



Ministério da Saúde  
Fundação Nacional de Saúde  
Departamento de Saúde Indígena

# **Vigilância em Saúde Indígena**

Dados e indicadores selecionados  
2010

**Brasília  
2010**

© 2010. **Fundação Nacional de Saúde – Funasa**

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial e total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

**Fundação Nacional de Saúde – Funasa**

*Faustino Barbosa Lins Filho* – Presidente

**Fundação Nacional de Saúde – Funasa**

**Departamento de Saúde Indígena - DESAI**

*Flávio Pereira Nunes* – Diretor Substituto

### **Edição e distribuição**

Fundação Nacional de Saúde – Funasa

Departamento de Saúde Indígena – DESAI

### **Endereço**

Setor de Autarquias Sul - SAUS, Quadra 4, Bloco N, 10º andar, Ala Sul.

Brasília, DF. CEP 70070-040

Telefone: (61) 3314-6442 / 6356 / 6481

Fax: (61) 3314-6653

614(81) Fundação Nacional de Saúde. Departamento de  
Saúde Indígena.

Vigilância em saúde indígena: dados e indicadores  
selecionados 2010. Brasília: FUNASA, 2010.

96p. : Il.

1. Saúde Indígena. 2. Indicadores de saúde.  
I. Título.

## Sumário

1. Introdução.....	7
2. Demografia .....	9
3. Gestão em Saúde Indígena .....	11
3.1 Recursos humanos para a assistência.....	11
3.2 Financiamento da Saúde Indígena.....	12
3.3 Infraestrutura.....	17
3.4 Despesas com combustíveis e derivados .....	21
3.5 Recursos aplicados por meio de convênios.....	23
3.6 Casas de Apoio à Saúde do Índio - Casais convênios.....	26
3.7 Assistência Farmacêutica .....	31
4. Saneamento em terras indígenas.....	35
5. Dados Epidemiológicos nos povos indígenas.....	38
5.1 Controle da pandemia pelo vírus Influenza (H1N1) 2009.....	38
5.2 Vigilância Alimentar e Nutricional.....	43
5.3 Imunização nos povos indígenas .....	50
5.4 Vigilância e controle da Tuberculose.....	55
5.5 Vigilância e controle da Hanseníase .....	59
5.6 Vigilância e controle da Malária .....	62
5.7 Vigilância e controle das DST/Aids e Hepatites Virais .....	66
5.8 Saúde Mental Indígena .....	73
5.9 Saúde Bucal.....	77
5.10 Saúde da Mulher e da Criança .....	83
5.11 Mortalidade Infantil Indígena 2009.....	88

## **Equipe de Elaboradores e Colaboradores**

### **Departamento de Saúde Indígena – DESAI**

**Diretor Substituto / Elaborador:** Flávio Pereira Nunes

#### **▪ Coordenação Geral de Atenção a Saúde do Índio - CGASI**

**Coordenador Substituto / Colaborador:** Rômulo Henrique da Cruz

#### **- Coordenação de Operação – COOPE**

**Coordenador Substituto / Elaborador:** Rodrigo Machado Mundim

#### **Áreas Técnicas:**

##### **Alimentação e Nutrição**

**Elaborador:** Rosalynd Vinicio da Rocha Moreira.

##### **Assistência Farmacêutica**

**Elaboradores:** Rodrigo Machado, Ada A. Ayala Urdapilleta e Michelle Werneck de Oliveira.

##### **DST/Aids e Hepatites Virais**

**Elaboradores:** Hiojuma Figueiredo de Morais Monteiro, Fátima Aparecida da Silva e Angela Cristina Maia Franco.

##### **Imunização e Imunopreviníveis**

**Elaborador:** Bárbara C. M. Souza.

**Colaborador:** César G. H. Zalesk.

##### **Malária**

**Elaborador:** Adriana Soares Araújo, Vaneide Daciane Pedi e Fabiana Bento da Silva

##### **Saúde Bucal e Influenza H1N1**

**Elaborador:** André Luiz Martins

##### **Saúde da Criança Indígena**

**Elaborador:** Renata Carla de Oliveira

##### **Saúde da Mulher Indígena**

**Elaborador:** Sílvia Angelise Souza de Almeida

##### **Saúde Mental**

**Elaborador:** Carlos Coloma

##### **Tuberculose e Hanseníase**

**Elaborador:** Tatiana Eustáquia Magalhães e Cleocy Alves Mendes.

**Colaborador:** César G. H. Zalesk.

##### **CASAI**

**Elaborador:** Eloina Caetano Morais Karajá

#### **- Coordenação de Monitoramento das Ações e Serviços - COMOA**

**Coordenador / Elaborador:** Eduardo Marques Macário

##### **Equipe Técnica COMOA**

**Elaboradores:** Osmara Aparecida Grecco Nogueira, Lucimeire Neris Sevilha da Silva Campos e César Dantas Guimarães.

**Colaboradores:** Luis Henrique Costa Pitangui, Aderson Lucas Mendonça, Alexandre de Macedo Souza e Regina Maria Duarte Moreira dos Santos.

## **Apresentação**

A partir do processo de estruturação e implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS, a Fundação Nacional de Saúde – Funasa, investida da responsabilidade de operacionalização das ações de saúde para os povos indígenas promoveu uma ampla e profunda estruturação institucional para dar conta de tamanho desafio. Foram inúmeras as normas, diretrizes, portarias e outros atos legais para legitimar e organizar a atuação do setor saúde nesse campo de competência governamental, visando promover melhorias na qualidade de vida dos povos indígenas.

O Departamento de Saúde Indígena – Desai, área técnica da esfera federal com responsabilidade na coordenação dessa missão, procurou, ao longo dos anos, desenvolver estratégias e tecnologias diferenciadas e eficazes, capazes de oferecer os subsídios para a tomada de decisão mais adequada. Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas - Dsei, interlocutores da Funasa junto aos usuários, procuraram ao longo desses anos estabelecer parcerias, da forma mais harmonizada possível, com os gestores locais e estaduais do SUS, tarefa essa bastante complexa, dada a formatação do modelo de atuação instituída na legislação sobre a saúde indígena.

O resultado desse esforço de gestão e de prestação de serviços é apresentado de forma objetiva neste documento “Vigilância em Saúde Indígena – Dados e Indicadores Seleccionados 2010” que demonstra, por um lado, a complexidade da missão da Funasa, e por outro, a ousadia necessária para impactar nos indicadores de saúde.

Em 2009, a cobertura de mais de 70% da população indígena com esquema vacinal completo foi alcançada, esquema esse composto por 14 imunobiológicos. A média percentual de cura por tuberculose no período de 2006 a 2008 foi de 82%, próximo do patamar alcançado para a população urbana no Brasil (85%). Além disso, dos 22 Distritos que registraram casos de malária em 2009, 10 reduziram em média 12,6% as notificações e não há registros de casos de malária em indígenas de 2 Dsei da Amazônia.

Nos últimos 10 anos, a Taxa de Mortalidade Infantil indígena apresentou uma queda significativa, passando de 74,6 por mil nascidos vivos em

2000 para 41,9 por mil nascidos vivos em 2009, representando uma redução de 43,8%. Neste último ano, a cobertura de acompanhamento do estado nutricional foi de 79,0% para as crianças menores de dois anos e de 60,2% para os menores de cinco anos, perfazendo um total de 333.566 avaliações nutricionais de menores de cinco anos em primeiras consultas e 15.902 famílias atendidas pelo Programa Nacional de Distribuição de Alimentos às Populações Vulneráveis.

As ações de saneamento em 1572 aldeias beneficiaram nos últimos anos cerca de 356.829 indígenas, resultando em uma cobertura superior a 64% da população indígena. Foram cobertas 36,4% das aldeias com abastecimento de água, seja com atendimento domiciliar ou coletivo.

Importantes iniciativas da Funasa como a realização do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição quando foram entrevistadas 6.707 mulheres, 6.285 crianças, foram visitados 5277 domicílios e 113 aldeias, com a produção de informações que oferecem importantes subsídios para o enfrentamento dos novos desafios, tais como a redução das mortes evitáveis, controle dos agravos relacionados com os estilos de vida, redução das mortes por causas externas e a manutenção da tendência de queda da taxa de mortalidade infantil e das doenças imunopreveníveis, dentre outros.

A divulgação desse material técnico, elaborado pelo Desai, expressa o esforço, a dedicação e o compromisso dos profissionais de saúde e dirigentes, que se empenharam e contribuíram para a redução das desigualdades dos indicadores sociais registrada nesse grupo populacional, além de possibilitar à sociedade um justo julgamento do papel e atuação da Funasa nesse árido campo da saúde pública no Brasil.

## 1. Introdução

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena foi estabelecido como componente do Sistema Único de Saúde - SUS, em 23 de setembro de 1999, pela Lei nº. 9.836 (Lei Arouca). Entretanto, anteriormente o Decreto nº. 3.156 de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições para prestação da assistência básica à saúde dos povos indígenas no âmbito do SUS já tinha regulamentado que o Ministério da Saúde estabelecerá as políticas e diretrizes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio e que as ações seriam executadas pela Fundação Nacional da Saúde - Funasa.

Assim, a Funasa passou a ser responsável pelas ações de promoção à saúde e prevenção e controle de doenças e agravos. O Subsistema foi criado com a obrigatoriedade de levar em consideração a realidade local, as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que deve se pautar em uma abordagem diferenciada, integral e integrada, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena constitui-se como uma instância do SUS para permitir o acesso à população historicamente excluída dos serviços recebidos pela população brasileira.

Em janeiro de 2002 foi instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, com a construção de um modelo integrado e articulado à rede pública municipal para ações de atenção secundária e terciária. Para isto foi estabelecido um modelo organizacional de serviços nominado Distrito Sanitário Especial Indígena - Dsei.

Os Dsei são unidades técnico-administrativas descentralizadas e distribuídas em territórios geográficos que ultrapassam os limites de aproximadamente 444 municípios de 24 estados brasileiros. Cada um dos 34 Dsei tem em suas estruturas os pólos-base (num total de 344) que em sua maioria estão situados próximos às comunidades indígenas e funcionam como apoio às Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena - EMSI para prestação de assistência às aldeias sob sua abrangência, articulando as ações com os Agentes

Indígenas de Saúde - AIS que residem nelas, com prestação de assistência à saúde no acompanhamento, supervisão e remoção de casos de maior complexidade aos Centros de Referências do SUS.

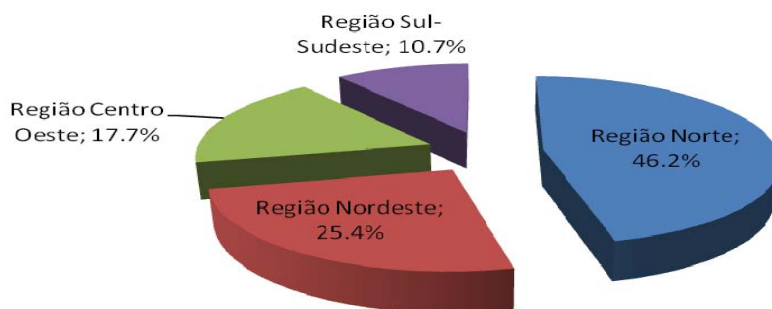


## 2. Demografia

O Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena – Siasi, apresenta em 2010, 591.636 indígenas cadastrados, distribuídos em 4.774 aldeias dentro ou fora dos limites de 615 terras indígenas, correspondendo a 448 municípios em 24 estados brasileiros. A assistência à saúde é realizada por equipes multiprofissionais que trabalham no âmbito de 358 pólos-base, prestando atenção básica à saúde, acompanhando, supervisionando e providenciando o encaminhamento e, quando necessário, providenciando a remoção de casos para os centros de referência. Segundo o Siasi, nas regiões Norte e Centro-Oeste do país reside 64% da população indígena, em 98% das terras indígenas. Em contrapartida, nas demais regiões localizam-se apenas 2% das terras indígenas legalizadas e em processo de legalização, com 36% da população indígena do país.

Neste ano, a distribuição da população indígena pelas regiões brasileiras foi: 46,2% da população indígena na região Norte, 25,4% no Nordeste, 17,7% no Centro-Oeste e 10,7% nas regiões Sul-Sudeste. (Gráfico 1)

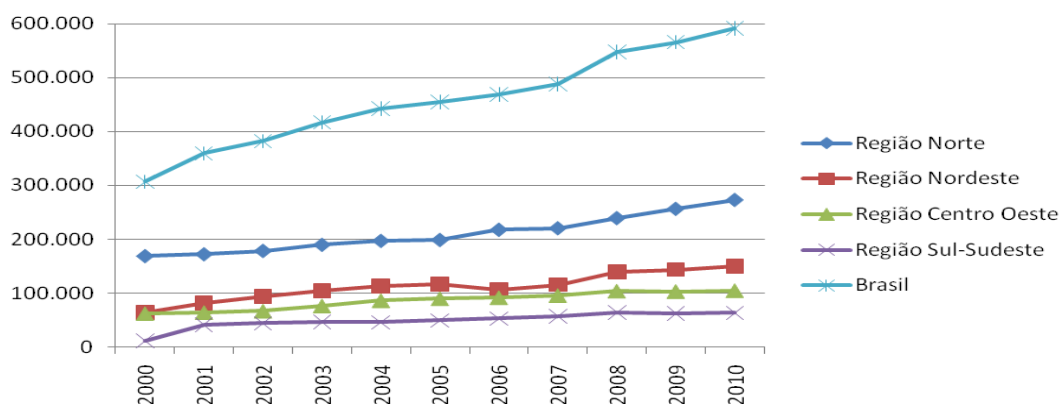
**Gráfico 1. Distribuição proporcional (%) da População indígena por região do Brasil, 2010.**



Fonte: Siasi/2010

Com a coleta de dados demográficos no Siasi observou-se que a população indígena cadastrada registrou um aumento de 284.787 pessoas desde 2000, com uma população inicial de 306.849, representando 93% de crescimento. (Gráfico 2).

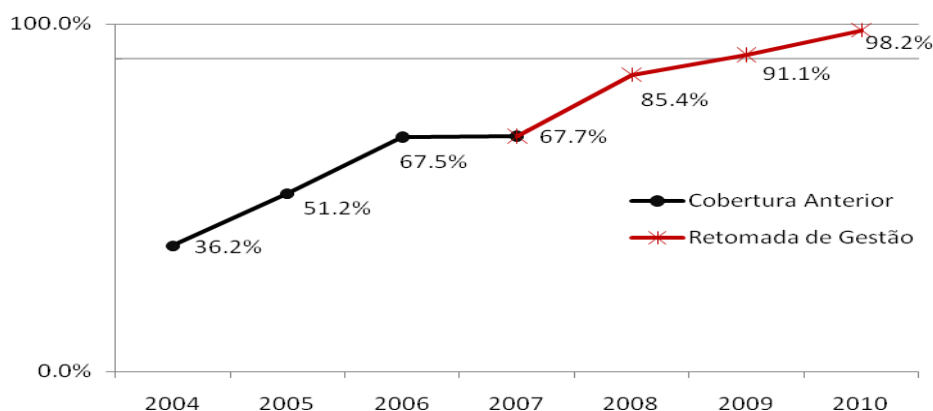
**Gráfico 2. Série histórica do crescimento populacional indígena por região. Brasil 2000 a 2010.**



Fonte: Siasi/2010

As Regiões Norte e Nordeste apresentaram o maior crescimento populacional, respectivamente com aumento de 62% (104.859) e 134% (86.050) indígenas, sendo considerado um aumento significativo. Além de questões relativas aos processos sociais de auto-afirmação étnica, a melhoria na alimentação do Siasi pelos Dsei mostrou-se um fator importante nesse aumento populacional, uma vez que em 2007, a proporção de aldeias atualizadas na base de dados nacional era de 67,7%, e até agosto de 2010 aumentou para 98,2%. Assim, demonstra-se claramente que todos os processos envolvidos na inserção de dados encontram-se em execução por todos os distritos, evidenciando uma excelente cobertura do Siasi. (Gráfico 3)

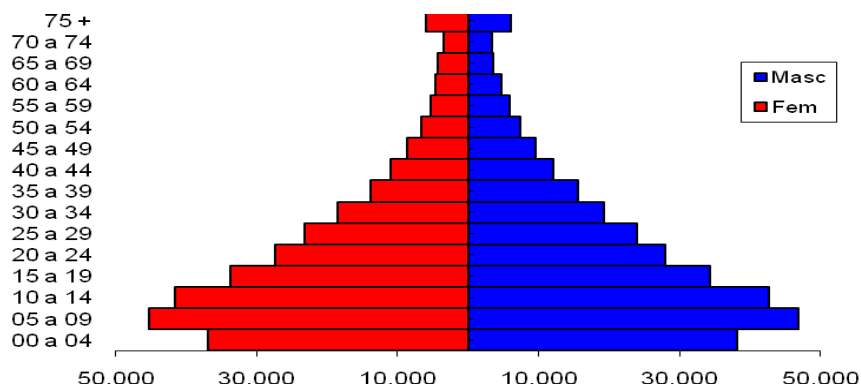
**Gráfico 3. Série histórica da alimentação do SIASI através do envio de lotes pelas aldeias cadastradas.**



Fonte: Siasi/2010

A população masculina é ligeiramente maior entre os indígenas, sendo 301.586 (51%) homens e 278.368 mulheres (49%). A população menor que 25 anos constitui 65% da população indígena, sendo que 45% tem menos de 15 anos. (Figura 1).

**Figura 1. Pirâmide populacional dos indígenas cadastrados no Siasi, 2010.**



Fonte: Siasi/2010

### 3. Gestão em Saúde Indígena

#### 3.1 Recursos humanos para a assistência

Em 2009 havia 13.926 profissionais de saúde indígena atuando no Subsistema, sendo que 5.800 (41,6%) eram contratados por municípios que recebem o Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas - IAB-PI, repassados fundo-a-fundo pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde - SAS/MS. Dos 5.800 contratados, 860 eram de nível superior (14,8%) e 4.940 (85,1%) de nível médio.

Atualmente a Saúde Indígena possui em seu quadro de pessoal o quantitativo de 1.725 servidores efetivos, distribuídos da seguinte maneira: 53 (3,07%) servidores no Departamento de Saúde Indígena - Desai e 1.672 (96,9%) nos 34 Dsei, pólos-base, postos de saúde e casas de apoio à saúde indígena; 1.016 profissionais são requisitados de municípios e outras esferas de governo.

As dificuldades institucionais para contratação de recursos humanos têm gerado alta rotatividade de profissionais. Os principais fatores que contribuem para isso são: salários pouco atrativos, atrasos salariais frequentes,

principalmente nas contratações via convênios com organizações não governamentais e municípios, dificuldade de adaptação dos profissionais às relações interculturais, condições de trabalho precárias e acesso difícil às aldeias.

Nos últimos dez anos foram celebrados, aproximadamente, sessenta convênios com organizações indígenas, prefeituras e universidades para a execução das ações de saúde, no valor aproximado de R\$ 1.418 bilhões, sendo trinta convênios encerrados por razões de ordem administrativa.

Cabe destacar que a ausência de concursos públicos por longos períodos e os servidores existentes na Funasa para essa missão são quantitativamente insuficientes. A busca de alternativas para contratação de recursos humanos culminou na celebração de convênios com instituições não governamentais indígenas e não indígenas, prefeituras municipais e universidades, que participaram de forma importante nesse processo. Somente em 2009 foi autorizado e realizado um concurso para contratação de 802 profissionais temporários de nível médio e superior.

As EMSI continuam, em 2009, 275 médicos, 547 enfermeiros, 514 cirurgiões–dentistas, 2.076 técnicos de enfermagem, 206 técnicos em higiene bucal, 3.906 agentes indígenas de saúde e 1.251 agentes indígenas de saneamento, além de 197 profissionais de outras áreas. Neste mesmo ano foram realizados 275 eventos de capacitação onde participaram 6.129 profissionais que atuam na saúde indígena nos 34 Dsei.

### 3.2 Financiamento da Saúde Indígena

O financiamento do Subsistema de Saúde Indígena, desde o ano de 1999, é proveniente de três fontes de recurso distintas:

1. Tesouro Nacional, alocado diretamente na Funasa, no Programa 0150 - Proteção e Promoção dos Povos Indígenas, contido no Plano Plurianual, em ações de saúde, sob a gerência da Fundação Nacional do Índio – Funai;
2. Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Assistência à Saúde - SAS, denominado de Incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas – IAB-PI e Incentivo da Atenção Especializada aos Povos Indígenas – IAE – PI,

regulado pela Portaria nº 2.656/GM/MS de 17 de outubro de 2007 e alterado pela Portaria nº 2.048 /2009/GM/MS, com repasse mensal, regular e automático diretamente ao fundo municipal de saúde e estabelecimentos de saúde, visando à contratação de equipes multiprofissionais e incentivos a hospitais credenciados e;

3. Acordo de empréstimos pactuados entre o Governo Brasileiro e o Banco Mundial, denominado Projeto de Vigilância e Controle de Doenças – Projeto Vigisus. Esse projeto divide-se em dois componentes distintos, que passam a funcionar na Secretaria de Vigilância em Saúde, com ações voltadas para a população geral e na Fundação Nacional de Saúde, com ações voltadas para a saúde dos índios e população quilombola. A primeira fase do Vigisus contou com US\$ 8 milhões de recursos financeiros, com duração de 1999 a 2004. A segunda fase desse projeto contou com US\$ 50,3 milhões, divididos em quatro subcomponentes, sendo três voltados exclusivamente, à saúde indígena: I – Fortalecimento da Capacidade Institucional, II – Ações Inovadoras de Saúde Indígena e III – Iniciativas Comunitárias Indígenas.

Ao longo de 10 anos é possível verificar os esforços, junto aos órgãos competentes, de todos os gestores que estiveram à frente do Desai, no sentido de aumentar o orçamento destinado à saúde indígena, conforme se verifica no quadro 1.

**Quadro 1. Série histórica do orçamento anual destinado à saúde indígena.**

Exercício	Lei Orçamentária Anual (LOA)		Suplementação	Total Geral
	Número	Valor		
1999	9.789	-	-	25.836.670
2000	9.969	-	-	60.445.000
2001	10.171	-	-	100.816.000
2002	10.404	-	-	125.921.000
2003	10.640	-	-	138.831.000
2004	10.837	-	-	186.284.000
2005	11.100	200.037.019	22.359.300	222.396.319
2006	11.306	248.830.000	49.380.000	298.210.000
2007	11.451	314.714.000	28.000.000	342.714.000
2008	11.647	277.049.767	65.149.600	342.199.367
2009	11.897	319.730.686	60.019.000	379.749.686
2010	12.214	355.287.365	-	355.287.365
<b>Total</b>				<b>2.578.690.407</b>

Fonte: Copsi/Cgpas.

