tradicionais, bem como as línguas maternas onde apenas os líderes, caciques e professores indígenas possuem o conhecimento e a compreensão da língua portuguesa.

A extensa geografia da região implica da remoção de pacientes do Parque Tumukumake somente por via aérea, não há acesso por via terrestre nem fluvial, com exceção da TIW que possui uma estrada de acesso a aldeia principal, e desta para as demais o traslado se dá por via fluvial. Em alguns casos, o percurso da aldeia principal dos Waijãpi até a aldeia Ywyrareta (por exemplo) pode demorar até 5 dias.

Não se sabe ao certo o número de óbitos infantis dentre as crianças indígenas especiais, o que se tem registrado no ano de 2016, foram registrados 2.291 óbitos de indígenas no Sistema de Informação da Saúde Indígena – SIASI. Destes, sete (7) foram óbitos maternos, 447 óbitos infantis (menores de 1 ano), 168 óbitos fetais e 245 óbitos em mulheres em idade fértil (MIF), que totalizam 868 óbitos. Do total de 868 óbitos, 531 óbitos foram investigados, o que corresponde ao executado de 61,18% e o alcance de 76,47% da meta programada para 2016 que corresponde a 80% de óbitos investigados (BRASILB, 2016).

**Taxas de Mortalidade Infantil na população indígena assistida pelo SASISUS e na população geral (x 1.000 nascidos vivos). Brasil, 2010-2016.**

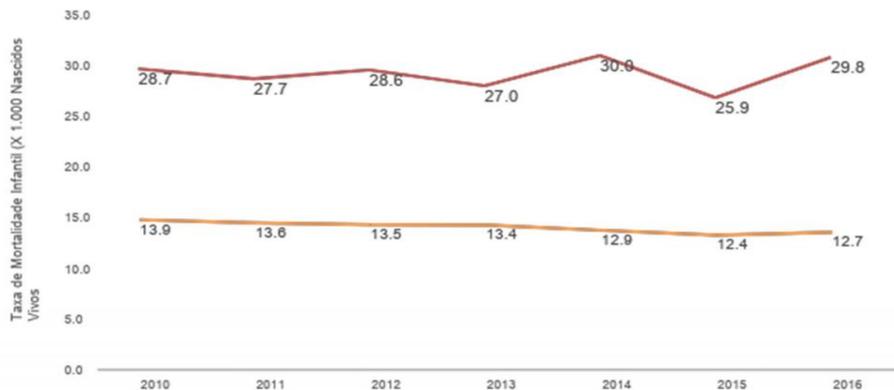


Figura 2. Taxa de mortalidade infantil assistida pelo SASISUS e na população geral. Linha vermelha: crianças indígenas/ Linha laranja: crianças não indígenas. Fonte: Perfil epidemiológico dos indígenas assistidos pelo SasiSUS e panorama dos serviços de atenção primária, Brasília-DF, 2018.

Assim, é preciso olhar diferenciado para estratégias de inclusão e inserção destes povos, como demonstrado na Figura 1, em que a mortalidade infantil indígena é notoriamente superior à mortalidade infantil não indígena.

Crianças portadoras de anomalias congênitas e/ou atraso de desenvolvimento neuromotor, demandam por acompanhamento continuado e periódico sejam localmente nas aldeias, quanto para os locais de média e alta complexidade, requerendo maior monitoramento, ressaltando ainda mais a necessidade de um sistema de vigilância eficaz e acessível.

### **O desafio da comunicação**

Os indígenas que apresentam agravos a serem esclarecidos e/ou que não solucionados pela EMSI, são encaminhados para a CASAI de referência em Macapá, com direito a um acompanhante. Do total das 25 crianças referenciadas, 16 estavam em companhia de sua genitora, os demais com o pai, irmãos ou outro membro da família.

A presença da mãe retoma o papel relevante como fonte de informação e levantamento de informações desde o período gestacional (Okuyama *et. al*, 2017), até o momento da avaliação da criança na cidade de Macapá. Pôde ser observado nas etnias indígenas mencionadas, poucas mulheres compreendiam o português e as crianças, falantes apenas da língua materna.

Portando ao iniciar a assistência fisioterapêutica, fez-se necessário o aprendizado de três línguas indígenas para que todos os pacientes, sobretudo as mulheres e crianças pudessem ter uma abordagem de modo a compreender de fato suas queixas, dores, sintomas, causas, costumes e conhecimento sobre seus modos de vida.