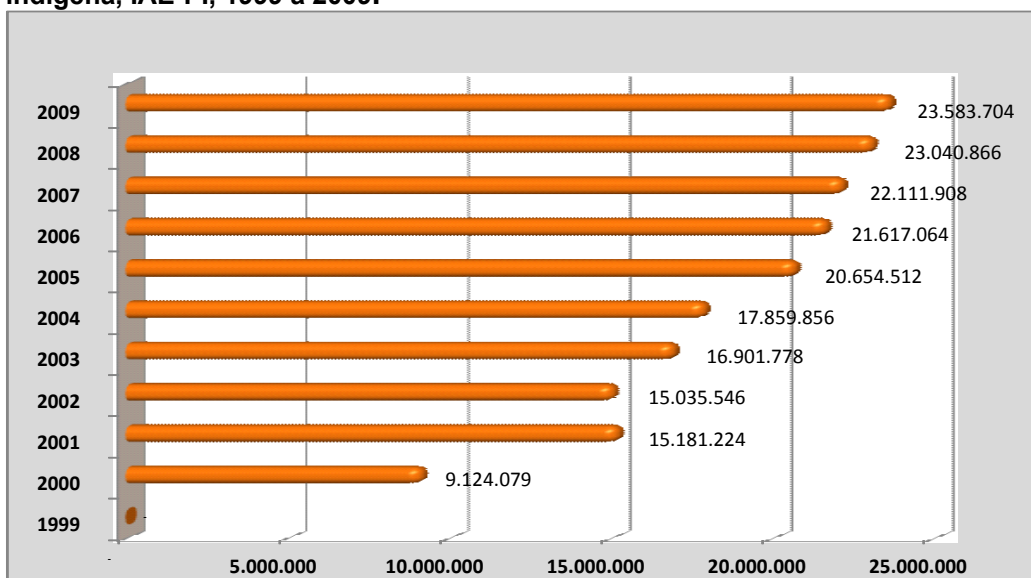
Na implementação do Subsistema de Saúde Indígena, a edição da Portaria nº. 1.163/99 teve um papel fundamental na efetivação/operacionalização dos 34 Dsei, principalmente pela expressiva necessidade de contratação de recursos humanos, que o incentivo para a atenção básica à saúde dos povos indígenas assumiu gradativamente, sendo a questão de recursos humanos e seu financiamento, uma das mais críticas até hoje, para o desenvolvimento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

A regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica aos Povos Indígenas – IAB-PI e do Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas IAE-PI, pela Portaria nº 2.656 de 17 de outubro de 2007, foi também fruto de um trabalho participativo que envolveu, em várias reuniões, os presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena - Condisi, os membros da Comissão Interinstitucional de Saúde Indígena do Conselho Nacional de Saúde, os representantes da Comissão Intersetorial Tripartite - CIT, os chefes dos Dsei, técnicos do Desai e do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – SAS/MS.

A Portaria criou mecanismo de coordenação entre os Planos Municipais de Saúde e os Planos Distritais de Saúde Indígena, aumentando a organicidade entre o SUS e seu Subsistema, criando assim condições para corrigir as conhecidas deficiências de integração de ações.

No exercício de 2009, 341 estabelecimentos de saúde estavam credenciados e receberam o Incentivo de Atenção Hospitalar IAE-PI no total de R\$ 23.583.704,00, sendo que este valor foi repetido em 2010. Nos Quadros 2 e 3 a seguir pode-se observar a progressão anual dos valores transferidos aos estabelecimentos de saúde do SUS.

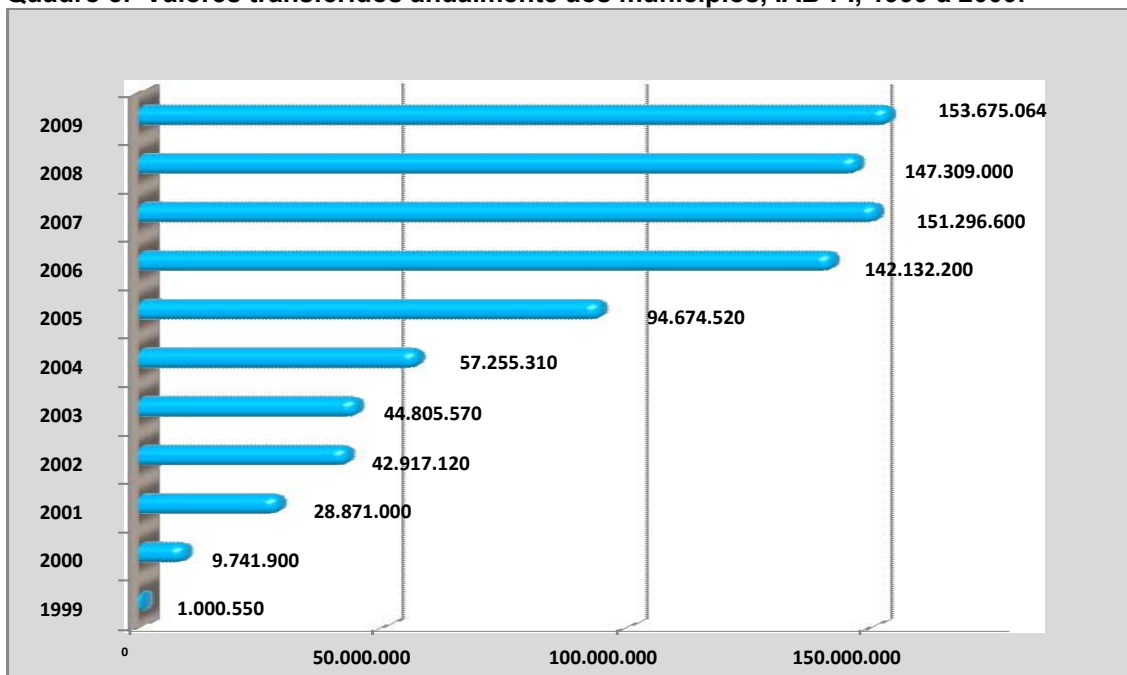
**Quadro 2. Valores transferidos anualmente a estabelecimentos de atenção à saúde indígena, IAE-PI, 1999 a 2009.**



Fonte: Astec/Desai

Com relação ao IAB-PI, 312 municípios receberam, em 2009, aproximadamente o valor de R\$ 153.675.064. Este se refere, principalmente, à contratação de 5.800 profissionais, como médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, técnicos de enfermagem, agentes indígenas de saúde e saneamento entre outros, representando mais de 50% dos recursos humanos que atuam no Subsistema de Saúde Indígena. Nesses dez anos de saúde indígena foi repassado aos Municípios, pelo Fundo Nacional de Saúde/MS o montante de R\$ 873.678.834 reais.

**Quadro 3. Valores transferidos anualmente aos municípios, IAB-PI, 1999 a 2009.**



Fonte: Astec/Desai

Cabe destacar, também, a evolução das pactuações dos incentivos com as prefeituras municipais e com os hospitais credenciados, conforme se verifica no quadro 4.

**Quadro 4. Evolução de pactuação dos incentivos com os municípios e hospitais.**

Exercícios	Nº de Municípios Pactuados	Nº de Hospitais Pactuados
1999	48	
2000	76	297
2001	192	328
2002	197	316
2003	222	339
2004	251	359
2005	302	364
2006	324	364
2007	322	364
2008	312	341
2009	312	341

Fonte: Astec/Desai



### 3.3 Infraestrutura.

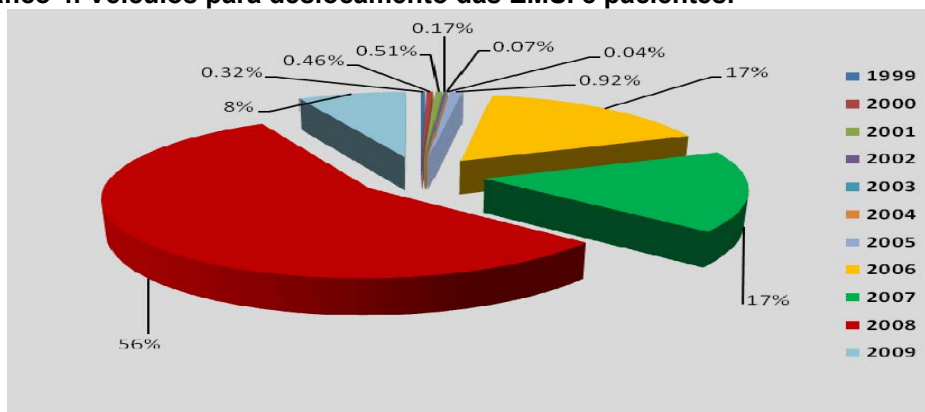
A Funasa possibilitou, nesses dez anos, a estruturação das unidades de saúde em todo território nacional, dotando-as de equipamentos médico-hospitalares, odontológicos, de informática, aparelhos de comunicação, mobiliários em geral e sistemas de energia solar entre outros, bem como equipando os Dsei com veículos terrestres e fluviais e também investindo na construção, ampliação e reforma de postos de saúde, pólos-base e casas de apoio à saúde do índio - Casai.

Na última década foram aplicados direta e indiretamente, cerca de R\$ 77,2 milhões em equipamentos e material permanente, sendo adquiridos mais de 30.000,00 itens. Destaca-se que, do montante de aplicação direta, 59,07% foram investidos no triênio 2007-2009.

A aquisição desses equipamentos resultou em melhorias significativas nos indicadores de saúde indígena. Além dos investimentos em saúde, as ações de serviços e de logística adotadas no atendimento às comunidades indígenas ajudaram a reduzir, por exemplo, a mortalidade infantil. Para se ter uma idéia da reestruturação empreendida, somente no biênio 2008-2009 foram adquiridos 1.427 equipamentos médico-hospitalares e odontológicos, 221 rádios de comunicação, 562 aparelhos eletroeletrônicos e 1.623 mobiliários em geral, além de equipamentos de informática, totalizando 5.883 itens.

No período de 2007 a 2009, foram adquiridos e entregues 364 pickups, três vans, 49 ambulâncias e 100 Fiat Uno, totalizando 516 veículos. Foram entregues ainda 63 barcos e 159 motores de popa, conforme gráfico e quadros abaixo:

**Gráfico 4. Veículos para deslocamento das EMSI e pacientes.**



Fonte: Astec/Desai

**Quadro 5. Quantitativos de veículos adquiridos e entregues por UF no período de 2007 a 2010.**

UF	2007		2008	2009			2010		Total Veículos
	Pick Up	Van	Pick Up	Pick Up	Ambulância	Uno	Pick Up	Ambulância	
AC	6		6	5	2	4	2		25
AL	2		2	3	1	2	1		11
AM	3	1	13	16	2	17	5	1	58
AP	3		4	3	2	4	1		17
BA	4		6	7	1	2	2		22
CE	2		2	3	1	2	2		12
DF	2			13	1	6	0		22
GO	2		1	1	2	3	0		9
MA	8		5	4	3	4	1		25
MG/ES	4		4	2	1	3	2		16
MS	2		2	6	2	3	2		17
MT	16		8	11	7	12	2	2	58
PA	10		6	7	5	10	3	1	42
PB	2		3	3	1	2	1		12
PE	5		5	9	1	2	0		22
PR	5		10		1	2	0		18
RJ	1			1	1	1	0		4
RO	5	1	12	5	4	8	3		38
RR	8		6	10	2	4	3		33
RS	3		3	8	1	2	2		19
SC	1	1	2	3	1	2	1		11
SP	1		1	2	1	2	0		7
TO	6		3	2	2	3	2		18
<b>Total Geral</b>	<b>101</b>	<b>3</b>	<b>104</b>	<b>124</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>4</b>	<b>516</b>

Fonte: Astec/Desai

O quadro abaixo traz um panorama dos valores executados por item e por ano pela Funasa, diretamente, nesses dez anos de atuação à frente do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

**Quadro 6. Investimento em equipamentos adquiridos e material permanente - aplicação direta de 1999 a 2009.**

Itens/ Ano	Veículo para deslocamento das Emsi e pacientes	Equip. de informática e comunicação	Equip. Médico, odonto e hospitalar	Aparelhos eletro-eletrônico p/ Dsei e casai	Mobiliário em geral e material de escritório	Outros equipamentos para os Dsei	Gerador de energia	Sistema de energia solar	TOTAL
1999	132.450,00	135.130,25	53.433,22	28.179,10	25.903,20	82.421,24	-	-	457.517,01
2000	192.387,00	424.689,60	440.698,03	273.685,35	241.512,14	73.043,28	95.962,06	-	1.741.977,46
2001	211.907,70	152.201,90	51.196,03	14.265,50	13.617,35	7.681,40	-	-	450.869,88
2002	69.939,60	599.356,96	283.712,69	178.584,81	175.871,99	66.792,37	17.650,00	-	1.391.908,42
2003	30.118,50	110.982,73	33.761,01	44.008,00	82.683,75	27.213,80	-	-	328.767,79
2004	15.350,00	47.307,08	70.300,77	51.502,80	80.993,00	36.217,00	-	-	301.670,65
2005	383.819,00	448.792,26	1.367.511,37	264.733,34	327.261,10	58.815,41	26.934,00	13.384,93	2.891.251,41
2006	6.995.977,54	180.958,23	318.806,28	97.717,96	43.115,00	104.885,89	63.930,00	-	7.805.390,90
2007	6.946.690,98	782.839,36	601.721,88	389.763,94	448.521,99	72.617,21	54.650,00	-	9.296.805,36
2008	23.501.716,24	1.437.183,01	951.798,49	533.752,47	720.789,94	236.995,70	19.229,00	-	27.401.464,85
2009	3.198.594,97	841.766,99	1.038.209,99	559.704,52	687.396,99	2.574.705,25	18.240,00	1.963,29	8.920.582,00
<b>Total</b>	<b>41.678.951,53</b>	<b>5.161.208,37</b>	<b>5.211.149,76</b>	<b>2.435.897,79</b>	<b>2.847.666,45</b>	<b>3.341.388,55</b>	<b>296.595,06</b>	<b>15.348,22</b>	<b>60.988.205,73</b>

Fonte: Astec/Desai

Pelo Projeto Vigisus foram adquiridos, no período de 1999 a 2009, motocicletas, bicicletas, kits para AIS, equipamentos, embarcações, veículos de tração mecânica e material de consumo durável, totalizando aproximadamente 3.343 itens, o que representou um gasto global de R\$ 3,04 milhões, conforme detalhamento no quadro abaixo:

**Quadro 7. Equipamentos adquiridos pelo projeto Vigisus 1999 a 2009.**

Equipamentos	Quantidade	Valor
Motocicletas	30	279.390,00
Bicicletas	500	119.900,00
Barcos e Motores (voadeiras)	74 Barcos 122 Motores	3.046.981,74
Kits para AIS	2.600	438.411,23
Equipamentos para as unidades de saúde construídas.	inf. ñ prestada	4.372.189,36
Veículos	13 Picapes 4 Vans	1.483.561,37

Fonte: Vigisus

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, como já mencionado anteriormente, também recebeu contribuição na sua estruturação inicial advinda dos primeiros instrumentos de convênio e termos de parceria firmados com municípios, organizações não-governamentais e organizações da sociedade civil

de interesse público nas suas contratações para prestação de assistência à saúde dos povos indígenas.

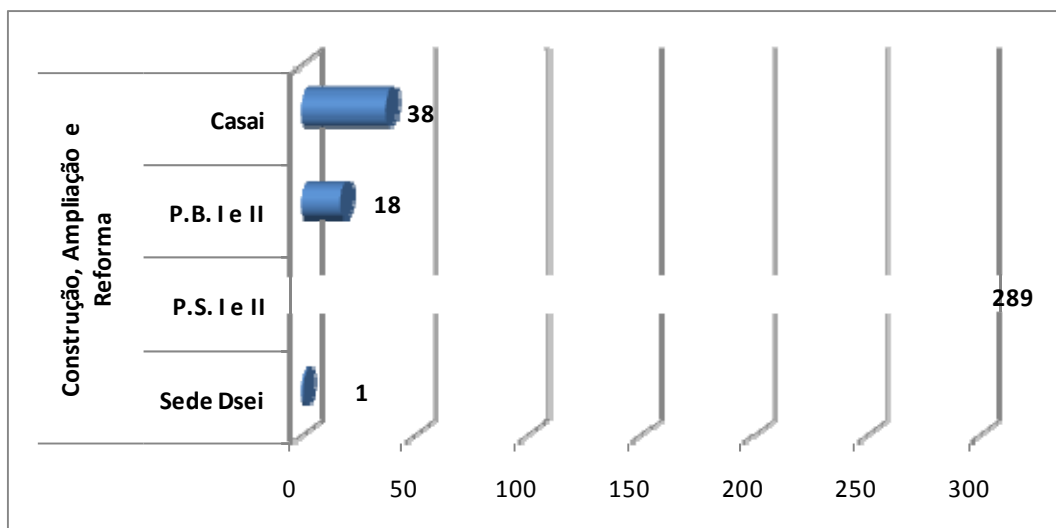
No quadro abaixo, é apresentada a distribuição dessas despesas anuais do período desses seis anos iniciais, representando a aquisição de cerca de mais de 4.400 itens. Fica patente, com a medida tomada pela Funasa, o decréscimo desses gastos já registrados no ano de 2004, o qual participou com apenas 1,6% do total no período.

**Quadro 8. Total de gasto anual, em reais, com bens adquiridos por convênios, 1999 a 2004.**

1999	2000	2001	2002	2003	2004
1.134.664	6.332.293	2.002.480	1.861.455	2.694.974	230.337

Em dez anos, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena recebeu R\$ 34.683.502,43 para a construção, ampliação e reforma de 349 obras, sendo 289 postos de saúde tipos I e II, 18 pólos-base tipos I e II, 38 Casai e uma sede de Dsei em cerca de 176 municípios beneficiados. (Gráfico 5)

**Gráfico 5. Quantitativos das construções de unidades de saúde realizadas no período de dez anos.**



Fonte: Cosan/Densp.

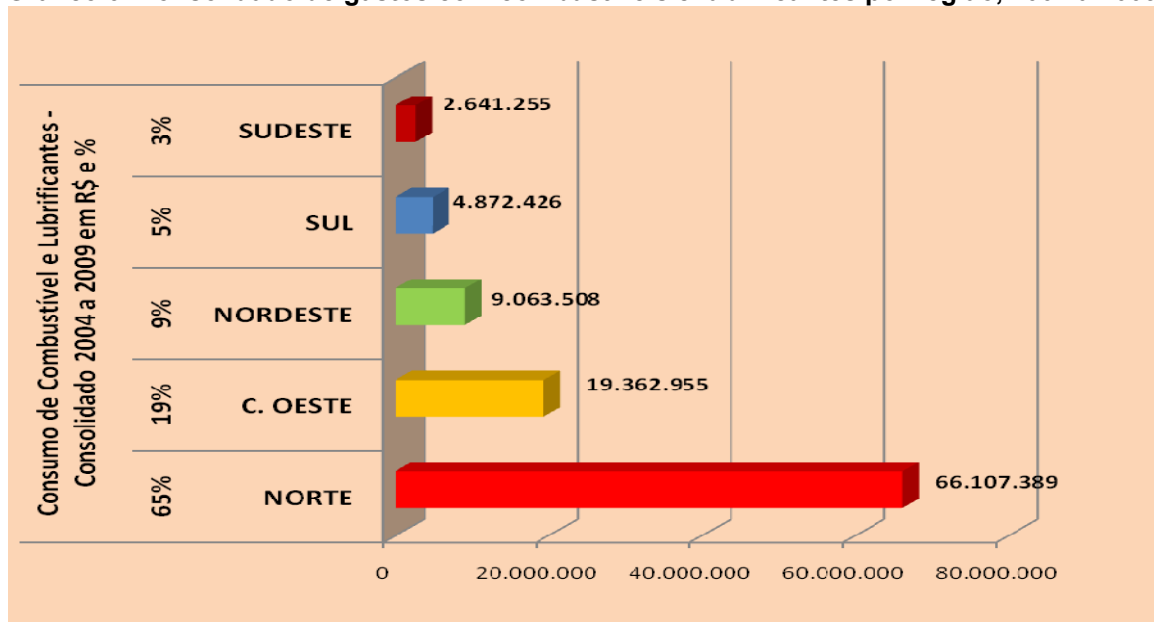
### 3.4 Despesas com combustíveis e derivados

Os gastos com combustíveis e derivados, item importante e fundamental na implementação da maioria das ações de atenção à saúde indígena, por abastecer os veículos terrestres, fluviais e equipamentos, permitindo o deslocamento das Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena – EMSI, remoção de pacientes e acompanhantes indígenas e outros, eram executados diretamente pelas Coordenações Regionais de representação desta Funasa, nas 26 unidades da federação, e em alguns casos, por meio de convênios com entidades de governos estaduais, municipais e organizações não governamentais. Em novembro de 2004 passaram a ser executados diretamente pela Presidência por meio de um contrato administrativo fruto de processo licitatório.

Essa mudança foi motivada por diversas constatações, dentre elas, pela inexistência de controle e monitoramento dos gastos por conta das unidades distritais, pela dificuldade das coordenações regionais, principalmente as dos estados da Região Norte, no que diz respeito à falta de cadastramento dos fornecedores no SICAF/SIASG para a consecução dos processos licitatórios e a necessidade de se eliminar esse tipo de despesa, até então incluso nos planos de trabalho dos convênios vigentes à época, o que em alguns casos, diante das dificuldades, levava à realização dessas despesas por meio de Suprimento de Fundos, necessitando-se estabelecer um melhor enquadramento legal desses gastos.

O gráfico abaixo consolida os gastos com combustíveis e lubrificantes por região referente ao período de 2004 a 2009, que representa um comportamento histórico ao longo desta década. Nessa forma de consolidação fica patente a robustez e a peculiaridade da Região Norte com seus 18 Dsei distribuídos numa área de mais de 3,8 milhões de Km<sup>2</sup>, participando, dessa forma, com cerca de 65% do total do gasto no período com esse item, onde se registra a predominância indígena frente às outras regiões.

**Gráfico 6. Consolidado de gastos com combustíveis e lubrificantes por região, 2004 a 2009.**



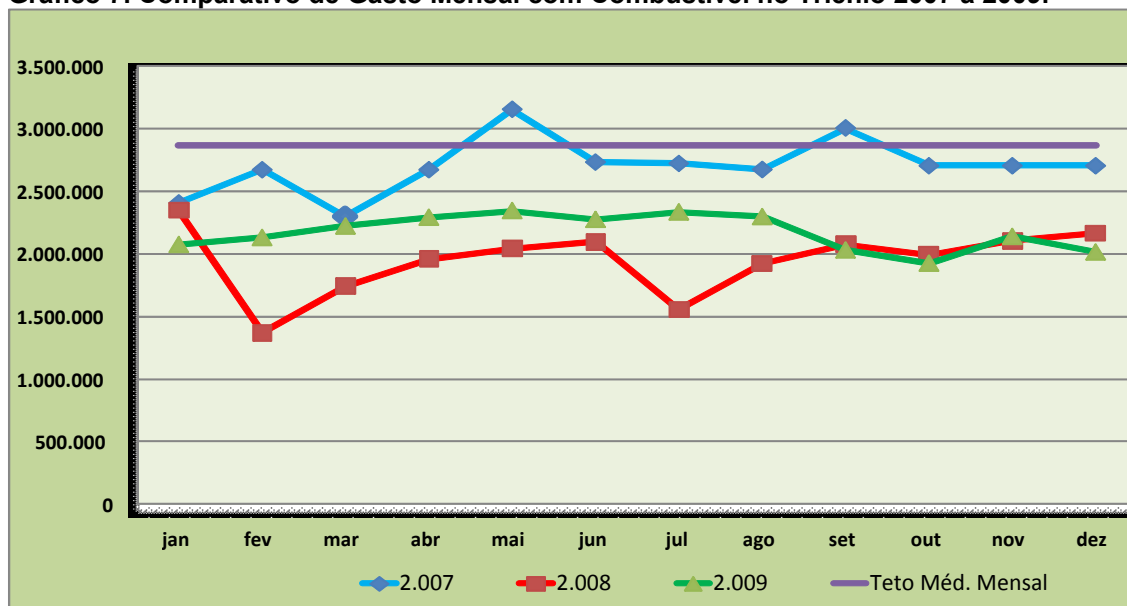
Fonte: Copsi/Cgpas

Mais recentemente, os resultados alcançados na gestão de 2008 e 2009 foram possíveis devido à otimização dos mecanismos de controle e acompanhamento do contrato de fornecimento de combustíveis e derivados, com a publicação da ordem de serviço nº. 001/2008, que normatizou a execução, tendo como avanço a descentralização da gestão, com a instituição da “comissão de gestão”. Outro fator relevante foi a implantação da nova plataforma, por parte da contratada, por exigência da Funasa, que entrou em operação no último mês de 2009 ficando, portanto, prejudicada a avaliação do impacto, que poderá ser medido ao final de 2010.

O gráfico abaixo demonstra o resultado relatado. De 2007 para 2008 houve uma racionalização de gasto de 27,97%, e em relação a 2009, da ordem de 19,69%. No triênio 2007/2009, a economia gerada tende a ser maior que o apurado matematicamente, uma vez que foram incorporados à frota 477 veículos terrestres, 231 embarcações e equipamentos, além dos veículos locados. Também houve redução significativa do consumo mensal de combustíveis em comparação com o biênio 2007/2008. Em 2008 a meta de redução do consumo foi superada em 31%. O teto de consumo mensal médio era de R\$ 2.833.019,00 e o consumo médio mensal foi de R\$ 1.947.185,00. Em 2009 a meta prevista,

revisada no último mês, ficou em R\$ 2.865.500,00 e a média mensal efetiva de gasto, em R\$ 2.171.047,00, 24% abaixo da meta.

**Gráfico 7. Comparativo de Gasto Mensal com Combustível no Triênio 2007 a 2009.**



Fonte: Copsi/Cgpas.

### 3.5 Recursos aplicados por meio de convênios.

Desde a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, o Desai empenhou-se em estruturar condições necessárias para a execução da atenção à saúde indígena.

Vale enfatizar que a Funasa recebeu a missão institucional de maneira súbita e simultânea ao processo de descentralização de recursos humanos aos estados e municípios para atuarem junto ao Sistema Único de Saúde – SUS, o que resultou em carência de servidores públicos federais para o exercício mínimo de atividade frente à nova missão institucional, a atenção à saúde indígena.

Como alternativa para esse problema a Funasa celebrou convênios com instituições não governamentais, prefeituras e universidades.

No período de 1999 a 2009 registrou-se 582 convênios celebrados, envolvendo o montante orçamentário de R\$ 1.244.544.861,53. Destaca-se que no exercício de 2010, existem apenas 33 convênios instituídos.

**Quadro 9. Série histórica contendo os gastos com saúde indígena, distribuídos nas instituições não governamentais, prefeituras e universidades, 1999 a 2009.**

ANO	N.º DE CONVÊNIOS				TOTAL	VALOR ORÇAMENTÁRIO R\$
	ONG		PREFEITURA MUNICIPAL	UNIVERSIDADE		
	Indígena	Não Indígena				
1999	11	15	18	1	45	39.001.599,12
2000	14	13	18	1	46	42.005.775,40
2001	22	16	13	1	52	101.678.354,11
2002	29	20	8	1	58	116.597.065,42
2003	27	22	6	1	56	116.909.019,16
2004	31	20	4	6	61	126.780.721,54
2005	31	20	4	6	61	126.680.910,90
2006	26	26	5	6	63	145.280.528,70
2007	18	26	5	5	54	126.774.645,07
2008	21	22	5	4	52	153.180.950,88
2009	11	18	4	1	34	149.655.291,23
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>241</b>	<b>218</b>	<b>90</b>	<b>33</b>	<b>582</b>	<b>1.244.544.861,53</b>

Fonte: Assconv/Cgpas/Desai

**Principais avanços na execução dos convênios:**

- ✚ Elaboração e divulgação do Manual para Capacitação e Treinamento de Executores Internos e Externos em Celebração de Convênios, com 200 tiragens na 1ª edição e 150 na 2ª, distribuídos aos 34 Dsei e quatro Assessorias Indígenas, Coordenações Regionais da Funasa, Entidades Conveniadas e aos técnicos da Presidência da Funasa;
- ✚ Edição da Portaria Funasa nº 126 de 14/2/2008, que estabelece acompanhamento da execução física e financeira dos convênios de saúde indígena pelas Coordenações Regionais e Dsei, mediante apreciação do Condisi;
- ✚ Edição da Portaria nº 293 de 7/4/2008, que regulamenta critérios para a seleção de entidades, por meio de edital de chamamento público, objetivando a celebração de convênios;



## Principais avanços ocorridos na área de Recursos Humanos e Capacitação e Eventos da Saúde Indígena:

- ✚ Novembro de 2006: a Funasa realizou a 1ª Mostra Nacional de Saúde Indígena, em Brasília, com o objetivo de promover, divulgar e selecionar trabalhos científicos e experiências exitosas dentro da temática da Saúde Indígena;
- ✚ Maio de 2008: Oficina de Trabalho com técnicos da Funasa e Ministério da Saúde, que resultou a inclusão na Classificação Brasileira de Ocupações - CBO as atividades profissionais de Agente Indígena de Saúde – AIS e de Agente Indígena de Saneamento – AISAN, sob os códigos 5151-25 para os AIS e 5151-30 para AISAN;
- ✚ Maio de 2009: autorização do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão para concurso público temporário para a área de saúde indígena, para criação de 802 vagas. Concurso já realizado e em processo de convocação dos aprovados;
- ✚ Novembro de 2008: Seminário Nacional com a participação de duzentas pessoas, entre representantes indígenas, trabalhadores e gestores da saúde indígena, para discutir a estruturação da saúde indígena, na perspectiva da transferência das ações para o Ministério da Saúde;
- ✚ 2009 e 2010: Realização de intercâmbio nacional (2009) e internacional (2010), para premiação aos profissionais que tiveram trabalhos vencedores na 1ª Mostra Nacional de Saúde Indígena, de acordo com a categoria de apresentação;
- ✚ Formação de 3.963 agentes indígenas de saúde em andamento, dentre os quais estão em processo de certificação 45. Já foram certificados 479 pelas Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), abrangendo os Dsei do Ceará, Leste de Roraima, Cuiabá e Pernambuco;
- ✚ 2009: elaboração e publicação do livro a “Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de Saúde Indígena”, tendo seis mil exemplares distribuídos a diversos órgãos públicos e privados, institutos de pesquisas e universidades.

## Controle Social:

- ✚ Março de 2006: realização da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena, com a participação de 1.228 pessoas, sendo que 696 eram delegados representando os segmentos de usuários, trabalhadores e gestores/prestadores de serviço;
- ✚ 2008: Edição, pela Funasa, de 2.000 exemplares da cartilha “Controle Social”, distribuídas para todos os Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena;
- ✚ Permanente capacitação dos conselheiros locais e distritais, bem como fomento de reuniões do controle social e do Fórum dos Presidentes dos Condisi.

### 3.6 Casas de Apoio à Saúde do Índio - Casai convênios.

As 62 Casas de Apoio à Saúde do Índio - Casai têm por finalidade garantir apoio aos pacientes indígenas referenciados dos pólos-base/aldeias por problemas de saúde mais complexos que o oferecido na atenção básica, necessitando de intervenções clínicas especializadas e/ou cirúrgicas na média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde. Suas atividades estão descritas na Portaria Funasa nº. 840 de 15 de agosto de 2007 e funcionam como apoio para as referências regional, estadual ou nacional, dependendo de sua localização em municípios, capitais estaduais ou a Capital Federal. São elo fundamental entre a atenção básica prestada pelas EMSI e a rede de referência do SUS, garantindo a integralidade na atenção à saúde aos indígenas.

As anteriores Casas do Índio, estruturas herdadas das organizações de serviços na atenção em saúde prestada pela Funai, foi transferida ao subsistema de saúde com a publicação da Medida Provisória nº 1.911-8/99.

O suporte oferecido aos pacientes e acompanhantes perdura durante todo o período do tratamento extra-domiciliar garantindo acolhimento, hospedagem e alimentação. Como principais atribuições: prestar assistência de enfermagem aos pacientes pós-hospitalizados e em fase de recuperação; articular junto ao SUS agendamento de consultas, exames e internações hospitalares; encaminhar o

preenchimento e envio das contra-referências aos pólos-base e providenciar o retorno dos pacientes e acompanhantes às suas aldeias de origem por ocasião de alta. Não cabe, portanto, às Casai realizar ações de atenção básica em saúde, que devem ser realizadas nas aldeias, sendo que são promovidas atividades de educação em saúde aos indígenas hospedados e em alguns casos, para pacientes crônicos que permanecem por longos períodos junto aos seus acompanhantes, em alguns casos são estimuladas outras atividades como produção artesanal.

As Casai, ao todo, dispõem de 1.013 leitos e no ano de 2008 foram referenciados 32.123 pacientes, com uma média de 11,9 dias de permanência. Os serviços prestados no SUS aos pacientes referenciados durante 2008 foram 83.954 consultas, 1.447.173 procedimentos básicos e 5.760 internações em diversos níveis de complexidade da rede.

A relação acompanhante por paciente registrada em 2009 foi de 0,43, ou seja, 28.024 pacientes e 12.241 acompanhantes, demonstrando melhora nos critérios adotados para hospedagem de acompanhantes.

A Casa de Apoio à Saúde do Índio de Brasília – Casai/DF é parte integrante do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, é uma unidade de caráter nacional adstrita ao Departamento de Saúde Indígena/Fundação Nacional de Saúde (Desai/Funasa), tendo por finalidade prestar apoio a pacientes indígenas referenciados aos serviços de média e alta complexidade no SUS do Distrito Federal pelos Dsei.

Regulamentada pela Portaria nº 70, de 20 janeiro de 2004, que aprova as diretrizes da gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, o Art. 1º inciso VI define que “as Casai, serão responsáveis pelos serviços de apoio às atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade”.

A atual gestão teve início na segunda quinzena de dezembro de 2007 e na ocasião a Casai/DF funcionava numa chácara na cidade satélite do Gama, dispunha de infra-estrutura precária, equipe reduzida de profissionais e a admissão de pacientes não obedecia a critérios técnicos adequados. Havia alta taxa de mortalidade nos hospitais da rede pública de saúde devido a uma série de dificuldades no encaminhamento de pacientes para tratamento especializado.

A gerência da Casai/DF, o serviço médico, agendamento, serviço externo e farmácia estavam localizados no Setor de Indústria e Abastecimento – SIA, muito distante de onde permaneciam alojados os pacientes referenciados.

Em agosto de 2008 houve importante mudança no funcionamento da Casai/DF, que passou a funcionar em uma propriedade rural locada pelo Instituto de Pesquisa Etno Ambiental do Xingú – Ipeax, instituição conveniada à Funasa, responsável pela execução de ações complementares de saúde no âmbito da Casai/DF.

A nova estrutura propiciou a fusão da gerência com a assistência e essa medida possibilitou a reestruturação dos serviços prestados. Diversos problemas de gestão constatados anteriormente, como os encaminhamentos desnecessários e fluxo excessivo de acompanhantes que provocavam superlotação, foram sanados com o estabelecimento de novos critérios de admissão de pacientes. Essas providências permitiram o aprimoramento da qualidade e da resolutividade do atendimento.

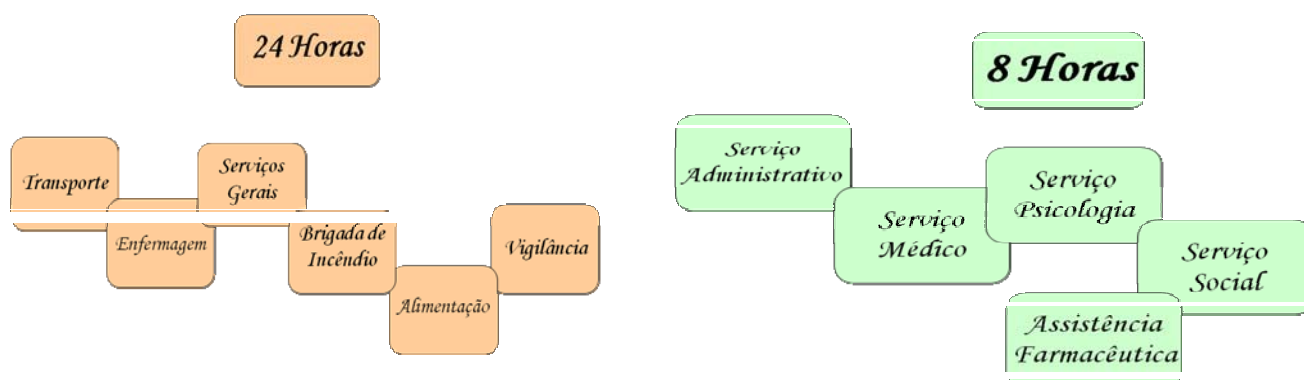
Em 2010, a Casai/DF oferece aos indígenas referenciados, assistência multidisciplinar: hospedagem, alimentação adequada, cuidados básicos de saúde e higiene, educação em saúde, agendamento de consultas, transporte e acompanhamento aos serviços especializados da rede do SUS, transporte de retorno aos Dsei de origem, auxílio alimentação, assistência médica e de enfermagem extensivos aos acompanhantes, garantindo a integralidade da atenção à saúde.

Desta forma, a Casai/DF desempenha um papel fundamental no processo de recuperação da saúde dos povos indígenas que necessitam de tratamento de alta complexidade constituindo um centro de excelência em qualidade de serviços e modelo de referência para as demais Casai do Brasil.

As ações desenvolvidas pela Casai/DF têm como objetivo garantir o atendimento à saúde dos usuários referenciados com vistas à humanização, resolutividade e respeito etnocultural, oferecendo um serviço eficaz e demonstrando compromisso com a saúde indígena.

Buscando a melhoria na qualidade do atendimento foram incluídas na rotina das atividades as visitas hospitalares pelos profissionais de saúde, atividades de monitoramento e avaliação, estudo de caso semanal com a equipe multidisciplinar, oficinas de artesanato e atividades recreativas e culturais.

Atualmente são oferecidos os seguintes serviços:



Entre janeiro de 2008 e julho de 2010 foram admitidos na Casai/DF 3.352 usuários, sendo 1.070 pacientes e 2.228 acompanhantes. O quadro abaixo apresenta as médias de ocupação e permanência dos usuários nesse período.

**Quadro 10. Média de permanência dos usuários na Casai DF, 2008 a 2010.**

USUÁRIOS	2008	2009	2010	PERÍODO
Média de Paciente por Dia	14,03	12,68	14,10	<b>13,60</b>
Média de Acompanhante por Paciente	1,99	2,26	2,74	<b>2,33</b>
Média de Dias de Permanência de Pacientes	16,09	12,01	10,03	<b>12,71</b>
Média de Usuários por Dia	44,54	43,79	46,32	<b>44,88</b>

Fonte: Desai/Cgasi

Os procedimentos realizados pela equipe de saúde da Casai/DF estão quantificados no quadro abaixo.

**Quadro 11. Procedimentos Realizados na Casai/DF de 1º de Janeiro de 2008 a 31 de Julho de 2010.**

TIPO ATENDIMENTO	2008	2009	2010	TOTAL
Aspiração Traqueal	988	774	507	<b>2.269</b>
Consultas de Enfermagem	1.370	3.556	245	<b>5.171</b>
Consultas Médicas	628	907	239	<b>1.774</b>
Curativos	-	100	89	<b>189</b>
Glicemia Capilar	170	260	202	<b>632</b>
Medicação Endovenosa - EV	50	10	03	<b>63</b>
Medicação Intra Muscular - IM	38	120	60	<b>218</b>
Medicação Tópica	-	2.930	3.082	<b>6.012</b>
Medicação Via Oral – VO	11.232	15.009	10.889	<b>37.130</b>
Nebulização	-	1.623	814	<b>2.437</b>
Outros (lavagem cânula, etc)	-	982	467	<b>1.449</b>
Oxigenoterapia	92	355	152	<b>599</b>
Pesagem	-	640	344	<b>984</b>
Terapia Reidratação Oral - TRO	326	73	94	<b>493</b>
Relatório Contrarreferência	186	363	203	<b>752</b>
Reuniões com os Usuários	-	20	05	<b>25</b>
Temperatura	-	6.091	6.077	<b>12.168</b>
Verificação Pressão Arterial - PA	1.574	4.968	5.733	<b>12.275</b>
Visitas Pacientes Hospitalizados	-	478	228	<b>706</b>
<b>TOTAL</b>	<b>16.654</b>	<b>39.259</b>	<b>29.433</b>	<b>85.346</b>

Fonte: Desai/Cgasi

Dos 34 Dsei do país, 38,2% utilizaram os serviços da Casai/DF correspondendo a 36 etnias atendidas.

Em de agosto de 2009 a março de 2010 a maioria dos pacientes admitidos na Casai/DF necessitavam de atendimento de alta complexidade. Houve redução no encaminhamento de pacientes de média e baixa complexidade para a Casai/DF, em decorrência do trabalho de articulação junto aos Dsei para evitar o encaminhamento de casos passíveis de serem atendidos nos níveis locais e regionais.

Internamente, a organização dos serviços e a implantação de novos instrumentos de registro e coleta de dados facilitaram o fluxo das informações, permitindo análise e monitoramento das atividades de forma sistemática.

### 3.7 Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica compreende um conjunto de atividades que envolvem o medicamento e que devem ser realizadas de forma sistêmica, ou seja, articuladas e sincronizadas, tendo, como beneficiário maior, o paciente. É o resultado da combinação de estrutura, pessoas e tecnologias para o desenvolvimento dos serviços em um determinado contexto social. Dessa forma, necessita de uma organização de trabalho que amplie sua complexidade, de acordo com o nível de aperfeiçoamento das atividades e da qualidade impressa nos serviços realizados. Esses serviços devem ser preparados para ampliar sua atuação por meio de projetos técnicos e administrativos para que a equipe de saúde e os usuários possam perceber a importância do mesmo na melhoria da qualidade da atenção à saúde e assim ganhar apoio técnico e político para o seu desenvolvimento (Marin et al., 2003).

As ações que envolvem, direta ou indiretamente, a assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena, tais como seleção, programação, aquisição, acondicionamento, estoque, distribuição, controle e vigilância - nesta compreendida a prescrição e dispensação -, devem partir, em primeiro lugar, das necessidades e da realidade epidemiológica de cada Dsei e estarem orientadas de forma a garantir os medicamentos necessários. Devem também compor essas ações as práticas de saúde tradicionais dos povos indígenas, que envolvem o conhecimento e o uso de plantas medicinais e demais produtos da farmacopéia tradicional no tratamento de doenças e outros agravos à saúde. Essa prática deve ser valorizada e incentivada, articulando-a com as demais ações de saúde nos Dsei.

A Política Nacional de Medicamentos (Portaria GM 3.916/98) fortalece os princípios e diretrizes constitucionais legalmente estabelecidos, explicitando, além das diretrizes básicas, as prioridades a serem conferidas na sua implementação e as responsabilidades dos gestores em saúde na sua efetivação. As ações direcionadas para o alcance desse propósito são balizadas pelas seguintes diretrizes:

- a) Adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename;
- b) Regulamentação Sanitária de Medicamentos;
- c) Reorientação da Assistência Farmacêutica;

- d) Promoção do Uso Racional de Medicamentos;
- e) Promoção da Produção de Medicamentos;
- f) Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos.

A Assistência Farmacêutica no Desai começa insipiente em 2005 e passou a ser efetivamente estruturada em 2007 com a contratação de profissionais farmacêuticos para essa área técnica. Antes, as ações de planejamento eram realizadas por colaboradores eventuais. Atualmente as ações centrais, realizadas pelos profissionais farmacêuticos atuantes na Presidência da Funasa, bem como as distritais, realizadas por profissionais farmacêuticos dos Dsei, pólos-base e Casai, são baseadas em diretrizes técnicas estabelecidas pelo Desai.

Assim, as diretrizes da assistência farmacêutica para os povos indígenas, em conformidade com as orientações da Política Nacional de Medicamentos (Portaria GM 3916/98), são:

- a) Descentralização da gestão da assistência farmacêutica para os Dsei;
- b) Promoção do uso racional dos medicamentos;
- c) Incentivo e valorização das práticas farmacológicas tradicionais indígenas;
- d) Avaliação e adaptação dos protocolos preconizados de intervenção terapêutica, baseadas em decisão de grupo técnico interdisciplinar, considerando as variáveis socioculturais e as situações especiais, como, por exemplo, grupos indígenas vivendo isolados, com grande mobilidade ou localizados em zonas de fronteira;
- e) Farmacovigilância em relação a possíveis efeitos iatrogênicos, por meio de estudos clínicos, epidemiológicos e antropológicos específicos;
- f) Promoção de ações educativas no sentido de garantir a adesão do paciente ao tratamento inibindo as práticas relacionadas com a automedicação e hipermedicação;

Nos últimos três anos, a reestruturação da Assistência Farmacêutica possibilitou a melhoria da atenção aos povos indígenas. Um avanço foi o aumento do número de profissionais farmacêuticos e de auxiliares de farmácia que atuam nas ações e atividades de assistência farmacêutica voltadas para os povos indígenas. Até o momento estão atuando na saúde indígena 60 profissionais nas coordenações regionais, Dsei, pólos-base e Casai.



Dos 189 medicamentos distribuídos diretamente aos Dsei, cerca de 70% fazem parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). No ano de 2009, foram disponibilizados mais de 32 milhões de reais na aquisição de insumos farmacêuticos, 2/3 desses recursos são empregados em medicamentos e 1/3 em materiais médicos hospitalares (MMH). Em 2010, até agosto, foram adquiridos e distribuídos em R\$ 20.019.284,95 em medicamentos e R\$ 5.225.982,14 em MMH.

**Gráfico 8. Recursos utilizados na aquisição de Materiais Médicos Hospitalares e Medicamentos 2008 a agosto de 2010.**

Fonte: SISCOESC

Até 2008 a aquisição e entrega de insumos farmacêuticos eram centralizadas na Presidência da Funasa. Em 2009 o Desai mudou essa estratégia. A aquisição permaneceu centralizada, entretanto, a entrega dos insumos passou a ser descentralizada, na qual cada Distrito recebe os insumos diretamente do fornecedor, o que gerou economia e agilidade na logística de distribuição. De janeiro a agosto de 2010 deu-se continuidade aos processos de aquisição de materiais médico-hospitalares e medicamentos realizados em 2009 (Ata de Registro de Preços), priorizando a entrega descentralizada dos insumos aos Dsei.

A Assistência Farmacêutica, em 2010, está em fase de elaboração de um novo processo de aquisição de medicamentos baseada na Nova Relação Nacional de Medicamentos Essenciais da Saúde Indígena proposto pelo Comitê Nacional de Farmácia e Terapêutica (CFT), instituído pela Portaria Funasa nº 1.057, de 9 de agosto de 2006, e pela Portaria Funasa nº 763, de 27 de maio de 2010, que define os membros desse Comitê. Foram selecionados 89 medicamentos considerando-se a denominação genérica, que totalizam 130

apresentações destinadas aos atendimentos de saúde da atenção básica voltados para a população indígena.

A nova relação considera: a Política Nacional de Assistência Farmacêutica; a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); a necessidade de selecionar os medicamentos essenciais considerados seguros, eficazes e de custos efetivos destinados ao atendimento dos agravos de saúde da população indígena, diante da diversidade de produtos farmacêuticos; prioritariamente medicamentos elencados na Rename 2010, admitindo-se medicamentos de uso consagrado nos atendimentos à população indígena de acordo com a prática clínica local; a seleção de medicamentos registrados no Brasil, em conformidade com a legislação sanitária; o perfil de morbimortalidade da população indígena.

Outra mudança foi a possibilidade de aquisição de insumos farmacêuticos diretamente pelos Dsei na falta de algum item da lista básica fornecida pelo Desai, ação que até então era feita exclusivamente pela Presidência da Funasa. Isso reforçou a descentralização da Assistência Farmacêutica e favoreceu as ações regionais de promoção da saúde indígena.

Com a reestruturação da Assistência Farmacêutica, outra conquista foi a implantação do Sistema de Controle de Estoque e Consumo (Siscoesc) que possibilitou melhorias na logística de aquisição e armazenamento de medicamentos. Além disso, possibilitou maior visibilidade no controle e distribuição de medicamentos aos Dsei, aos pólos-base e às Casai. Em 2010, o Siscoesc está implantado e em operação em 33 Dsei, três Assessorias de Saúde Indígena e na Casai/DF, sendo que sua implantação se deu após a capacitação dos profissionais farmacêuticos.