O trabalho de aprendizagem das línguas maternas ocorreu em apoio dos caciques, lideranças e professores indígenas que estavam de passagem como acompanhantes de pacientes na CASAI. Desta forma, durante a permanência dos mesmos, palavras e posteriormente pequenas frases foram aprendidas para que houvesse a possibilidade de atendimento nas línguas maternas.

A construção desta aprendizagem se deu com uso de atividades, reuniões e rodas de conversas entre os indígenas e o serviço de fisioterapia visto que algumas palavras da língua portuguesa não existiam nas línguas indígenas como por exemplo: fisioterapia, flexibilidade, contrair, etc. Implicando na necessidade na busca de palavras com significado mais próximo para facilitar a compreensão tanto dos pacientes (crianças) quanto de seus cuidadores.

Foram realizadas reuniões e rodas de conversa os pais e familiares das crianças atendidas no sentido de explicar, esclarecer e abrir ao diálogo sobre as limitações, mas sobretudo das potencialidades que poderiam ser trabalhadas, visto que é a família que permanece integralmente responsável nos cuidados da criança como ressalta Silva *et. al*, (2016).



*Figura 1 Reuniões e rodas de conversas com pais e familiares dos pacientes atendidos pelo serviço de fisioterapia na CASAI Macapá e nas terras indígenas.*

No que diz respeito ao primeiro contato com as crianças indígenas encaminhadas para o serviço de fisioterapia, foi fundamental o olhar amplo e contextual de todo o processo de vida e organização familiar para melhor compreensão deste paciente, a considerar casos e relatos de grupos indígenas que praticavam infanticídio ao repelir aquele “*membro do grupo*” em suas limitações, de forma a não considerar a criança em sua humanidade (Scotti, 2017).

A diversidade cultural, a localização dos grupos indígenas do Amapá e Norte do Pará, perfazem os mais diversos tipos de crenças, costumes e modos de vida ao passo que o acesso dos mesmos aos serviços de saúde ocorre com necessidade de uma complexa logística, visto que no Parque Tumukumake, por exemplo, o deslocamento de pacientes e acompanhantes se faz exclusivamente por via aérea.

Estas crianças ao serem removidas de sua aldeia de origem, são acolhidas na CASAI, no qual todos os casos o encaminhamento para o serviço de fisioterapia se deu pelo profissional de medicina. Nesta ocasião, estes pacientes foram avaliados por meio da ficha de avaliação fisioterapêutica na presença de seu genitor ou responsável, na forma de dialogar em busca da maior quantidade de evidências e informações que permitissem a construção do

conhecimento do cenário em que aquela criança se encontrava, conhecimento sobre sua patologia e quais os passos mais adequados a serem tomados dali em diante.

Foi evidente que os aprendizados das línguas indígenas formariam a ponte de confiança entre o genitor/acompanhante, a criança e a profissional. Seria esta, a metodologia inicial considerada mais viável para imersão e compreensão de toda a complexidade daqueles pacientes enquanto componentes de um grupo diferenciado.

### **Assistência aos pacientes**

A insegurança do genitor ou acompanhante frente àquela situação, era perceptível uma vez que mesmo sendo criança, numa aldeia indígena todos os indivíduos contribuem nas atividades de caça, pesca, plantio, tecelagem, artesanato dentre outras, em que se faz necessário a participação ativa de cada componente do grupo.

Logo, o lidar com aquela criança que se apresentava limitada em sua capacidade física e alguns casos também cognitiva, configurava extenso desafio não somente para seus genitores, mas também para os demais membros da aldeia como relata também Okuyama (2017).

De modo que Cruz *et. al* (2009), em seu relato de experiência numa ilha de pescadores de difícil acesso, ressalta acerca de tamanha responsabilidade remetida não somente ao fisioterapeuta, mas também a toda equipe que necessita ampliar o olhar sobre aquela comunidade, extrapolando a superficialidade dos moldes predominantes do cuidado e assistência.