A reorganização dos Serviços de Assistência Farmacêutica no Sub-Sistema de Saúde Indígena, a partir da reestruturação das áreas relacionadas a medicamentos com instalações físicas adequadas, sob o controle e supervisão de um profissional farmacêutico, possibilitou a identificação e implementação das diversas etapas do Ciclo Logístico da Assistência Farmacêutica. Com isso, a Assistência Farmacêutica desenvolveu ações de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos em parceria com os Dsei para a promoção do uso racional de medicamentos junto à população indígena.

Outro aspecto importante a ser ressaltado são as ações primordiais da área de Assistência Farmacêutica que estão em constante interação com os diversos programas de saúde pública como Imunização, DST/Aids e Hepatites Virais, e outros, de forma a atender as exigências das legislações profissional, sanitária, penal e civil. Isso exige do profissional enorme esforço e assim têm-se defendido a importância desse profissional de forma a garantir a integralidade das ações da Saúde Indígena.

#### 4. Saneamento em terras indígenas.

A Funasa, por meio do Departamento de Engenharia de Saúde Pública investiu de 1999 a 2009 um total de R\$ 282.229.268,45 em equipamentos, obras e serviços de saneamento nas aldeias indígenas do Brasil. O quadro e o gráfico abaixo apresentam um consolidado anual dos recursos de investimentos empenhados, aldeias contempladas e população beneficiada. A mesma aldeia ou população pode ser atendida com uma ou mais ações em dois ou mais anos.

Os recursos de 2008 se referem a obras com contratação pelas coordenações regionais e convênios com municípios e estados.

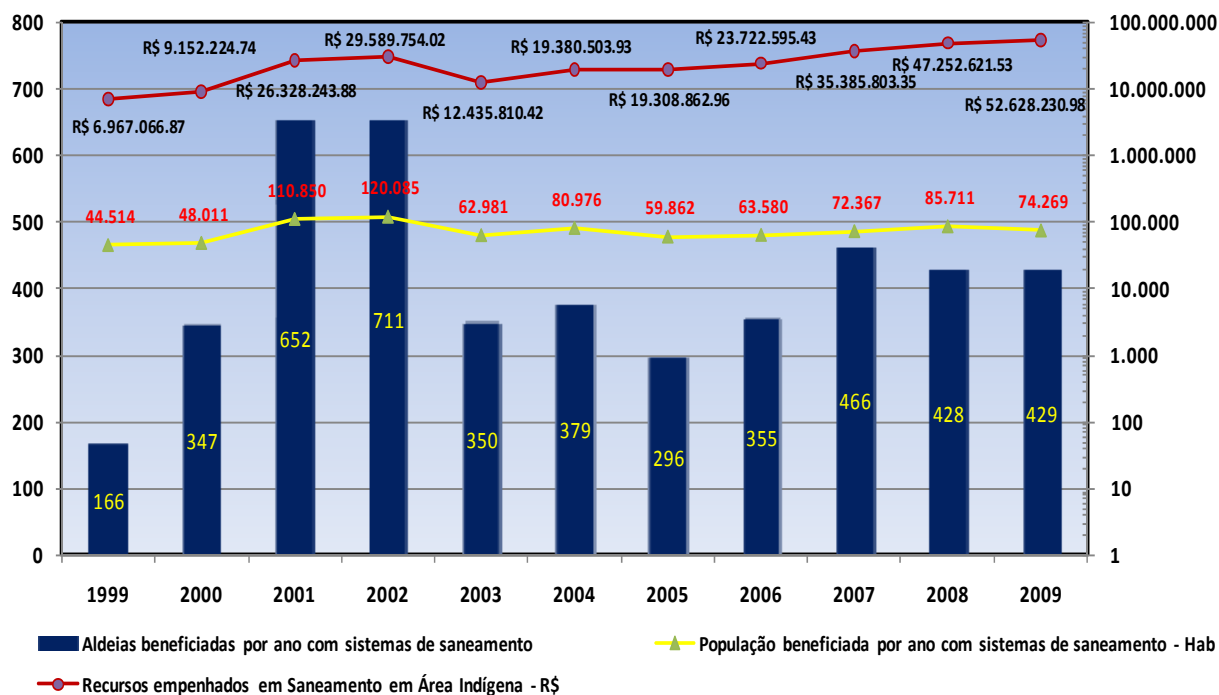
Os recursos de 2009 se referem ao que foi programado e contratado pelas coordenações regionais e convênios, até dezembro de 2009.

**Quadro 12. Consolidado de Saneamento em Áreas Indígenas – Funasa – Brasil 1999 à 2009.**

Ano	R\$	Aldeias	Pessoas Beneficiadas
1999	6.967.066,87	166	44.514
2000	9.152.224,74	347	48.011
2001	26.328.243,88	652	110.850
2002	29.589.754,02	711	120.085
2003	12.435.810,42	350	62.981
2004	19.380.503,93	379	80.976
2005	19.308.862,96	296	59.862
2006	23.722.595,43	355	63.580
2007	35.385.803,35	466	72.367
2008	47.330.171,87	428	85.711
2009	52.628.230,98	429	74.269
<b>Total no período</b>	<b>282.229.268,45</b>	<b>4.579</b>	<b>823.206</b>

Fonte: Cosan/Densp

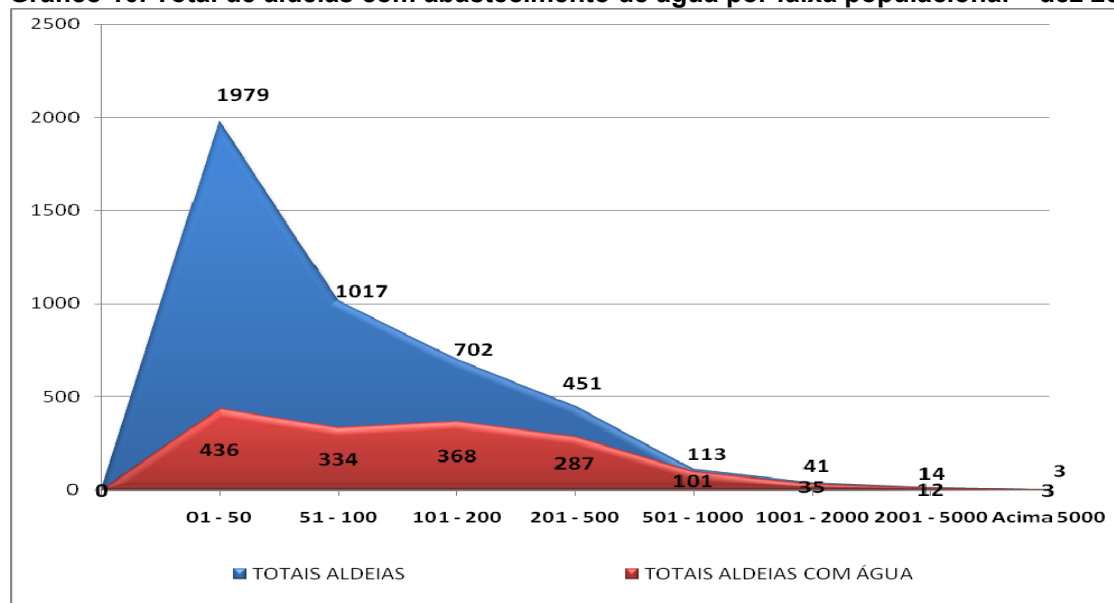
**Gráfico 9. Série histórica dos recursos financeiros empenhados em áreas indígenas com sistemas de saneamento e populações beneficiadas.**



Fonte: Cosan/Densp.

Em 2010, 64,5% da população indígena e 36,4% das aldeias possuem abastecimento de água, seja com atendimento domiciliar ou coletivo. A notável diferença entre o percentual de cobertura de população indígena com abastecimento de água e o percentual de aldeias atendidas explica-se pelo fato de que a maioria das aldeias com maiores populações estão atendidas com o serviço enquanto que, nas de menor população, normalmente as de mais difícil acesso, ainda não foi possível o atendimento. O gráfico e as tabelas abaixo demonstram a evolução da implantação dos sistemas de abastecimentos para a população indígena.

**Gráfico 10. Total de aldeias com abastecimento de água por faixa populacional – dez 2009.**



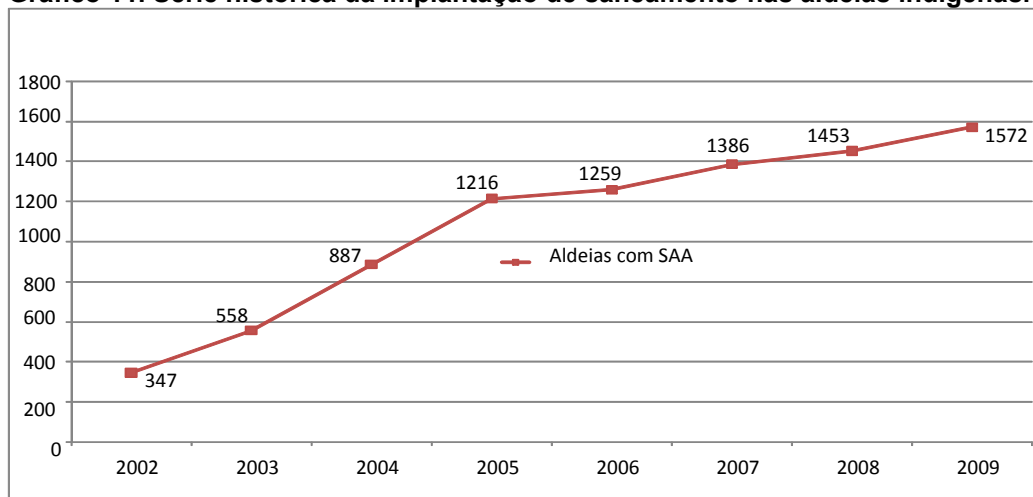
Fonte: Cosan/Densp.

**Quadro 13. Quantitativo de aldeias e população beneficiada por UF, 2009.**

UF	Aldeias	Aldeias c/ SAA	% Aldeias c/ Água	Pop	População c/ Água	% Pop c/ Água
ACRE	173	59	34,1%	15.752	7.937	50,4%
ALAGOAS	28	20	71,4%	15.575	13.028	83,6%
AMAPÁ	78	45	57,7%	7.230	6.445	89,1%
AMAZONAS	1435	107	7,5%	128.076	36.168	28,2%
BAHIA	66	47	71,2%	25.208	17.250	68,4%
CEARÁ	76	35	46,1%	22.648	11.997	53,0%
ESPÍRITO SANTO	7	7	100,0%	2.989	2.989	100,0%
GOIÁS	4	2	50,0%	481	431	89,6%
MARANHÃO	296	118	39,9%	27.496	18.845	68,5%
MATO GROSSO	511	335	65,6%	34.196	28.292	82,7%
MATO GROSSO DO SUL	75	64	85,3%	71.436	66.067	92,5%
MINAS GERAIS	59	48	81,4%	10.741	9.577	89,2%
PARÁ	283	97	34,3%	25.500	17.761	69,7%
PARAÍBA	30	26	86,7%	11.923	10.381	87,1%
PARANÁ	45	42	93,3%	13.000	12.715	97,8%
PERNAMBUCO	226	102	45,1%	36.661	25.978	70,9%
RIO DE JANEIRO	7	5	71,4%	579	502	86,7%
RIO GRANDE DO SUL	97	51	52,6%	19.191	14.951	77,9%
RONDONIA	131	92	70,2%	9.523	8.370	87,9%
RORAIMA	482	105	21,8%	49.443	23.594	47,7%
SANTA CATARINA	46	36	78,3%	9.407	9.001	95,7%
SÃO PAULO	36	27	75,0%	4.329	4.085	94,4%
SERGIPE	1	1	100,0%	410	410	100,0%
TOCANTINS	128	101	78,9%	11.423	10.055	88,0%
<b>TOTAL:</b>	<b>4.320</b>	<b>1.572</b>	<b>36,4%</b>	<b>553.217</b>	<b>356.829</b>	<b>64,5%</b>

Fonte: SIASI e SISAB, 2009

**Gráfico 11. Série histórica da implantação de saneamento nas aldeias indígenas.**



Fonte: Cosan/Densp

## **5. Dados Epidemiológicos nos povos indígenas**

### **5.1 Controle da pandemia pelo vírus Influenza (H1N1) 2009**

Após a declaração de transmissão sustentada do vírus Influenza Pandêmica (H1N1) 2009 no Brasil em 16 de julho de 2009, a Funasa, por meio do Desai, das coordenações regionais e dos Dsei, iniciou o desenvolvimento de uma série de ações integradas que objetivaram preparar os serviços de atenção à saúde indígena para o enfrentamento da pandemia.

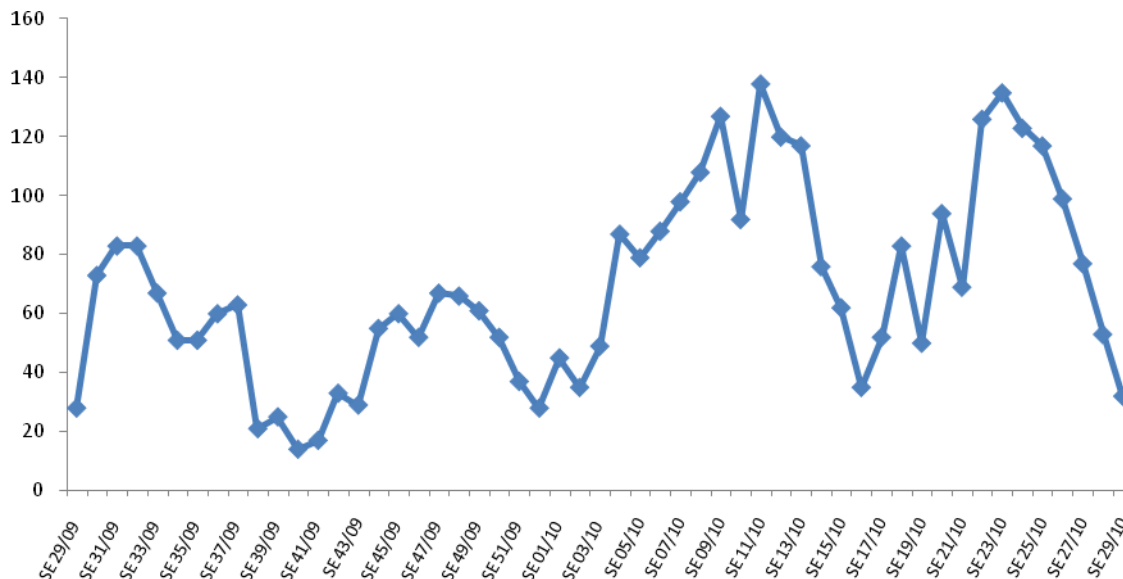
Dentre as principais medidas adotadas pela Funasa, destacam-se: (i) instituição do Gabinete de Crise da Influenza com o objetivo de monitorar a situação e indicar as medidas adequadas aos Dsei, em consonância com o Ministério da Saúde e outros órgãos de governo; (ii) disponibilização de recursos aos Dsei para aquisição de equipamentos de proteção individual para os profissionais de saúde visando implementar as medidas de precaução e controle de infecção nos serviços de saúde para reduzir ao máximo a transmissão pelo vírus da influenza; (iii) participação nas reuniões periódicas do Gabinete Permanente de Emergências de Saúde Pública (GPESP) e do Grupo Executivo Interministerial (GEI); (iv) disponibilização oportuna do medicamento Oseltamivir para os Dsei; (v) elaboração periódica de informes e documentos técnicos para garantir a atualização permanente dos profissionais de saúde sobre as medidas adotadas pelas instituições do governo brasileiro, situação epidemiológica,

evidências científicas, além de orientações e recomendações do Ministério da Saúde; (vi) implantação da Sala de Situação sobre Influenza pandêmica (H1N1) 2009 no Desai e nos Dsei; (vii) Desenvolvimento do Aplicativo Web de Vigilância Epidemiológica da Influenza do Siasi (Sistema de Informação da Atenção ‘a Saúde Indígena); e (viii) Participação no Grupo Estratégico Operacional de Vacinação Contra a Influenza pandêmica coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do MS e descentralização de recursos aos Dsei para custear despesas relacionadas às ações de imunização.

Os dados epidemiológicos a seguir demonstram o trabalho de fortalecimento da Vigilância em Saúde no contexto do enfrentamento a pandemia, bem como apresenta um perfil da epidemia de Influenza (H1N1) 2009 em populações indígenas no Brasil.

Na população indígena, foram registrados 1.176 casos de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) em 2009 (SE 29 a SE 52); e 2.504 casos de SRAG em 2010 (SE 01 a SE 30) (gráfico 12).

**Gráfico 12. Distribuição dos casos SRAG em populações indígenas, por semana epidemiológica (SE), no ano de 2009 (SE 29 a 52) e 2010 (SE 01 a 30). Brasil, 2010.**



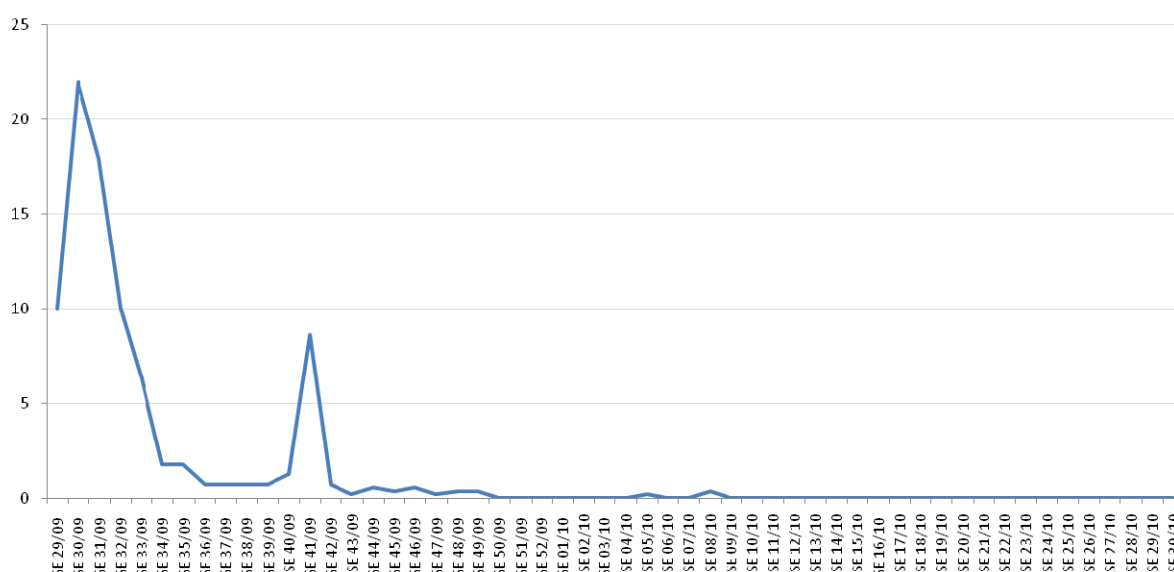
Fonte: Funasa / Departamento de Saúde Indígena.

Na primeira onda pandêmica, entre julho e dezembro de 2009, as regiões que apresentaram as maiores incidência de SRAG foram as regiões Sul (incidência de 529,9/100 mil indígenas) e Centro-Oeste (incidência de 301,0/100

mil indígenas). Na segunda onda pandêmica, entre janeiro e maio de 2010, as regiões que apresentam as maiores incidências de SRAG foram as regiões Norte (incidência 453,6/100 mil indígenas) e Centro-Oeste (incidência 317,0/100 mil indígenas).

Foram confirmados 487 casos de Influenza pandêmica (H1N1) 2009 em populações indígenas no ano de 2009 (SE 29 de 2009 a SE 52 de 2009), e 03 casos em 2010 (SE 01 a 30 de 2010), totalizando 490 casos.

**Gráfico 13. Incidência (x 100 mil) de SRAG por Influenza pandêmica (H1N1) 2009 em populações indígenas, por semana epidemiológica (SE) - SE 29 a 52 de 2009 e SE 01 a 30 de 2010.**

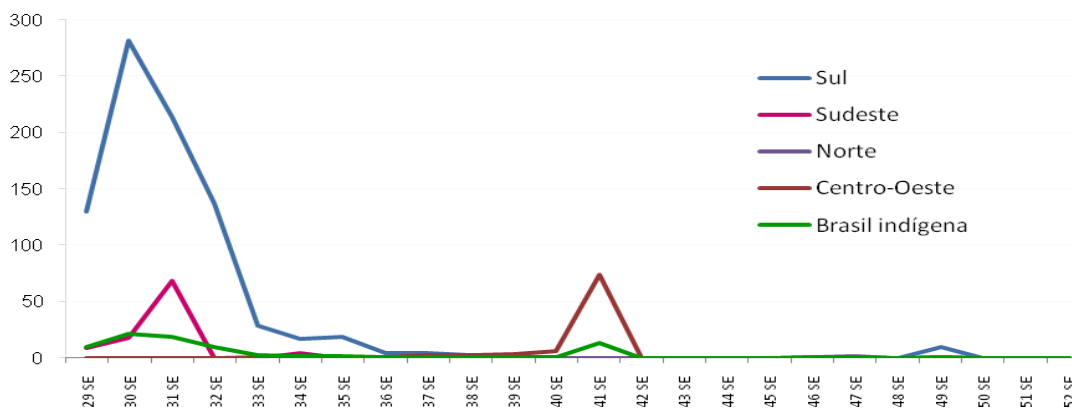


Fonte: Funasa / Departamento de Saúde Indígena

A primeira onda pandêmica afetou mais fortemente as populações indígenas nos meses de julho (SE 29 e 30), agosto (SE 31 a 35) e outubro (SE 40 a 43) de 2009 (gráfico 2). Os indígenas mais afetados foram os residentes na região Sul, durante os meses de julho e agosto de 2009, e os residentes na região Centro-Oeste no mês de outubro (gráfico 14).



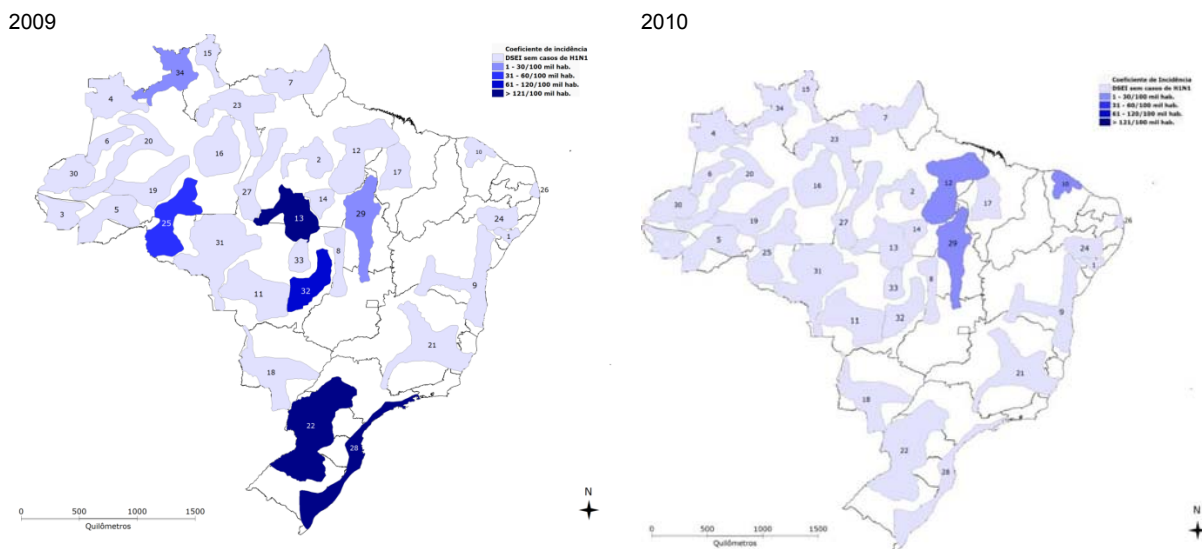
**Gráfico 14. Incidência de Influenza pandêmica (H1N1) 2009 em populações indígenas, por região e semana epidemiológica (SE), entre a SE 29 de 2009 e 52 de 2009. Brasil, 2010.**



Fonte: Funasa / Departamento de Saúde Indígena

Os Dsei que registraram as maiores incidências durante a primeira onda pandêmica foram o Dsei Kaiapó do Mato Grosso, Dsei Interior Sul e Dsei Litoral Sul (gráfico 15). Em 2010, apenas 3 casos de Influenza Pandêmica (H1N1) foram registrados: 01 caso no Dsei Guatoc, 01 no Dsei Ceará e 01 no Dsei Tocantins.

**Gráfico 15. Incidência (x 100 mil) de SRAG por Influenza Pandêmica (H1N1) 2009 em populações indígenas, por DSEI, em 2009 e 2010. Brasil, 2010.**



- 1)Alagoas e Sergipe; 2)Altamira; 3)Alto Rio Juruá; 4)Alto Rio Negro; 5)Alto Rio Purus; 6)Alto Rio Solimões; 7)Amapá e Norte do Pará; 8)Araguaia;
- 9)Bahia; 10)Ceará; 11)Cuiabá; 12)Guamá-Tocantins; 13)Kaiapó do Mato Grosso; 14)Kaiapó do Pará; 15)Leste de Roraima; 16)Manaus; 17)Maranhão;
- 18)Mato Grosso do Sul; 19)Médio Rio Purus; 20)Médio Rio Solimões e Afluentes; 21)Minas Gerais e Espírito Santo; 22)Interior Sul; 23)Parintins;
- 24)Pernambuco; 25)Porto Velho; 26)Potiguara; 27)Rio Tapajós; 28)Litoral Sul; 29)Tocantins; 30)Vale do Javari; 31)Vilhena; 32)Xavante; 33)Xingu;
- 34)Yanomami.

Fonte: Funasa / Desai.

Entre os 487 casos confirmados de Influenza Pandêmica em populações indígenas em 2009, 13 casos (2,66%) evoluíram para óbito: três (03) no Rio Grande do Sul (2 no DSEI Interior Sul e 1 no DSEI Litoral Sul), dois (02) em São Paulo (DSEI Litoral Sul) oito (08) no Mato Grosso ( 06 no DSEI Xavante e 02 no DSEI Kaiapó-MT) (Tabela 1). Em 2010, não foram registrados óbitos por Influenza Pandêmica.

**Tabela 1. Distribuição dos óbitos por Influenza pandêmica (H1N1) 2009, na população indígena, por DSEI – Brasil, SE 29 a 52 de 2009.**

Regiões	Óbitos por influenza pandêmica	
	n	%
Norte	0	0,0
Nordeste	0	0,0
Centro-Oeste	8	61,5
Sudeste	2	15,4
Sul	3	23,1
<b>Brasil indígena</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Funasa / Desai.

A principal estratégia nacional para o enfrentamento da pandemia de Influenza (H1N1) 2009, juntamente com o reforço na rede de assistência, foi a vacinação para grupos prioritários. O principal objetivo da estratégia nacional de vacinação foi de contribuir para a redução de morbimortalidade pelo vírus da influenza (H1N1) 2009 e manter a infraestrutura dos serviços de saúde para atendimento à população.

De acordo com o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), até julho de 2010, já haviam sido vacinados em todo o Brasil cerca de 495 mil indígenas aldeados (n=495.804), o que corresponde a uma cobertura vacinal de 89,4%, superando a meta de 80% preconizada pelo Ministério da Saúde (Tabela 2). Em todos os Estados Brasileiros com populações indígenas foi alcançada a meta preconizada, sendo que 12 (50%) alcançaram cobertura entre 80 e 90%, e 12 (50%) alcançaram cobertura superior a 90%.

**Tabela 2. Cobertura vacinal contra Influenza pandêmica (H1N1) 2009 em populações indígenas, por macro-região. Brasil, 2010.**

Regiões	Cobertura vacinal em indígenas	
	n	%
Norte	224.395	85,72
Nordeste	126.439	93,08
Centro-Oeste	87.549	85,86
Sudeste	22.074	115,39
Sul	40.613	97,46
<b>Brasil indígena</b>	<b>501.070</b>	<b>89,41</b>

Fonte: SI-PNI - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações  
 Acesso em 27/08/2010. \*Percentual acima de 100% pode estar relacionado a registros pelos municípios de imunização de indígenas não aldeados.

Todas as medidas e estratégias adotadas pela Funasa, em parceria com o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e outras instituições, foram imprescindíveis para a ampliação e fortalecimento da Vigilância Epidemiológica das doenças respiratórias em indígenas, o que certamente contribuiu para conter o avanço da epidemia nas comunidades indígenas e evitar a ocorrência de óbitos.

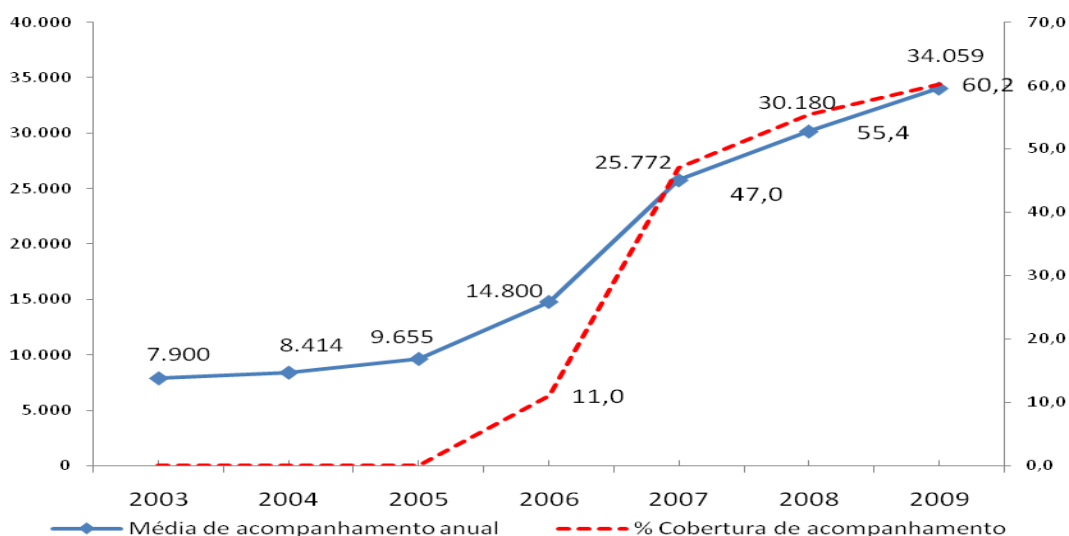
## 5.2 Vigilância Alimentar e Nutricional

O Departamento de Saúde Indígena estabeleceu a implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional na saúde indígena como ação prioritária, cabendo à área técnica de alimentação e nutrição dos Dsei realizar o diagnóstico e acompanhar o estado nutricional da população indígena, principalmente por meio de visitas domiciliares, priorizando crianças menores de 05 anos e gestantes.

Em 2006 foi assinada a Portaria nº 984, de 06 de julho de 2006, que instituiu o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - Sisvan Indígena nos Dsei, levando ao fortalecimento de diversas atividades voltadas para essa ação, tais como: a aquisição de equipamentos de antropometria e de informática, dentre outros, adquiridos posteriormente para a realização do 1º. Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas e recebidos como doação da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição-CGPAN/MS.

Registrou-se, em todo o país, 408.704 avaliações do estado nutricional de crianças indígenas menores de cinco anos em 2009 (contabilizadas apenas as primeiras consultas do mês). Esses números foram obtidos por meio de atendimentos individuais (ambulatorial e/ou domiciliar) ou mutirões de pesagem. Houve, em média, um acréscimo anual de 230,13% neste número de 2006 (14.800) até o final de 2009 (34.059) (Gráfico 16).

**Gráfico 16. Evolução do número (média anual) de acompanhamento de estado nutricional e de cobertura de monitoramento nacional em crianças < 5 anos, período 2003 a 2009, Brasil.**

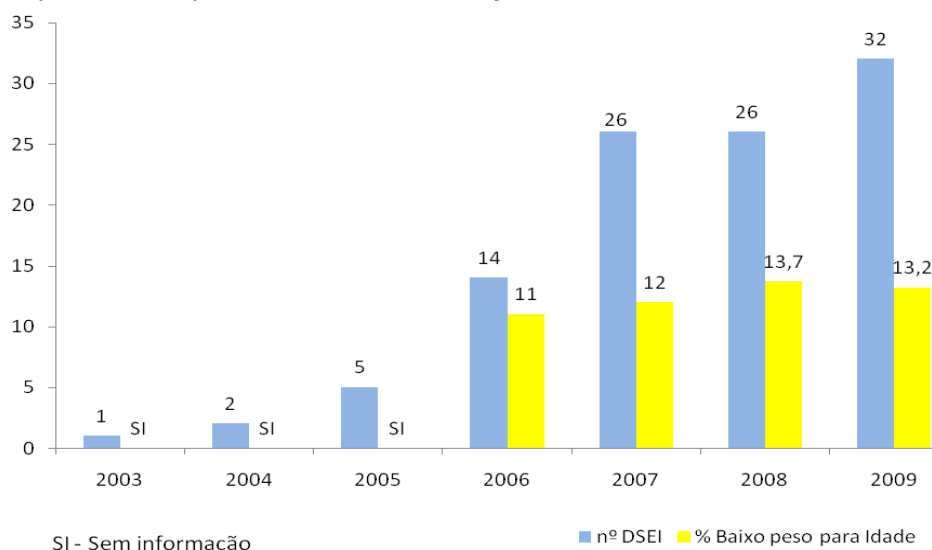


Fonte: Desai/Sisvan.

A busca ativa para avaliação do estado nutricional, por meio do Sisvan Indígena, aumentou consideravelmente no que se refere às crianças menores de cinco anos (Gráfico 16). No período de 2006 a 2009, atingiu um acréscimo 547,27% no monitoramento.

A cobertura de acompanhamento do estado nutricional foi de 79,0% para crianças menores de dois anos e 60,2 % para crianças menores de cinco anos (em 2009). Os únicos Dsei que não consolidaram dados em 2009 foram Amapá e Norte do Pará/AM, Médio Rio Solimões/AM, Rio de Janeiro/RJ e a Assessoria do Espírito Santo (que integra o Dsei MG/ES).

**Gráfico 17. Evolução do número de Dsei que enviam dados e prevalência de baixo peso para idade (NCHS, 1977) em crianças < 5 anos, período 2003 a 2009, Brasil.**



Fonte: Desai/Sisvan

Em quatro anos de implantação da vigilância, verifica-se que 32 Dsei distritos já realizam monitoramento das crianças (Gráfico 17), ou seja, 94% dos Dsei desenvolvem atividades de monitoramento do estado nutricional e ações promotoras de alimentação e nutrição saudáveis, adequadas a cada especificidade. Embora haja aumento no número de Dsei com vigilância implantada, o baixo peso para idade não reflete decréscimo importante. Outros determinantes (sociais, culturais, de acesso à terra e alimentação adequada) também devem ser considerados. Isso confere um papel importante ao setor saúde em relação às ações de alimentação e nutrição, pois não apenas acompanha o indivíduo e a coletividade, como fornece subsídios para intervenções eficientes frente à situação de insegurança alimentar e nutricional em que se encontram esses povos.

O perfil do estado nutricional das crianças indígenas no âmbito nacional, traçado pelos dados de serviço (Sisvan Indígena) demonstra que 13,2% da faixa etária menor de 5 anos apresenta baixo peso para a idade (Gráfico 17) (NCHS, 1977), sendo considerada como população de média gravidade segundo critérios estabelecidos pela OMS. Os dados do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição ratificam a situação de insegurança alimentar e nutricional desses povos, de forma que mais de 26% das crianças menores de cinco anos apresenta déficit de peso/estatura crônico (padrão OMS, 2006).

**Gráfico 18. Estado Nutricional de crianças indígenas menores que cinco anos, 2009, Brasil.**



Fonte: Desai/Sisvan.

Quando estratificado por faixa etária, observa-se que já há uma prevalência de 10,4% de menores de 06 meses com risco nutricional e baixo peso para idade e 8,9% com risco de sobrepeso. À medida que novos alimentos são introduzidos (a partir dos 06 meses), há uma forte tendência ao aumento do déficit nutricional, que permanece até os 03 anos. Nesta faixa etária, há que se considerar que estão ocorrendo as principais alterações responsáveis pelo crescimento e desenvolvimento intelectual das crianças. A carência ponderal também pode estar associada à falta de micronutrientes (anemia e beribéri), comprometendo o organismo da criança. Dessa forma, o acompanhamento mensal também deve ser feito por faixa etária para buscar as causas dos desequilíbrios.

Ressalta-se que, aos seis meses, a prevalência de 8,9% de risco para sobrepeso é preocupante, já que é o momento em que a criança deve estar em aleitamento materno exclusivo. Porém, essa prevalência não continua evoluindo à medida que a idade avança. Tais condicionantes devem ser considerados pelas EMSI e comunidades.

A rotina de serviços das EMSI infere que a inclusão de novos hábitos alimentares, como a introdução do leite não humano, açúcares, sal, farinhas refinadas e alimentos ricos em calorias vazias (refrigerantes, sucos em pó, salgadinhos industrializados, dentre outros) podem ser determinantes para essa

transição. A presença de risco de sobrepeso e obesidade na população indígena menor de cinco anos (2,7%) é encontrada principalmente nos locais onde há novos hábitos alimentares (Gráfico 17).

As principais atividades nesta área são:

- + Implementação do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (parceria com a CGPAN/MS) – para os Dsei do Nordeste (2007), Dsei Mato Grosso do Sul e Xavante-MT (em 2005) e Tocantins (em 2006). Os Dsei Leste Roraima e Yanomami passaram a fazer parte do programa em 2010, devido ao pacto para redução da mortalidade infantil para a região Norte. Nesse período, foram administradas mais de 99.906 cápsulas. A cobertura acima de 80% de administração em crianças maiores de 01 ano foi alcançada em 7 dos 10 Dsei selecionados e para os menores de 01 ano, em 5 dos 10 Dsei priorizados. Metade dos distritos ultrapassou esse percentual para os dois grupos etários (Alagoas e Sergipe, Pernambuco, Paraíba, Maranhão e Mato Grosso do Sul);

**Quadro 14. Administração de megadoses de Vitamina A (100.000 e 200.000 UI) nos DSEI, período de 2005 a 2009, Brasil.**

DSEI	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL DE ADMINISTRAÇÕES
Xavante	6.300	1.856	0	111	259	8526
MS	20.136	15.428	9.499	1.345	14.563	60971
Tocantins	NI	1583	1.693	254	1445	4975
Alagoas e Sergipe	NI	NI	998	204	1861	3063
Bahia	NI	NI	1.438	213	1666	3317
Ceará	NI	NI	1.474	213	250	1937
MG/ES	NI	NI	456	265	1563	2284
Pernambuco	NI	NI	2.734	286	6949	9969
Potiguará	NI	NI	974	205	1912	3091
Maranhão	NI	NI	0	42	1731	1773

NI – implantaram o programa em 2007.

Fonte: Dados do Desai e produtos de consultorias, 2005 a 2010.

- ✚ A Implementação do Programa Nacional de Suplementação de Sulfato Ferroso e Ácido Fólico (parceria com a CGPAN/MS) para todos os Dsei teve início com a oficina para qualificação no programa, no segundo semestre de 2008. Os suplementos foram entregues a partir do ano seguinte. Esse programa se destina às crianças de 06 a 18 meses (xarope), gestantes, puérperas e mulheres no pós-aborto;

**Quadro 15. Envio de suplementos do Programa Nacional de Suplementação de Ferro e Acido Fólico aos Dsei, período de 2009 a 2010, Brasil.**

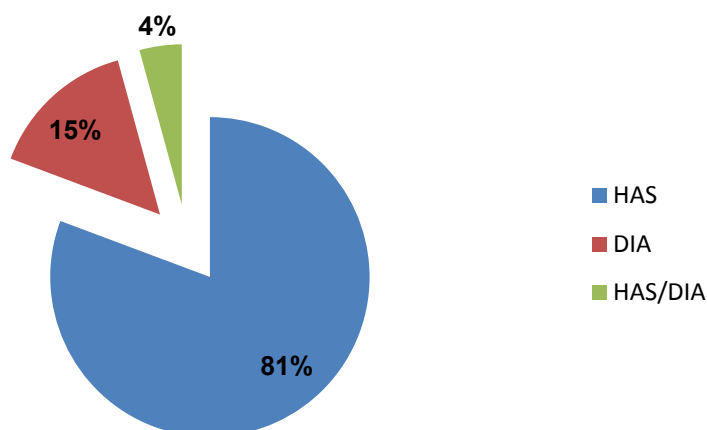
Apresentação do suplemento	2.009	2010	Total
Xarope de Sulfato Ferroso	77.600	76.100	153.700
Comprimidos de Sulfato Ferroso	1.197.200	1.231.000	2.428.200
Comprimidos de Ácido Fólico	742.000	774.000	1.516.000
Total			4.097.900

Fonte: Dados do Desai, 2007 a 2010.

- ✚ Realização de oficinas e aconselhamento a respeito de temas correlatos à alimentação e nutrição para qualificar 497 profissionais de saúde;
- ✚ Parceria para organização da Vigilância da Hipertensão e Diabetes nos Dsei (articulação com a Coordenação de Hipertensão e Diabetes/MS); 09 Dsei e 01 Assessoria enviaram dados sobre o número de casos de diabetes e hipertensão acompanhados em 2009. Foram esses: Alto Rio Juruá (ARJ), Vilhena, Porto Velho, Alto Rio Solimões (ARS), Guamá Tocantins (Guamá), Minas Gerais (MG), Bahia (BA), Ceará (CE), Maranhão (MA) e Dsei Litoral Sul Assessoria São Paulo (SP). Consolidando os dados verificou-se o registro de 2.397 hipertensos, 447 diabéticos e 127 diabéticos e hipertensos. O Dsei Ceará apresentou o maior número de casos de diabetes e hipertensão;



**Gráfico 19. Proporção de indígenas diabéticos, hipertensos e diabéticos e hipertensos (D/Hip) em nove Dsei e uma Assessoria.**



Fonte: Dados do Desai e produtos de consultorias, 2010.

- ✚ Implantação da Vigilância para o Beribéri (articulação com CGPAN/MS), nos Dsei Xavante, Leste de Roraima, Tocantins, Yanomami e Maranhão; os medicamentos para tratamento são adquiridos pela Funasa/Presidência;
- ✚ Qualificação de recursos humanos, por meio de Cursos de Especialização e Desenvolvimento em Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena (contratação da ENSP/Fiocruz), 363 profissionais de saúde formados;
- ✚ Realização do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas (contratação da Abrasco), no qual foram entrevistadas 6707 mulheres, 6285 crianças, e visitados 5277 domicílios e 113 aldeias;
- ✚ Participação no Programa Nacional de Distribuição de Alimentos às Populações Vulneráveis, por meio de doações do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), com 15.902 famílias atendidas por etapa;
- ✚ Finalização do Protocolo de Promoção ao Aleitamento Materno e Introdução de Alimentos Complementares para Crianças Indígenas Menores de Dois Anos, baseado nas diretrizes do MS;
- ✚ Participação na concepção, planejamento e execução do Projeto Conjunto: Promoção da Segurança Alimentar às Crianças e Mulheres Indígenas, em parceria com outras instituições nacionais (Funai,

CGPAN e MDS) e os Organismos Internacionais (FAO, PNUD, OPAS, UNICEF e OIT), desenvolvidos no município de Dourados e em três municípios do Dsei Alto Rio Solimões;

- ✚ Finalização de ferramenta para avaliação do estado nutricional de crianças menores que cinco anos, conforme as diretrizes do MS e OMS;
- ✚ Distribuição, para todos os Dsei, de 20 mil unidades de disco de avaliação de estado nutricional e vacinal para crianças menores de um ano, elaborado pelo Dsei Mato Grosso do Sul em parceria com o Desai.

As informações disponíveis revelam uma situação nutricional desigual em relação aos dados da população geral, com elevadas prevalências de desnutrição entre crianças e a presença de obesidade, hipertensão e diabetes entre adultos, o que demonstra a necessidade do estabelecimento de medidas e políticas para enfrentamento desses problemas.

### 5.3 Imunização nos povos indígenas

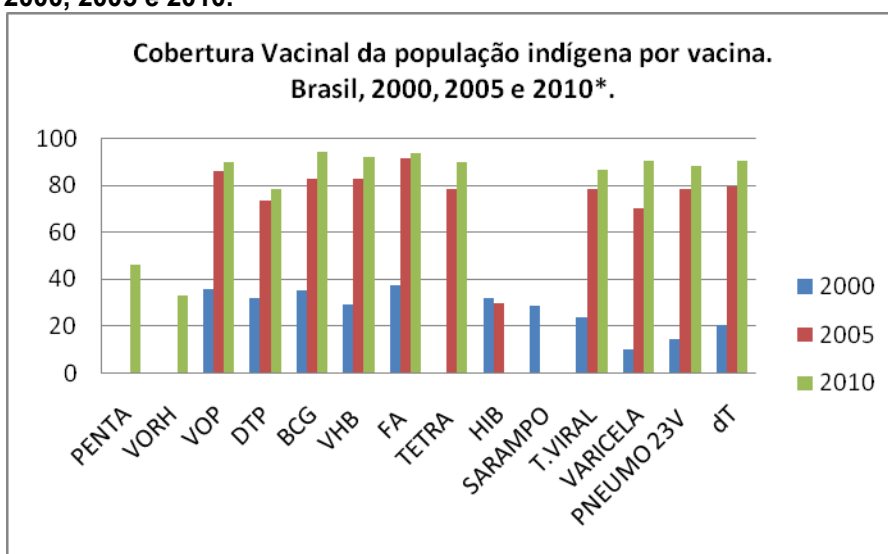
A população indígena possui um calendário diferenciado (Portaria Ministerial nº 1.946, de 19 de julho de 2010), atualmente com 14 imunobiológicos, aumentando não apenas a sua disponibilidade, mas também as faixas etárias de aplicação de algumas destas vacinas. Apesar da complexidade para a realização das ações de imunização nas áreas indígenas, principalmente naquelas de difícil acesso geográfico, as análises mostram um aumento, a cada ano, das coberturas vacinais em toda a população indígena, como pode ser observado no gráfico 20.

É importante ressaltar que os dados de cobertura vacinal são sempre acumulados, sendo computados até o ano em estudo, representando a situação vacinal atual do universo populacional escolhido. Desta forma, foram selecionados três anos, 2000, 2005 e 2010 para representar a evolução das coberturas vacinais ao longo da implantação do Subsistema de Saúde Indígena.

Com relação às novas vacinas introduzidas no calendário de vacinação indígena, VORH e Pentavalente, observa-se que apresentam os menores

percentuais de cobertura, podendo estar relacionado à VORH ter uma faixa etária muito limitada para a sua aplicação (2-4 meses), dificultando a operacionalização, principalmente nas áreas mais distantes, e a Pentavalente que apesar de ter a faixa etária de aplicação ampliada para até 4 anos de idade no ano de 2008, ainda não é muito utilizada por todos os Dsei, tendo em vista uma parcela da população já ter sido vacinada com a vacina da Hepatite B (monovalente), e esta fazer parte da composição da Pentavalente. Isto será minimizado com a publicação, em 2010, da portaria do calendário vacinal indígena.

**Gráfico 20. Cobertura vacinal da população indígena por imunobiológicos<sup>1</sup> de rotina, Dsei, 2000, 2005 e 2010.**



Fonte: Dsei/Desai/Funasa.