Importante salientar que as gestantes indígenas que se classificavam como gestação de risco, permaneciam antes mesmo da data prevista para o parto na CASAI, de modo a assegurar o nascimento da criança no ambiente hospitalar na capital Macapá. Além do fato de que nas comunidades indígenas muitas vezes instituem família entre parentes próximos, o que possivelmente pode estar atribuído ao nascimento de crianças com doenças congênitas e neuromotoras, e porque não considerar também, as doenças congênitas.

Além do fato de que a gestante indígena mantém todas as suas atividades na aldeia mesmo no período próximo ao parto, como carregar água, lenha, tratar a caça, cozinhar, ajudar no plantio da roça, e cuidar dos filhos que nas etnias em questão há presença de grande número de filhos por família; e ingerir durante todo este período a bebida fermentada responsável por causar embriaguez quando consumida em demasia, que é produzida pelos próprios indígenas chamada de “caxiri”.

Conhecendo este cenário em que se configuram as etnias mencionadas, nota-se a responsabilidade transferida para a genitora para a resolução do “problema”, para restabelecer a criança em sua independência e contribuição nas atividades da aldeia. Apesar disso, iniciava-se ali uma nova caminhada com uma criança que demandava cuidados além do que a genitora ou acompanhante esperavam.

Das 25 crianças acompanhadas, 12 realizaram intervenções cirúrgicas para reduzir ou corrigir as deformidades articulares e de tecido nervoso como foi o caso do paciente com espinha bífida, 01 paciente de pé torto congênito e o outro foi corrigido com uso de malha gessada que era trocada a cada 30 dias, além do uso de órteses e próteses que foram providenciadas em apoio pelo Hospital Sarah Unidade Macapá.

O passo inicial da abordagem fisioterapêutica iniciava-se com a avaliação das crianças, coleta de informações, reflexos, avaliação neuromotora, marcha, equilíbrio, identificação do contexto social e familiar de cada um, exames complementares, presença de doenças associadas, testes de força muscular, etc...

Desde o primeiro momento, a genitora/acompanhante era convidada a participar de todo o atendimento, interagindo, segurando e estimulando a criança na realização das atividades e exercícios que englobavam não somente as capacidades neuromotoras mas também cognitivas.



*Figura 2 Da esq. p/dir. Eletroterapia aplicada em paciente com sequelas de mielomeningocele; atividade cognitiva com paciente portador de espinha bífida; estimulação plantar em posição ortostática com paciente portador de pé torto congênito.*

Durante a avaliação e anamnese do paciente e os atendimentos, seu cuidador participava, reproduzindo as atividades e exercícios. A terapêutica buscava dentro das possibilidades, trabalhar com metodologias de fácil entendimento, exercícios e orientações que o paciente tivesse condições de realizar na aldeia e que seu cuidador visualizando toda a conduta, pudesse auxiliá-lo quando liberado.

Em algumas ocasiões, usou-se o maracá para estimulação visual e proprioceptiva, o arco e flecha para equilíbrio, trabalhos com frutas para treinar a coordenação motora, entre outros.

Pois como assevera Cuervo, Radke & Riegel (2015):

“Nossa sociedade traz demandas práticas que instituem a necessidade de uma visão capaz de situar o contexto. As relações que ali se estabelecem e a forma com a qual esse contexto varia, transformando e sendo transformado, ampliam nossa compreensão das tramas e nós que compõem as diferentes experiências do mundo em que vivemos.”

Portanto não há como objetivar a humanização da assistência a saúde, sem buscar os meios adequados para ir de encontro àquela realidade que se mostrava de grande particularidade.

Sobre as deformidades articulares presentes, os espasmos musculares e as incapacidades cognitivas eram trabalhadas em cada atendimento diário, pois a presença do fisioterapeuta no local de permanência dos pacientes permitia que a monitorização e a evolução pudessem extrapolar o momento da sessão, que em média durava em torno de uma hora, para a percepção do paciente em momentos durante a alimentação, banho e cuidados de higiene pessoal.

Momentos de interação e brincadeiras entre as crianças portadoras de necessidades especiais e crianças saudáveis eram promovidas com intuito de gerar a troca de experiências e também o entendimento por parte de seus responsáveis que era preciso estimular e incentivar a participação da criança especial com as demais.

Relevante mencionar que alguns pacientes com anomalias congênitas foram tratados também cirurgicamente na cidade de Macapá, quando não, foram referenciadas para outros estados por meio do Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

Após a alta de cada um dos pacientes, procurou-se estabelecer comunicação com o Agente Indígena de Saúde (AIS), para que o acompanhamento na aldeia e a comunicação sobre os pacientes pudessem ser mantidas. A família que localizada em aldeia que não dispunha de AIS, foi orientado se possível, mudança para uma aldeia que houvesse a presença do AIS para melhor supervisão.

No cenário descrito, a comunicação entre os profissionais da cidade de Macapá com a EMSI se dava por meio de um rádio via satélite que permitia a troca de informações, avisos e orientações. Entretanto, poucas eram as aldeias que dispunham do rádio receptor, pois em alguns casos a única forma de transmitir alguma informação era somente durante a troca da escala entre os trabalhadores da EMSI.

### **Considerações finais**

Atuar junto a crianças indígenas portadoras de anomalias congênitas e/ou atraso de desenvolvimento neuromotor requer o olhar para além da superficialidade que o processo saúde-doença configura, para adentrar em toda a complexidade que compõe este público tão diferenciado.

A fisioterapia busca se consolidar como ciência rompendo paradigmas, e entendendo que o cuidado com o organismo único, não satisfaz às necessidades implicadas, necessitando-se consolidar nestas comunidades especiais afim de garantir os pilares que são basilares no âmbito da saúde pública no país.

### **Referências**

BRASIL<sup>a</sup>, MS/CNS – **Relatório Final da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena**. Brasília, DF. 2015.

BRASIL<sup>B</sup>, MS/SESAI – **Relatório de Gestão Exercício**. Brasília, DF. 2016.

BRASIL, FUNASA Fundação Nacional de Saúde. Disponível em: <http://noticias.ambientebrasil.com.br/clipping/2005/07/09/19942-normatizada-composicao-das-equipes-de-saude-indigena.html>. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002.

BRASIL, MS/CNS – **Perfil epidemiológico dos indígenas assistidos pelo SasiSUS e panorama dos serviços de atenção primária**. Brasília, DF. 2018.

CRUZ, Regina Célia; SIGNORELLI, Marcos Cláudio; LAUTER, Luiz Fernando. **Abordagem da fisioterapia na saúde coletiva em comunidade de pescadores do litoral paranaense: um projeto de aprendizagem na proposta da UFPR setor litoral**. Tempus – Actas de Saúde Coletiva, vol. 3, nº 2. p. 42-54, Abr. / jun.

CUERVO, Maria Rita Macedo Cuervo; RADKE, Mariane Brusque; RIEGEL, Elaine Maria. **PET-Redes de atenção à saúde indígena: além dos muros da universidade, uma reflexão sobre saberes e práticas em saúde**. Comunicação, saúde e educação 2015; 19 Supl:953-63 9.

GADELHA, Ingrid Davis da Silva Gadelha; RIBEIRO, Kátia Suely Silva Queiroz; NASCIMENTO, João Agnaldo; LUCENA, Eleazar Marinho de Freitas; BRITO, Geraldo Eduardo Guedes. **Tempo de acesso aos serviços de reabilitação de pessoas acometidas por AVE**. Rev enferm UFPE on line., Recife, 9(12):1246-24, dez., 2015.

OKUYAMA, Junko; FUNAKOSHI, Shunichi; AMAE, Shintaro; KAMIYAMA, Takamichi; UENO, Takashi; HAYASHI, Yutaka. **Coping Patterns in a Mother of a Child with Multiple Congenital Anomalies: A Case Study**. Journal of Intensive and Critical Care. Vol. 3, 2-16. 2017.

**RESOLUÇÃO COFFITO nº. 363, de 20 de maio de 2009** (DOU nº. 112, Seção 1, em 16/6/2009, página 42).

SCOTTI, Guilherme. **Human Rights and Multiculturalism: The Debate on Indigenous Infanticide in Brazil**. BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto, n. 3/2017.

SILVA, Domingas Machado; SOUZA, Eloane Hadassa; ALMEIDA, Nascimento Luana; MARTINS, Santos Nádia Vicência do Nascimento; SOUZA, Maria Teresa; FIGUEIRA, Maura Cristiane Silva. **Dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante a permanência em uma Casa de Saúde Indígena na região Amazônica/Brasil**. Saude soc. 25 (4) Oct-Dec 2016.