OBS: \* dados sujeitos a revisão. 2000 - dados de 33 Dsei / 2005 - dados de 18 Dsei. 2010 - dados de 20 Dsei. Atualizado em 17/08/2010.

Analisando grupos etários prioritários – menores de um ano, de um a quatro anos de idade, MIF (10-49 anos) e idosos ( $\geq 60$  anos), pode-se observar uma dificuldade quando tratamos da cobertura em crianças menores de um ano (gráfico 21), principalmente com as vacinas multidoses. Um dos fatores para isso ocorrer é o atraso na programação da ação de vacinação pelos Dsei, principalmente os de difícil acesso geográfico, fazendo com que acumule vacinas para serem aplicadas nos menores de um ano de idade e a mãe não permita

<sup>1</sup> PENTA (Pentavalente), VORH (Vacina Oral contra Rotavirus Humano), VOP (Vacina Oral contra Poliomielite), DTP (Vacina Tríplice Bacteriana), VHB (Vacina contra Hepatite B), FA (Febre Amarela), TETRA (Tetralente), T. VIRAL (Vacina Tríplice Viral), PNEUMO 23v (Vacina Penumocócica polissacarídica 23 valente), dT (Dupla Adulto).

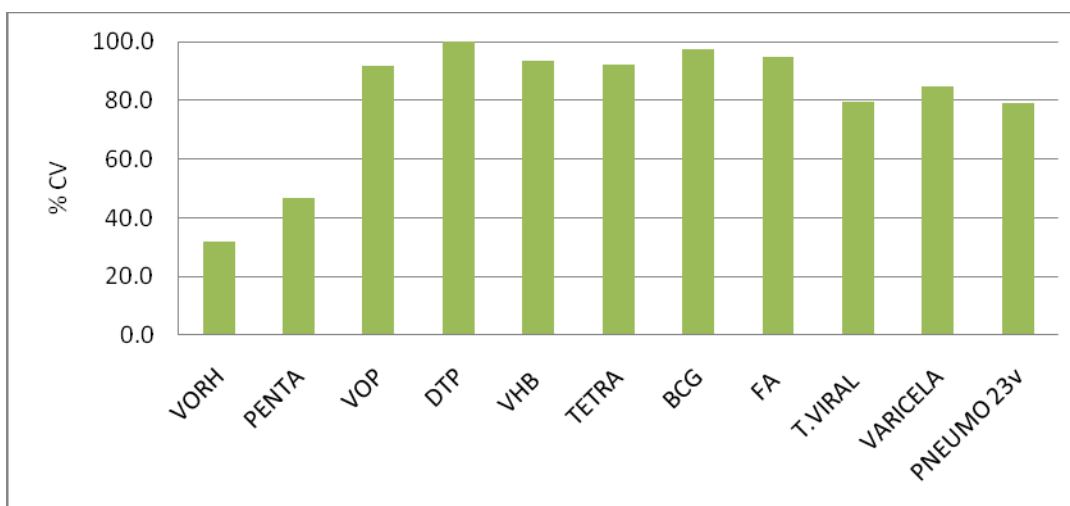
muitas aplicações simultâneas na mesma criança, além da pouca regularidade de entradas em áreas dentro de um mesmo ano.

Com relação às crianças de um a quatro anos de idade, há um aumento das coberturas em todas as vacinas (gráfico 22), corroborando com o fato de que a maioria das crianças indígenas completa os seus esquemas vacinais depois de um ano, mas ainda quando menores de 5 anos de idade.

**Gráfico 21. Cobertura vacinal na população indígena < 1 ano de idade. Brasil, 2010\***

Fonte: Dsei/Desai/Funasa.  
OBS: dados preliminares. 2010 - dados de 20 Dsei, até 17/08/2010.

**Gráfico 22. Cobertura Vacinal na população indígena de 1 - 4 anos de idade. Brasil, 2010\*.**



Fonte: Dsei/Desai/Funasa.  
OBS: dados preliminares. 2010 - dados de 20 Dsei, até 17/08/2010.

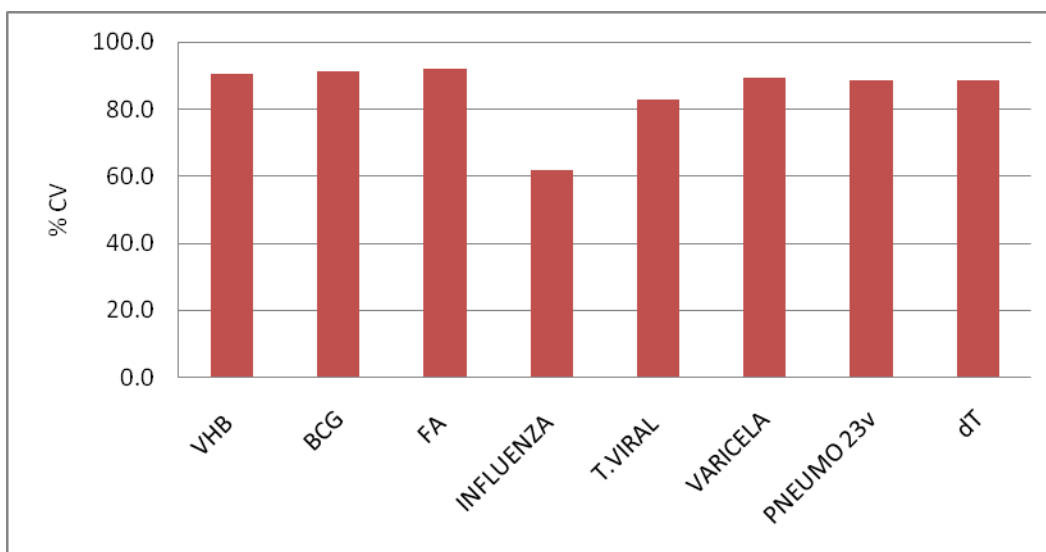
As coberturas também têm melhorado no grupo das mulheres em idade fértil (MIF) e dos idosos, como pode ser observado nos gráficos 23 e 24. É importante também ressaltar o percentual de cobertura vacinal alcançado, no

grupo dos homens de 10 a 59 anos de idade, para a vacina Hepatite B (recombinante) de 90,5%.

**Gráfico 23. Cobertura Vacinal das mulheres indígenas de 10-49 anos. Brasil, 2010\***

Fonte: Dsei/Desai/Funasa.  
OBS: dados preliminares. 2010 - dados de 20 Dsei, até 17/08/2010.

**Gráfico 24. Cobertura Vacinal da população indígena ≥ 60 anos. Brasil, 2010\***



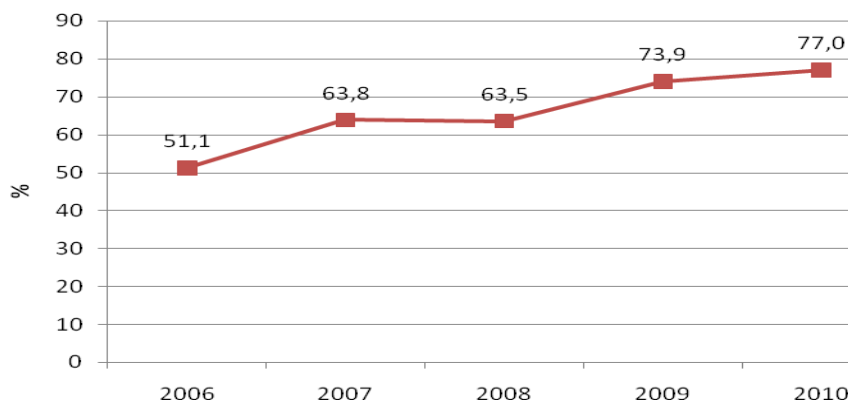
Fonte: Dsei/Desai/Funasa.  
OBS: dados preliminares. 2010 - dados de 20 Dsei, até 17/08/2010.

Outro indicador que vem sendo avaliado pelo Desai é o Percentual de Pessoas com Esquema Vacinal Completo, por ser mais abrangente e mostrar a situação de cada indivíduo no conjunto das vacinas, correspondente a cada faixa etária e não apenas à cobertura de cada vacina isoladamente. Com esse indicador é possível acompanhar melhor o desempenho das equipes em campo

porque demonstra que nem sempre boas coberturas vacinais, analisadas de forma isoladas, correspondem às mesmas pessoas vacinadas.

Os dados analisados no gráfico 25 demonstram que também tem aumentado este percentual, refletindo o esforço que tem sido despendido pelas EMSI em aumentar a cobertura da ação de vacinação para toda a população.

**Gráfico 25. Porcentagem da população Indígena com esquema vacinal completo, 2006 a 2010.**



Fonte: Dsei/Desai/Funasa.

Dados parciais. 2006 a 2008: dados de 33 Dsei; 2009: dados de 30 Dsei; 2010: dados de 17 Dsei.

Nestes dez anos de Subsistema de Saúde Indígena, a Funasa (Desai e Dsei) tem adotado estratégias, juntamente com outros parceiros, para cumprimento do calendário de vacinação indígena e aumento da cobertura vacinal, destacando-se:

- ✚ Implantação da vacinação de rotina em todos os Dsei, sendo preconizadas, no mínimo, quatro entradas anuais nas áreas de difícil acesso geográfico;
- ✚ Realização da Operação Gota, que é uma estratégia de ação de vacinação em áreas de difícil acesso geográfico, resultado de uma parceria entre Ministério da Saúde e o Comando Geral de Operações Aéreas (COMGAR). Em 2009, a missão foi iniciada em agosto, ocorrendo em seis Dsei, abrangendo assim, as áreas indígenas dos estados do Acre e Amazonas, onde 245 (92,1%) aldeias receberam a visita das EMSI, sendo vacinadas 4.610 pessoas com 8.741 doses de vacinas aplicadas. Em 2010 está prevista para iniciar em setembro abrangendo oito Dsei;

- ✚ Participação da campanha nacional de vacinação contra a rubéola e síndrome da rubéola congênita, em 2008, alcançando um percentual de 90,0% de cobertura vacinal;
- ✚ Realização, de 2005 a 2008, do Mês de Vacinação nas Américas, iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, para aumentar o acesso à vacinação, das populações mais vulneráveis e residentes em áreas de difícil acesso geográfico. Em 2008 foram 103 pólos-base envolvidos, abrangendo 1.161 aldeias e 1.385 profissionais que participaram da ação, sendo 793 AIS e AISAN (57,3%). Os resultados obtidos em 2008 foram 74.017 indígenas vacinados, sendo 18.018 MIF e 722 gestantes, com um total de 156.255 doses aplicadas;
- ✚ A constante articulação com o Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde/SVS/MS, no nível central, e com as Coordenações Estaduais e Municipais de Imunizações e de Vigilância Epidemiológica, para tomada de decisões e normatização, apoio nas capacitações das EMSI, na disponibilização e acondicionamento dos imunobiológicos, na investigação epidemiológica de casos e/ou óbitos por doenças imunopreveníveis, etc.;

Outro resultado importante obtido, em 2010, destas articulações foi a realização da vacinação contra influenza pandêmica (H1N1) 2009, alcançando uma cobertura de 89,4%.

#### 5.4 Vigilância e controle da Tuberculose

Durante 2007 o Desai fortaleceu, de forma organizada e sistemática, o Programa de Controle da Tuberculose nos 34 Dsei, por meio da articulação com as áreas técnicas dos Dsei, PNCT, LACEN e coordenações estaduais e municipais, com o objetivo de facilitar o acesso ao diagnóstico, tratamento e prevenção da Tuberculose. Em consonância, foi garantida a disponibilidade de medicamentos, quimiprofilaxia indicada para os grupos de alto risco e para os

contatos de casos pulmonares positivos, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Desde a implantação do programa nos Dsei a Área Técnica de Controle da Tuberculose e Hanseníase do Desai priorizou a melhoria do sistema de informação, o fortalecimento do componente diagnóstico (laboratórios), a expansão do tratamento supervisionado com qualidade, o aumento da taxa de cura, a redução da taxa de abandono, o controle da co-infecção TB/HIV, a manutenção da política de parcerias com instituições governamentais e não governamentais e a manutenção sistemática e organizada da política de controle da Tuberculose voltada às especificidades indígenas.

No ano 2008, com o objetivo de fortalecer e ampliar a qualidade dos serviços oferecidos às populações indígenas, a Área Técnica de Controle da Tuberculose e Hanseníase do Desai iniciou parcerias interinstitucionais e constituiu um grupo assessor/colaborador, composto por representantes das seguintes instituições: Desai/Funasa; PNCT/MS; ENSP/Fiocruz; CRPHF/ENSP/Fiocruz; PCT/Guajará-Mirim/RO; Dsei/Mato Grosso do Sul e LACEN's/RO/MS, que através de análises acerca do perfil epidemiológico e qualidade dos exames diagnósticos realizados, promove, anualmente, a consolidação de metas e estratégias para a eficaz efetivação da política de controle da Tuberculose.

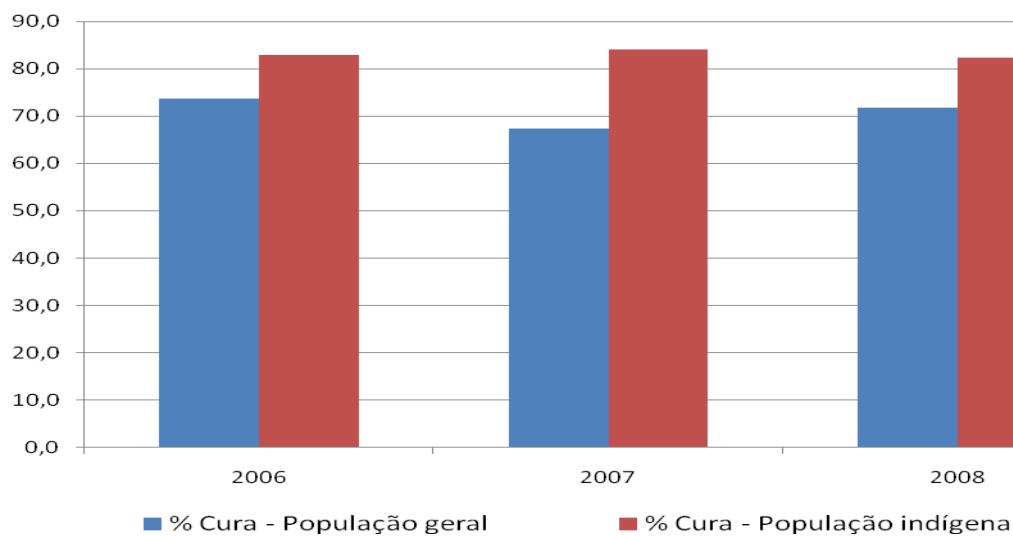
O aperfeiçoamento do diagnóstico clínico, epidemiológico e laboratorial da tuberculose em áreas indígenas está sendo realizado por meio de capacitações, ampliação da busca dos sintomáticos respiratórios, tratamento supervisionado, aquisição de microscópios e aparelhos raios-X portáteis, descentralização da baciloscopia e cultura pelo método Ogawa-Kudoh.

Embora o coeficiente de incidência da Tuberculose no período de 2006 a 2009 entre a população indígena ainda apresente-se superior à população geral, no período de 2003 a 2009 houve redução de 45,2% na taxa de incidência de Tuberculose entre as populações indígenas, demonstrando ações eficazes no controle e diagnóstico da doença nessa população. O acompanhamento e o tratamento de qualidade estão sendo realizados de forma contínua em todos os 34 Dsei, sobretudo com a ampliação do tratamento supervisionado, descentralização dos exames diagnósticos e busca ativa dos sintomáticos respiratórios.



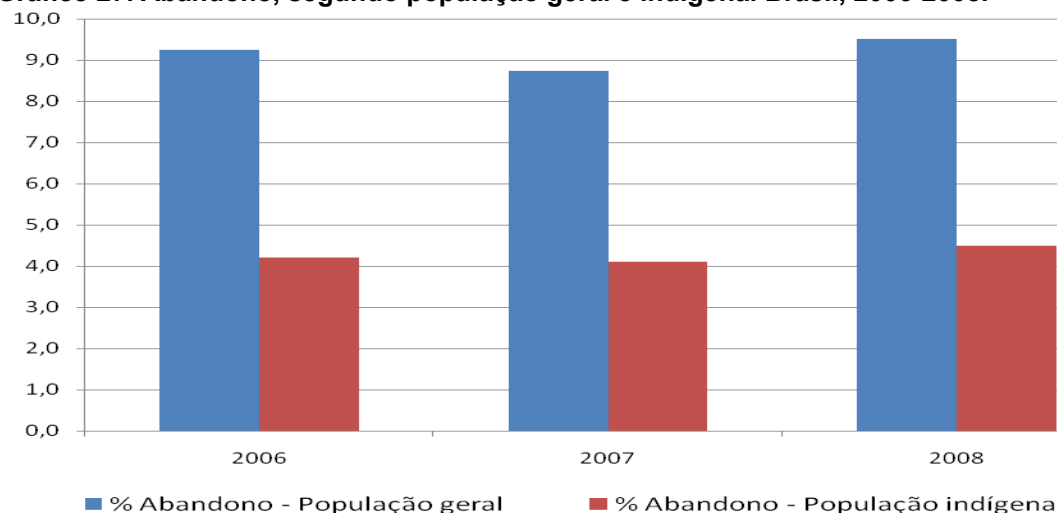
No período de 2006 a 2008 a taxa de cura entre a população indígena foi superior à população geral (gráfico 26), o abandono entre a população indígena foi inferior à população geral (gráfico 27) e as taxas de óbito por Tuberculose foi igualada em ambas as populações, indicando melhorias consideráveis na expansão do tratamento supervisionado com qualidade.

**Gráfico 26. Cura, segundo população geral e indígena. Brasil, 2006-2008.**



Fonte: Sinan-net, 04/03/2010; Siasi, 19/08/2010.

**Gráfico 27. Abandono, segundo população geral e indígena. Brasil, 2006-2008.**



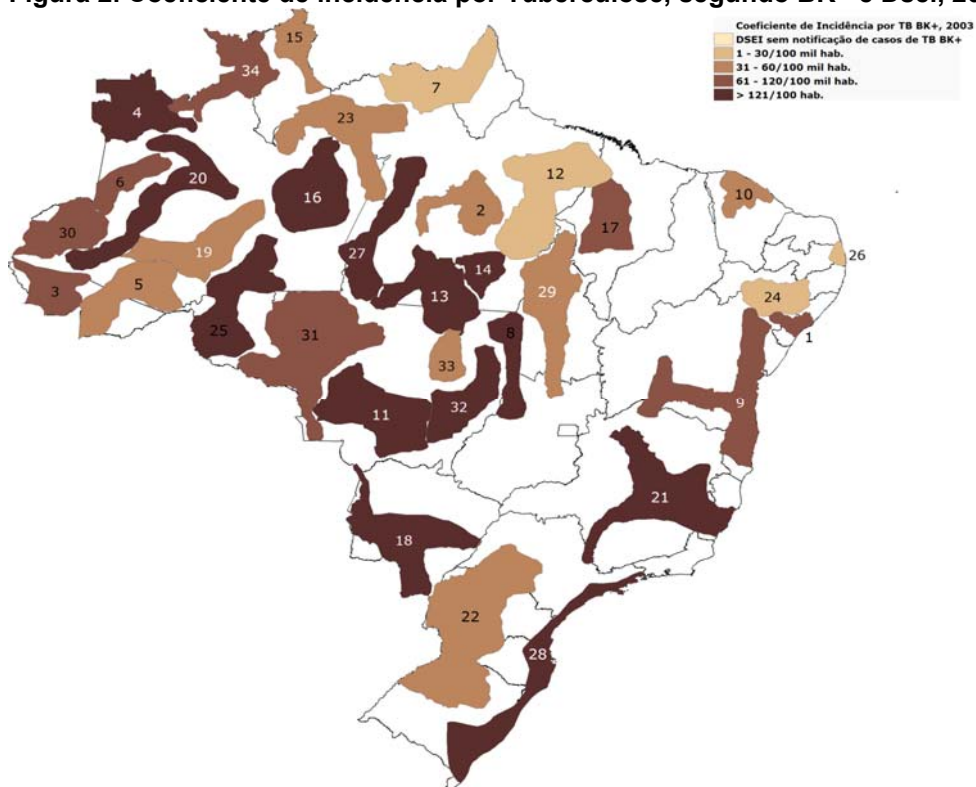
Fonte: Sinan-net, 19/03/2010; Siasi, 19/08/2010.

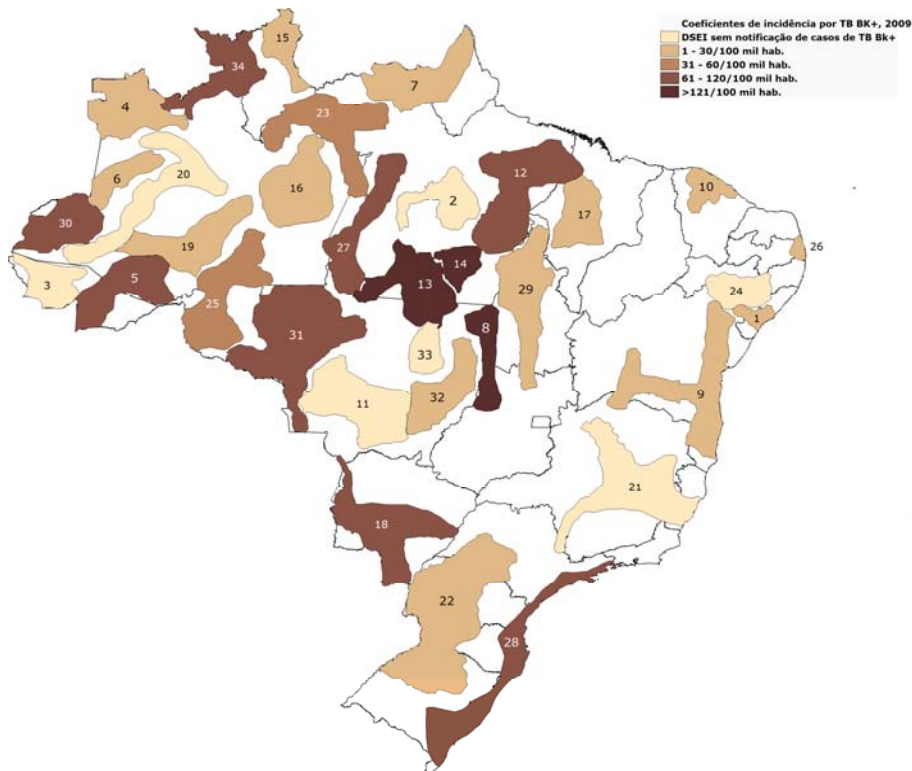
Em 2009, o coeficiente de incidência de Tuberculose de todas as formas entre a população indígena foi de 80,9/100 mil habitantes. Considerando a

categoria sexo, o coeficiente de incidência entre o sexo masculino foi de 93,1/100 mil habitantes e 68,1/100 mil habitantes entre o sexo feminino. Segundo a faixa etária, o coeficiente de incidência foi de 39,6/100 mil habitantes entre os menores de 15 anos e 112,9/100 mil habitantes entre os maiores ou iguais a 15 anos. O coeficiente de incidência por BK+ foi de 38,8/100 mil habitantes.

A análise acerca dos coeficientes de incidência segundo Dsei e BK+ demonstrou que houve redução na taxa de incidência de 33,9% no período de 2003 a 2009 (figura 2). No ano 2009 os Dsei: Kaiapó do Mato Grosso, Kaiapó do Pará e Araguaia demonstraram coeficientes acima de 121/100 mil hab. Os Dsei: Yanomami, Vale do Javari, Alto Rio Purus, Vilhena, Rio Tapajós, Guamá-Tocantins, Mato Grosso do Sul e Litoral Sul demonstraram coeficientes entre 61 a 120/100 mil hab. Os Dsei: Porto Velho e Parintins apresentaram coeficientes entre 31 a 60/100 mil hab. e os Dsei: Leste de Roraima, Amapá e Norte do Pará, Alto Rio Negro, Alto Rio Solimões, Médio Rio Purus, Manaus, Ceará, Maranhão, Tocantins, Xavante, Potiguara, Alagoas e Sergipe e Interior Sul apresentaram coeficientes entre 1 a 30/100 mil hab. Os demais Dsei não apresentaram casos de Tuberculose com baciloscopia positiva no ano 2009.

**Figura 2. Coeficiente de incidência por Tuberculose, segundo BK+ e Dsei, 2003 e 2009.**





1)Alagoas e Sergipe; 2)Altamira; 3)Alto Rio Juruá; 4)Alto Rio Negro; 5)Alto Rio Purus; 6)Alto Rio Solimões; 7)Amapá e Norte do Pará; 8)Araguaia; 9)Bahia; 10)Ceará; 11)Cuiabá; 12)Guamá-Tocantins; 13)Kaiapó do Mato Grosso; 14)Kaiapó do Pará; 15)Leste de Roraima; 16)Manaus; 17)Maranhão; 18)Mato Grosso do Sul; 19)Médio Rio Purus; 20)Médio Rio Solimões e Afluentes; 21)Minas Gerais e Espírito Santo; 22)Interior Sul; 23)Parintins; 24)Pernambuco; 25)Porto Velho; 26)Potiguara; 27)Rio Tapajós; 28)Litoral Sul; 29)Tocantins; 30)Vale do Javari; 31)Vilhena; 32)Xavante; 33)Xingu; 34)Yanomami.

Tendo em vista as especificidades culturais e geográficas, para a obtenção de êxito nas ações de controle da Tuberculose nas áreas indígenas, os exames dos contatos estão sendo ampliados para todos que convivem com doentes bacilíferos, especialmente os intradomiciliares e, em alguns casos, estendida para outros núcleos familiares que mantêm intensa interação com o caso índice de Tuberculose. Além disto, a vigilância está sendo contínua durante todo o ano, tendo como propósito a redução da transmissão do bacilo da Tuberculose na população indígena, por meio de ações de diagnóstico precoce e tratamento adequado dos casos.

## 5.5 Vigilância e controle da Hanseníase

A partir de 2008 a Área Técnica de Controle da Tuberculose e Hanseníase do Desai retomou de forma sistemática e organizada o controle da Hanseníase

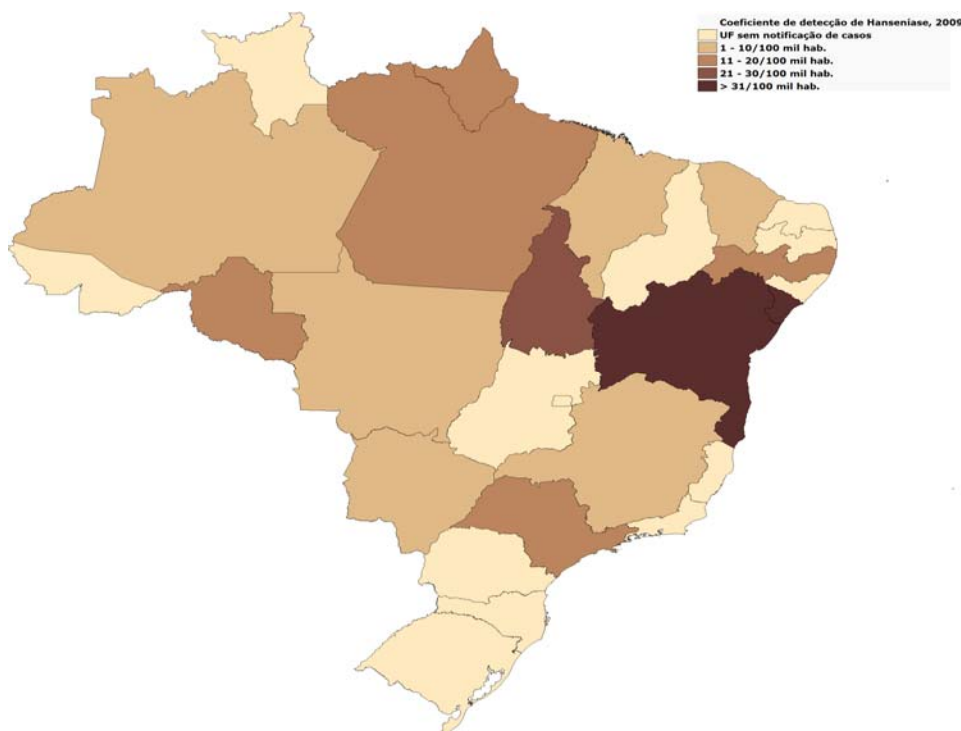
em áreas indígenas e privilegiou, nesse aspecto, a implantação do Programa de Controle da Hanseníase em todos os 34 Dsei por meio da articulação com as áreas técnicas dos Dsei, Programa Nacional de Controle da Hanseníase, coordenações estaduais e municipais.

No que tange às ações de controle da Hanseníase em áreas indígenas, o Programa de Controle da Hanseníase do Desai, através de ações contínuas que visam orientar a prática em serviço, está fortalecendo as ações de vigilância epidemiológica, promoção da saúde com base na educação permanente dos profissionais de área e assistência integral aos portadores deste agravo.

As ações de controle estão sendo realizadas por meio de supervisões, monitoramento das ações desenvolvidas pelos Dsei, acompanhamento epidemiológico através do coeficiente de detecção de casos novos, fortalecimento das áreas técnicas dos Dsei e realização da 1ª Capacitação em Implantação do Programa de Controle da Hanseníase voltado às especificidades indígenas.

Tendo em vista as especificidades culturais e geográficas e a recente implantação do Programa em áreas indígenas, no ano 2009 foram notificados 45 casos novos de Hanseníase entre as populações que se auto-declararam indígenas no Sinan e são residentes nos municípios com população indígena aldeada e cadastrada no Siasi. As unidades federativas destes casos são: Amazonas; Amapá; Bahia; Ceará; Maranhão; Minas Gerais; Mato Grosso do Sul; Mato Grosso; Pará; Pernambuco; Rondônia; Sergipe; São Paulo e Tocantins (figura 3). Distribuídos entre os seguintes Dsei: Alto Rio Negro; Yanomami; Manaus; Médio Rio Purus; Amapá e Norte do Pará; Bahia; Ceará; Maranhão; Minas Gerais e Espírito Santo; Mato Grosso do Sul; Cuiabá; Kaiapó do Mato Grosso; Rio Tapajós; Guamá-Tocantins; Pernambuco; Porto Velho; Alagoas e Sergipe; Litoral Sul e Tocantins. Os coeficientes de detecção de hanseníase acima de 31/100 mil habitantes estão localizados nos estados da Bahia e Sergipe e entre 21 a 30/100 mil habitantes em Tocantins (figura 3).

**Figura 3. Coeficiente de detecção de Hanseníase, segundo UF, 2009.**



Fonte: Sinan-net, 24/03/2010; Siasi, 19/08/2010.

O coeficiente médio de detecção de Hanseníase entre as populações que se auto declararam indígenas no Sinan e são residentes nos municípios com população indígena aldeada e cadastrada no Siasi no período de 2006 a 2009 foi de 10,1/100 mil habitantes. Entre o sexo masculino o coeficiente médio de detecção foi de 11,8/100 mil habitantes e 8,2/100 mil habitantes entre o sexo feminino. Considerando a faixa etária, o coeficiente médio de detecção entre os menores de 15 anos foi de 2,9/100 mil habitantes e 15,9/100 mil habitantes entre os iguais ou maiores de 15 anos.

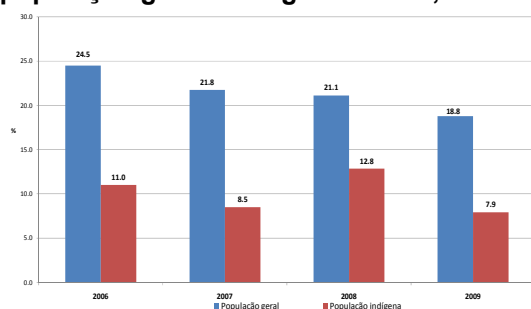
A comparação dos coeficientes de detecção de Hanseníase no período de 2006 a 2009 entre população geral e indígena demonstra que embora a doença esteja presente em ambas as populações, o coeficiente de detecção entre a população indígena se mantém inferior aos coeficientes demonstrados entre a população geral.

A análise acerca dos casos novos notificados no ano 2009 entre as populações que se auto declararam indígenas no Sinan e são residentes nos municípios com população indígena aldeada e cadastrada no Siasi demonstrou que 66,7% (n=30) foi do sexo masculino e 33,3% (n=15) do sexo feminino.

Considerando a faixa etária, observamos que 13,3% (n=6) pertence aos menores ou iguais a 15 anos e 86,7% (n=39) aos maiores ou iguais a 15 anos.

Com base nas diretrizes nacionais, as ações de controle e monitoramento da Hanseníase estão sendo ampliadas nas áreas indígenas e conseqüentemente demonstrarão avanços no que diz respeito à eficaz detecção dos casos novos e seus contatos, predominantemente nas regiões norte, centro-oeste e nordeste.

**Gráfico 28. Coeficiente de detecção de Hanseníase por 100 mil habitantes, segundo população geral e indígena. Brasil, 2006-2009.**



Fonte: Sinan-net, 24/03/2010; Siasi, 19/08/2010.

Com base nas diretrizes nacionais, as ações de controle e monitoramento da Hanseníase estão sendo ampliadas nas áreas indígenas e conseqüentemente demonstrarão avanços no que diz respeito à eficaz detecção dos casos novos e seus contatos, predominantemente nas regiões norte, centro-oeste e nordeste.

## 5.6 Vigilância e controle da Malária

Com o objetivo de intensificar as ações de Controle da Malária nas áreas indígenas, visando reduzir a morbimortalidade em níveis sustentáveis de controle, evitando o surgimento de epidemias localizadas concomitantemente a gravidade dos casos a Funasa implantou em 2000 o Plano de Intensificação das Ações de

Controle da Malária em Áreas Indígenas, sendo um componente do Plano Nacional das Ações de Controle da Malária.

Nos últimos anos a Funasa, realizou pesquisas entomológicas em parceria com estados e municípios; capacitou os profissionais de saúde para operação dos sistemas de fluxo de dados e insumos estratégicos no controle da Malária; definiu os responsáveis pelas ações de controle da Malária na população indígena da Amazônia Legal; realizou estudo para melhoria da notificação dos casos de Malária; restabeleceu e aprimorou o fluxo das informações epidemiológicas sobre Malária; promoveu reuniões dos conselheiros locais, distritais e lideranças indígenas para prevenção e controle da Malária nas áreas indígenas e estabeleceu as ações de controle da Malária mediante os Planos Operacionais dos DSEI.

Em 2007, observou-se o maior número de casos positivos na população indígena: 34.393 casos (Gráfico 29). Nesse ano a Funasa assumiu a distribuição dos insumos estratégicos para o controle da Malária nas áreas indígenas, para promover a melhoria no diagnóstico e tratamento dos casos e realizou inquéritos hemoscópicos, para reduzir o tempo entre o início dos sintomas, o diagnóstico e o tratamento.

Essa ação refletiu bruscamente no ano de 2008, pois é possível observar uma redução de 13,5% no total de casos positivos, 6,9% no total de casos de Malária por *P. vivax* e no caso da Malária grave a redução chegou a 33,2%.

O Desai realizou a aquisição e distribuição de mais de trinta mil testes rápidos para diagnóstico de Malária em 2009 e 2010. Esses testes não necessitam de profissionais com habilitação técnica para manuseá-los, são de fácil interpretação, dispensam o uso de equipamentos e possuem boa sensibilidade no diagnóstico. De posse desses testes, juntamente com os medicamentos antimaláricos, as equipes de área podem realizar o diagnóstico e o tratamento imediato possibilitando a cura e reduzindo a produção de gametócitos, interrompendo a transmissão da doença.

O objetivo dessa estratégia consiste em diagnosticar de forma precoce, com a digitalização, dos casos nas áreas remotas e de difícil acesso podem ser notificados em tempo bem inferior ao que eram realizados em anos anteriores.

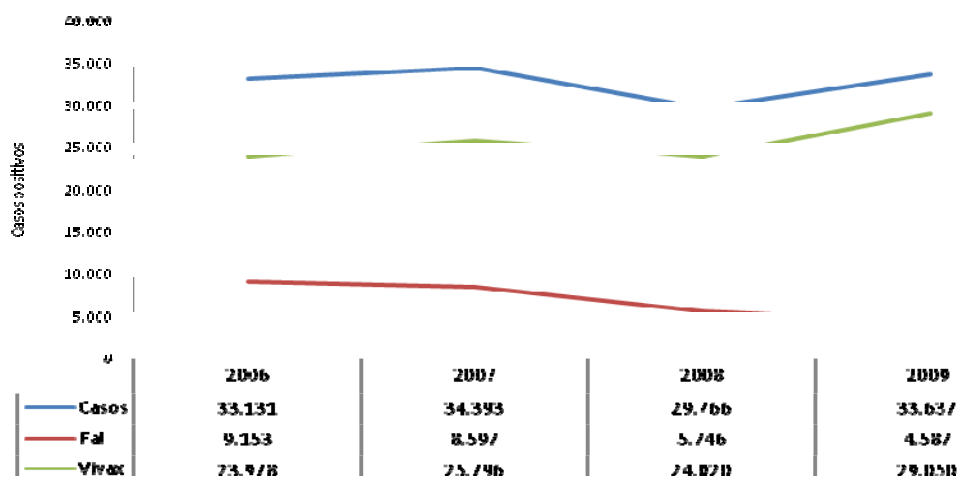
A partir de 2009 foi priorizado a busca ativa de casos, tendo sido observado um incremento de 13% de aumento do número de casos em relação a

2008. Destaca-se que desde 2006 não houve registro casos nos Dsei Xingu e Tocantins.

Na população geral, em 2009 observou-se uma redução de 3,8% no total de casos, porém os casos de Malária grave apresentaram um incremento de 6,1%.

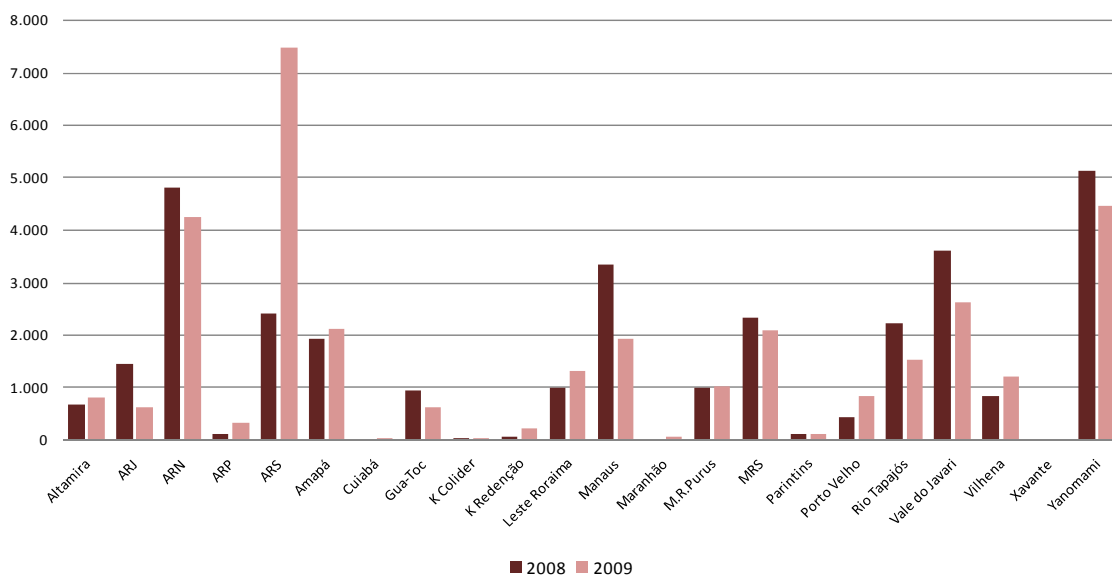
Dos 22 Dsei que registram casos positivos em 2009, 10 reduziram em média 12,6% o número de notificações (Gráfico 30).

**Gráfico 29. Casos de Malária notificados em população indígena da Amazônia Legal, 2006 a 2009.**



Fonte: Sivep-Malária. Acessado em 18.08.2010.

**Gráfico 30. Casos de Malária por Dsei, 2008 e 2009.**

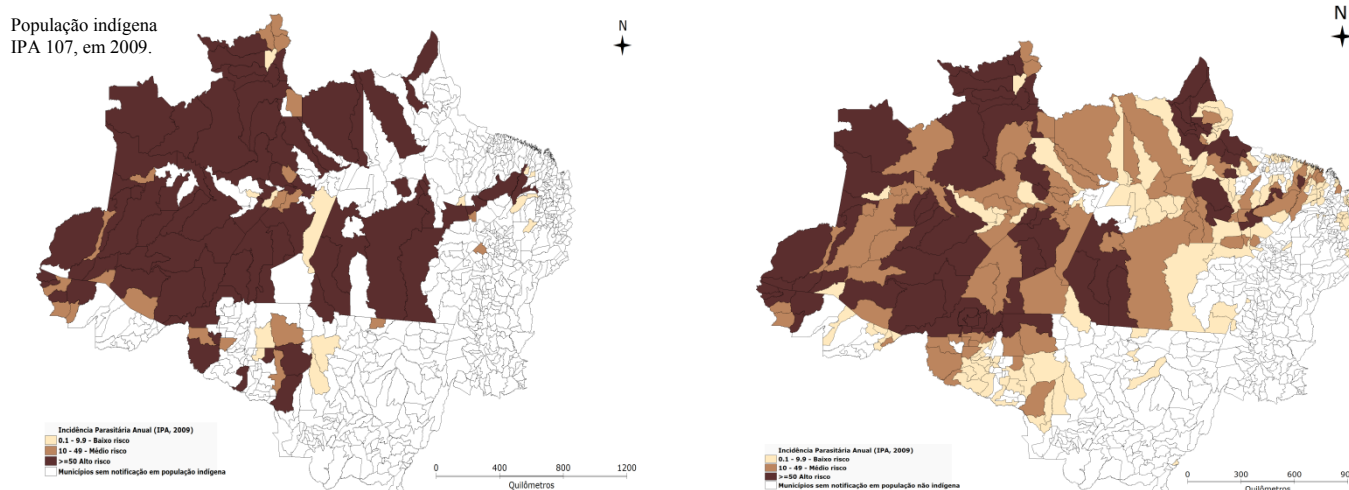


Fonte: 24 Dsei da Amazônia Legal. Atualizados em 30.07.2010.



O risco dessa população contrair a Malária é classificado como alto, considerando que o Índice Parasitário Anual – IPA em 2009 de 107/1000 habitantes, enquanto o risco da população geral é classificado como médio com IPA em 2009 de 12,5/1000 habitantes (Figura 4).

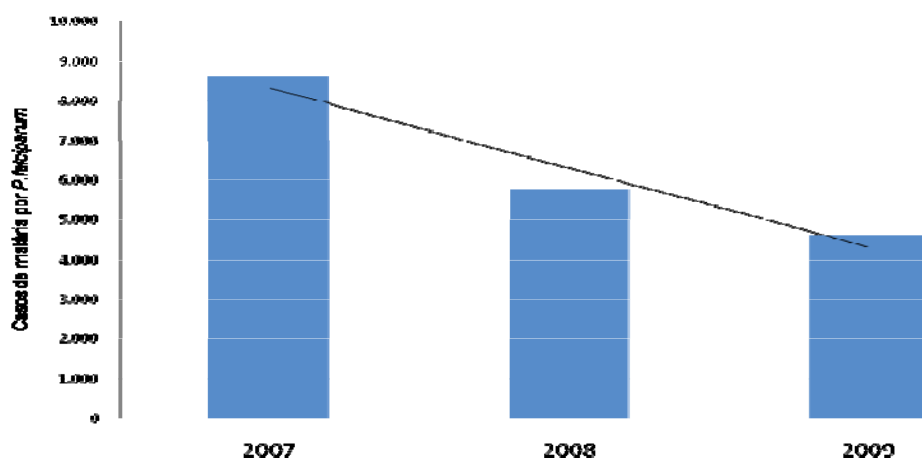
**Figura 4. IPA na população indígena e geral da Amazônia Legal, 2009.**



Fonte: Sivep-Malária.

Considerando que as maiores taxas de letalidade por Malária são produzidas pelo *Plasmodium falciparum*, foi introduzida nos 24 Dsei da Amazônia Legal uma nova terapêutica baseada na associação Artemeter + Lumefantrine (Coartem), a partir de experiência exitosa desse tratamento na população geral. Em 2009 foram disponibilizados 16.210 tratamentos, contribuindo para reduzir nos últimos três anos 77,8% dos casos graves (gráfico 31).

**Gráfico 31. Casos de Malária por *P.falciparum* na população indígena da Amazônia Legal, 2007 a 2009.**



Fonte: Sivep-Malária. Acessado em 18.08.2010

A Funasa realizou três Encontros Macrorregionais de Avaliação da Malária em População Indígena, com a participação dos 24 Dsei da Amazônia Legal, em 2008, 2009 e 2010. Estes encontros tiveram como objetivo identificar e socializar as experiências de cada um dos Dsei através dos responsáveis pela Malária, para o enfrentamento das variadas realidades epidemiológicas, contribuindo para uma melhor organização dos serviços, com a otimização de recursos e de forma eficiente e eficaz, buscando maior efetividade das ações de controle da Malária indígena.

### 5.7 Vigilância e controle das DST/Aids e Hepatites Virais

As ações de controle das DST/Aids e Hepatites Virais vêm sendo desenvolvidas pela Funasa em estreita articulação com o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/SVS/ Ministério da Saúde, e em parceria com estados, municípios, universidades e entidades conveniadas. Uma característica marcante deste trabalho tem sido favorecer a participação das comunidades indígenas nas atividades, respeitando suas culturas e os saberes tradicionais, além de fortalecer as organizações indígenas como sujeitos políticos na definição de prioridades e ações em saúde pública. Dada a importância epidemiológica das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e o aumento no número de casos de Aids nesta população, o atual desafio é fomentar a estruturação das ações de saúde indígena de forma sustentável.

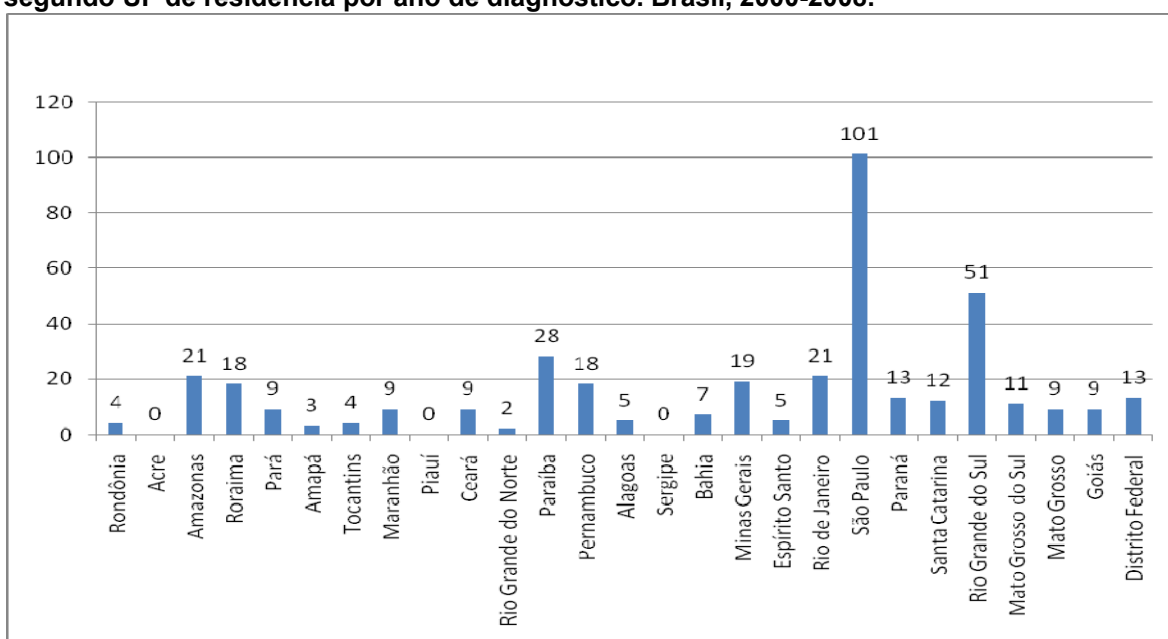
As principais ações de controle das DST/HIV/Aids e Hepatites Virais desenvolvidas junto à população indígena se traduzem em:

- a) Educação e promoção de práticas seguras contextualizadas culturalmente;
- b) Disponibilização de preservativos;
- c) Vacinação contra a Hepatite B;
- d) Inquérito sorológico para hepatites virais, visando o acompanhamento e tratamento dos casos diagnosticados;
- e) Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV, VDRL e Teste Rápido para Sífilis;
- f) Ampliação da oferta do teste anti-HIV, teste para sífilis e hepatites;
- g) Manejo das DST por meio da abordagem sindrômica;
- h) Prevenção da transmissão vertical do HIV, da sífilis congênita e hepatite.

i) Educação continuada dos profissionais de saúde.

Dentre as DST são notificados no Sinan os casos de Sífilis Congênita, Gestantes com Sífilis, casos de Aids e hepatites. Considerando-se os dados do Sinan, registrou-se 401 casos de Aids em população indígena, de 2000 a 2008. Os casos novos notificados em 2008 na população indígena foram: Aids – 05 casos; gestantes com HIV - 04 casos; gestantes com Sífilis - 109 casos; e Sífilis Congênita – 53 casos.

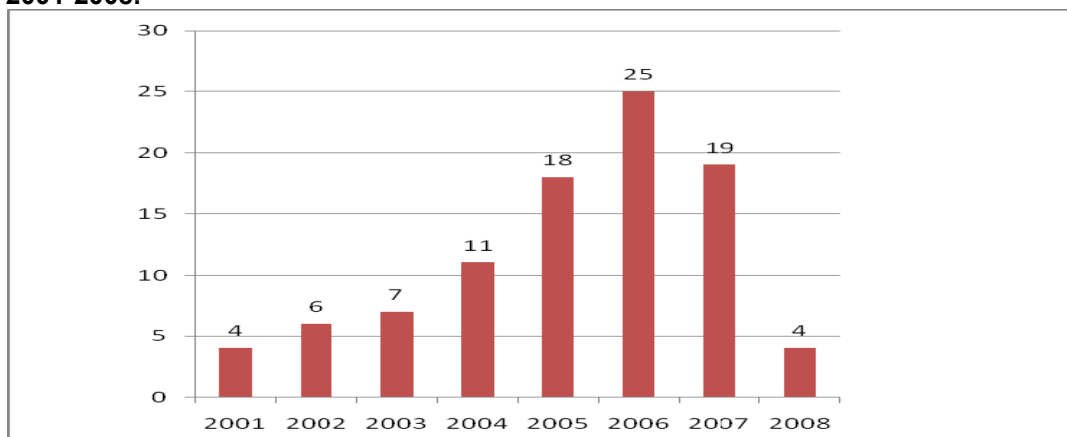
**Gráfico 32. Casos de Aids notificados no Sinan em indivíduos com raça/cor indígena segundo UF de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2000-2008.**



Fonte: Datasus 2010

Observa-se um declínio do número de mulheres infectadas pelo HIV a partir de 2007, ocorrendo uma mudança considerável em 2008, Gráfico 33. Com o advento da implantação do teste rápido de HIV e inserção do preservativo em área indígena a partir de 2006, as ações de prevenção intensificaram, especialmente junto às mulheres e gestantes, como forma de reduzir a transmissão vertical do HIV.

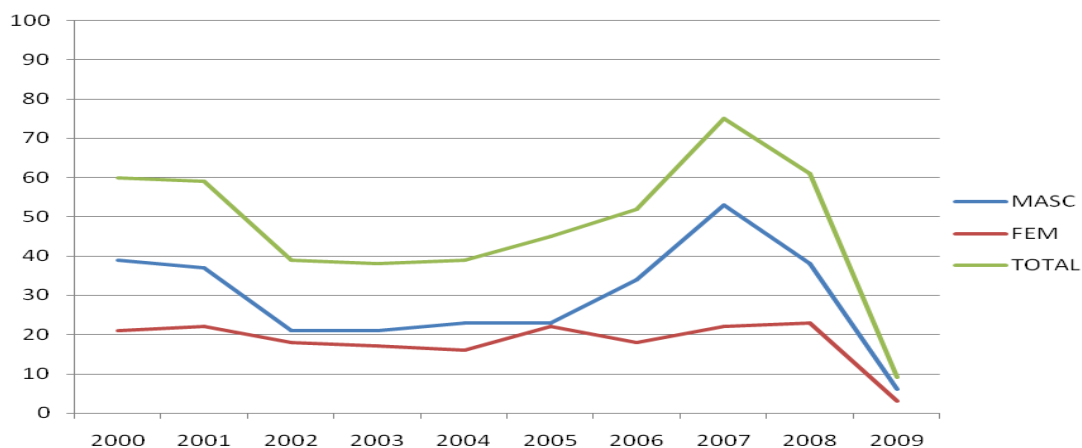
**Gráfico 33. Casos de gestantes infectadas pelo HIV em indígenas por ano do parto. Brasil, 2001-2008.**



Fonte: Datasus 2010

Nos últimos 10 anos a incidência de casos de Aids na população indígena brasileira apresentou tendência de declínio a partir de 2001, tendo um pico de crescimento em 2007 (principalmente entre os homens) e, posteriormente, tornando a declinar. A epidemia nesta população continua sendo predominantemente masculina.

**Gráfico 34. Incidência de casos de Aids notificados (Sinan) em populações indígenas segundo sexo. Brasil, 2000 a 2009.**



Fonte: DN-DST/Aids/SVS – 2009

Quanto aos óbitos de indígena por Aids e comparando-se as ocorrências entre os sexos, observa-se que, tal como a incidência da Aids, a população masculina tem sido mais atingida. Entretanto, no ano de 2003, ocorreram mais

óbitos de mulheres que de homens, tornando a decrescerem neste sexo até o final de 2008.

Conforme dados da Tabela 3 observa-se que existem 184 casos de sífilis congênita notificados no Sinan, considerado o período de 2002 a 2009. Os Estados que apresentaram maior número de casos no período foram Mato Grosso do Sul (n=39) e São Paulo (n=05).

**Tabela 3. Casos notificados e investigados de sífilis congênita em indígenas. Brasil, 2002-2009\*.**

UF/Região	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
<b>Brasil</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>19</b>	<b>21</b>	<b>58</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>53</b>	<b>184</b>
Norte	2	0	2	5	6	1	0	4	20
Nordeste	0	6	0	2	8	1	4	4	25
Sudeste	3	2	6	3	8	7	0	5	32
Sul	0	2	0	2	2	1	1	1	09
Centro-Oeste	0	3	11	9	34	4	0	39	100

Fonte: Datasus

Quanto aos casos de gestantes com sífilis, foram notificados 219 casos, considerado o período de 2007 a 2009 (Tabela 4). O Estado do Mato Grosso do Sul apresentou o maior número de casos, sendo 53 casos em 2007 e 65 em 2009.

**Tabela 4. Casos notificados de gestantes indígenas com sífilis. Brasil, 2005-2009\***

UF/Região	2007	2008	2009	Total
<b>Brasil</b>	<b>102</b>	<b>5</b>	<b>109</b>	<b>219</b>
Norte	16	0	11	28
Nordeste	10	6	6	22
Sudeste	11	3	23	47
Sul	12	0	4	18
Centro-Oeste	53	1	65	119

Fonte: Datasus

Em relação à categoria de exposição, observa-se que um maior número entre os heterossexuais, seguidos dos homossexuais, bissexual e usuários de drogas entre os homens. Já entre as mulheres maior número em heterossexual, seguido de transmissão vertical e usuários de drogas.

As principais ações desenvolvidas pela Funasa, em conjunto com o Departamento de DST/ Aids e Hepatites Virais/SVS/MS: Melhoria do sistema de vigilância e notificação do HIV/Aids e das DST nas populações indígenas; Melhoria do Monitoramento e Avaliação. Um conjunto de dados básicos sobre HIV/Aids e outras DST estão sendo monitorados em todos os Dsei por meio do

Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi); Fortalecimento da mobilização das comunidades indígenas, dando seguimento aos acordos consensuados nas reuniões macrorregionais de 2003; Melhora da prevenção do HIV/Aids e das DST em populações indígenas que vivem em áreas urbanas, incluindo a promoção de práticas sexuais seguras e a disponibilização de preservativos de maneira culturalmente apropriada; Ampliação das ações de prevenção do HIV/Aids e das DST entre populações indígenas que vivem em aldeias, incluindo a promoção de práticas de sexo seguro e a disponibilização de preservativos de maneira culturalmente apropriada, bem como produção e distribuição de materiais educativos/instrucionais; Ampliação da adoção da abordagem sindrômica das DST, otimizando o diagnóstico dessas doenças e aumentando a triagem de mulheres em idade fértil para o câncer de colo do útero; Melhoria da atenção às Hepatites Virais; Implantação do teste rápido de HIV e Sífilis em área indígena.

Em 2009 a Funasa efetivou uma parceria com a Fundação Alfredo da Mata/FUAM/AM, Organização Mundial de Saúde, Fundação Bill & Melinda Gates e o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/SVS/MS, para implementar a testagem de HIV e implantar o teste rápido de sífilis nos Dsei dos estados do Amazonas e Roraima. Já foram enviados para os respectivos Dsei o quantitativo de testes abaixo informados:

**Tabela 5. Testes enviados e realizados pelos Dsei 2009-2010.**

DSEI	Testes Enviados	
	HIV	SIFILIS
Alto Solimões	13.020	14.600
Manaus	5.480	5.790
Parintins	2.760	2.730
Leste Roraima	500	1.270
Vale do Javari	600	1.000
Yanomami	500	1.370
Médio Solimões	920	2.228
Alto Rio Negro	6.720	7.000
Médio Purus	900	900
<b>TOTAL</b>	<b>31.400</b>	<b>36.670</b>

Fonte: Relatórios Dsei – 2010

A Tabela 6 mostra o resultado parcial do trabalho que vem sendo desenvolvido entre a Funasa e a Fuam, com o objetivo de avaliar o custo do

Teste Rápido de sífilis. No Dsei Alto Rio Solimões foram identificados 20 casos de HIV, entre estes 02 são casos de co-infecção HIV/TB, sendo que um destes evoluiu para óbito em 2010. Foram registrados 05 casos de HIV no Dsei Manaus. Nenhum caso de HIV em gestante foi identificado. O Dsei Yanomami não identificou nenhum caso de sífilis. Os demais somam 280 casos de sífilis, sendo 22 em gestantes. A importância do teste rápido de sífilis em área indígena, se dá ao fato de que, logo após o diagnóstico, que ocorre em 15 minutos, o paciente já recebe medicação, interrompendo com isto a cadeia de transmissão.

**Tabela 6. Número de casos de HIV e Sífilis identificados durante rastreamento Projeto Funasa x FUAM- 2009.**

DSEI	No. População sexualmente ativa H/M	No. de H/M testados	Casos de Sífilis	Casos de HIV
Manaus	10.980	3.376 (163 gestantes)	45 (2 gestantes)	05
Alto Solimões	25.322	9.628 (660 gestantes)	214 (19 gestantes)	20 ( 2 co-infecção)
Parintins	4.904	1.621 (157 gestantes)	02	0
Leste Roraima	4.038	327 (120 gestantes)	01	0
Yanomami	4.317	112 (09 gestantes)	0	0
Vale do Javari	1.000	194(13 gestantes)	18 (01 gestante)	0
<b>Total</b>	<b>50.561</b>	<b>15.258(1.122 gestantes)</b>	<b>280(22 gestantes)</b>	<b>25 (02 co-infecção)</b>

Fonte: Relatórios Dsei- FUAM – 2010

Os Dsei Manaus, Alto Solimões, Leste Roraima e Vale do Javari se destacou em relação à sífilis (tabela 6), indicando uma necessidade de maior atenção e investimento nas ações de prevenção, especialmente junto às gestantes e respectivos parceiros.

Esta parceria subsidiou um acordo entre Funasa e o Departamento DST, Aids e HV/SVS, que deverá adquirir e repassar à Funasa o quantitativo de 23.000 testes rápido para sífilis a ser utilizado nos Dsei possibilitando o acesso e uma cobertura da testagem junto as gestantes indígenas, prevenindo desta forma casos de sífilis congênita nesta população. Sendo a população indígena a primeira a ser contemplada com este insumo.

As hepatites virais B e C constituem um grave problema de saúde pública no Brasil. Na Amazônia Legal a prevalência desses vírus é considerada alta e, particularmente no Vale do Javari (extremo oeste do Estado do Amazonas), a prevalência da infecção pelo VHB + VHD é superior à outras regiões do país.

A Funasa, no período de 2006 a 2008, junto com a Fundação de Medicina Tropical do Amazonas, realizou inquéritos sorológicos em 2.660 pacientes

sintomáticos (59,4% da população) para o diagnóstico de Hepatites Virais na população indígena do Vale do Javari (Tabela 7).

**Tabela 7. Resultados dos inquéritos sorológicos. Vale do Javari, 2009.**

Tipo de Hepatite / Marcador	Resultados
Hepatite A (Anti-HAV IgG) Prevalência	Infecção passada Positivos: 2.334 (87,7%) Negativos: 326 (12,3%)
Hepatite B (Anti-HBs) Prevalência	Imunes Positivos: 1.832 (68,9%) Negativos: 828 (31,1%)
Hepatite B (HBsAg) Prevalência	Portadores Positivos: 234 (8,8%) Negativos: 2.426 (91,2%)
Hepatite B+Delta (HBsAg+Anti HDV) Prevalência	Portadores Positivos: 97 (48,7%) Negativos: 100 (50,3%)
Hepatite C (Anti HCV) Prevalência	Positivos: 150 (5,3%) Negativos: 2.503 (94,3%)

Fonte: Desai

Os portadores de hepatite crônica causada pelos vírus (VHB, VHC e VHD), a partir de 2007, vêm sendo avaliados. No ano de 2009 foram realizados dois manejos clínicos com os portadores de hepatite viral crônica B e co-infecções. No primeiro manejo foram selecionados seis indígenas e, no segundo, dos 20 pacientes, apenas 15 foram submetidos ao tratamento, apesar de ter sido garantida a medicação para todos os casos com indicação.

Para viabilizar o tratamento dos indígenas acometidos por estes agravos, a Funasa, através do Dsei Vale do Javari, implantou uma Casa de Apoio, no município de Tabatinga, por ser o município com maior estrutura em relação a rede de atenção à saúde, contratou equipe multidisciplinar, e adquiriu os medicamentos indicados para os tratamentos (Interferon-Alfa Peguilato), por considerar a gravidade e urgência da situação e por priorizar uma atenção em consonância com as diretrizes do SUS, observando a equidade, a universalidade, a integralidade e o controle social, já que todas as ações tem sido compartilhadas e informadas às lideranças indígenas e aos indígenas que se encontram em tratamento. É importante ressaltar que a responsabilidade pela aquisição desses medicamentos é do Programa Estadual de Hepatites Virais/SES/AM.

Em 2010 foi realizado mais um manejo clínico de 63 indígenas portadores da doença, do Dsei Vale do Javari. Esta ação foi desenvolvida de forma conjunta entre o Desai, a Core-AM, o Dsei Vale do Javari, a Fundação de Medicina



Tropical do Amazonas-FMTAM, o Laboratório de Fronteira de Tabatinga (LAFRON – TBT) e o Hospital de Guarnição de Tabatinga (HGuT), tendo o apoio do Dsei Alto Solimões.

Com o objetivo de sanar o problema crônico de subnotificação dos casos de Hepatites Virais no território do Dsei Vale do Javari (Município de Atalaia do Norte – AM), com conseqüente déficit de registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação-Sinan/MS e considerando que tais agravos estão presentes em toda a região do Alto Solimões, foram realizadas Capacitações em Vigilância Epidemiológica das Hepatites Virais, para os profissionais de saúde dos Dsei que atuam na região e parceiros locais, envolvendo Secretarias Municipais de Saúde de Atalaia do Norte, Benjamim Constant, São Paulo de Olivença e Tabatinga, do Laboratório de Fronteira e Hospital de Guarnição de Tabatinga, no período de junho (Atalaia do Norte) a agosto de 2010 (Tabatinga), somando um total de 94 profissionais capacitados.

Como uma das estratégias de prevenção à transmissão vertical, está sendo intensificada a aplicação de imunobiológicos nos recém-nascidos, filhos de mães positivas para o vírus da Hepatite B.

## 5.8 Saúde Mental Indígena

As atividades nesta área foram incorporadas na Saúde Indígena a partir de 1999 com a criação dos Dsei, onde as atividades iniciais foram orientadas ao conhecimento de problemas e procura de soluções na questão de abuso de consumo de álcool e outras drogas e ao suicídio.

Esta área foi considerada como fundamental no cumprimento da Lei Arouca para prestar uma atenção integral à saúde indígena, integrada aos serviços de maior complexidade do SUS, e por outra parte responder ao desafio da atenção diferenciada, especialmente frente à rejeição de pacientes ao tratamento médico realizado mediante internação em instituições especializadas.

Num primeiro momento, com recursos do Projeto Vigisus/Funasa foram realizados contratos com profissionais e organizações não governamentais que já estavam desenvolvendo experiências pontuais nesta área com etnias indígenas localizadas em diferentes regiões do país.

Foram obtidos resultados de tipo quantitativo, como as taxas de consumo de álcool, e foi estabelecido um método para identificar os casos de suicídio em algumas etnias que apresentam este problema. A informação qualitativa foi fundamental para entender os processos de alcoolização, os modos de beber e as características e explicações dadas pela própria população. Em relação ao suicídio foi iniciada a coleta de informação sobre o entendimento da população destes eventos, as interpretações associadas ao mundo espiritual e foram iniciadas as autopsias verbais.

Num segundo momento foi realizada uma síntese de propostas de princípios e metodologias discutidas com a Coordenação de Saúde Mental do MS, que culminou com a formulação da Portaria Nº 2.759 de 25 de Outubro de 2007 que estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas. Este documento foi apresentado no momento de realização da 1ª Conferência Internacional de Saúde Mental Indígena e 1º Encontro Nacional de Saúde Mental Indígena, convocada pela Funasa onde participaram profissionais de saúde mental que trabalham com populações indígenas nacionais e de outros países como Austrália, Argentina, Canadá, Nova Zelândia, assim como Chefes dos Dsei e membros do Condisi.

Num terceiro momento, a partir de 2007, foram investidos esforços para implementar as ações nos Dsei e para incorporar a saúde mental na Atenção Básica. Nos Planos Distritais 26 Dsei incorporaram ações em saúde mental, 11 destes apresentaram Planos de Ação, e 7 propuseram iniciar suas atividades em Polos Base ou etnias prioritárias. Na sua totalidade os Planos priorizam as ações de vigilância epidemiológica, promoção da saúde, prevenção, redução de danos, intervenções locais e referências de casos de doença para a rede do SUS. Para estabelecer a atenção integrada são realizadas reuniões com gestores de saúde mental do Estado e Municípios, e particularmente com profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs). Todos os Dsei estão providenciando arranjos institucionais para estabelecer os princípios de co-responsabilidade, assim como da participação fundamental com organizações da sociedade indígena na procura da auto-sustentabilidade das ações. Entre elas participam os Agentes Indígenas de Saúde, as organizações de professores indígenas, caciques e pajés, e no caso do Dsei Alto Rio Solimões o Serviço de Polícia Indígena.

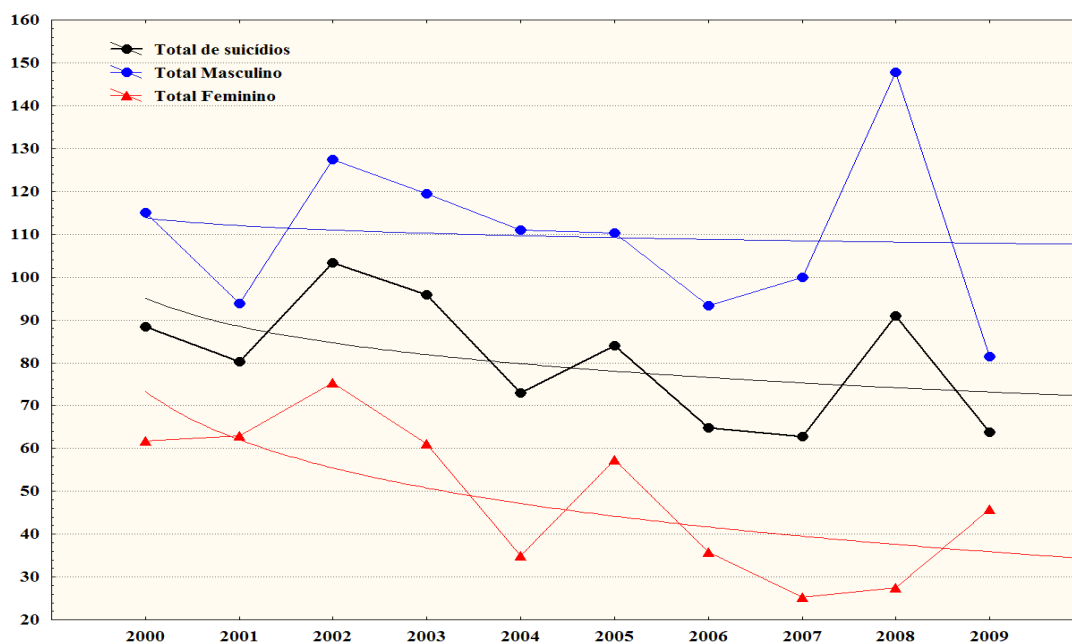
Foi iniciado um processo de educação continuada onde participam os responsáveis da saúde mental dos Dsei, que treinam as EMSI para executar a atenção integral. Na atualidade participaram perto de 1.100 recursos humanos institucionais (que incluem as Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena) com uma cobertura aproximada de 153.000 indígenas.

Em cada Dsei a implementação dos planos tem distinto desenvolvimento, dentre estes se destaca o Dsei Mato Grosso do Sul onde são realizados 22 tipos de atividades em promoção da saúde, prevenção e intervenção onde houve um total de 21.143 pessoas participantes nas atividades desde 2008. Estas intervenções principalmente foram para realizar orientações/aconselhamentos de tipo ambulatorial, domiciliar, hospitalar, escolar, em pacientes na Casai; avaliação psicológica, visitas domiciliares e encaminhamentos para serviços especializados. Nas atividades comunitárias (grupos, palestras e oficinas) participaram 10.657 indígenas.

Outra experiência importante é a do Dsei Cuiabá, onde contribuição fundamental para a saúde mental indígena está dada pela continuidade de 5 anos de tratamento psicossocial na aldeia para dependentes de álcool. Esta alternativa foi desenvolvida pela rejeição dos pacientes ao tratamento realizado nos serviços oficiais de saúde. Por outra parte, no primeiro semestre de 2009 foi iniciada a experiência de réplica desta estratégia com pacientes residentes em outras aldeias, proposta e implementada pelo grupo inicial de participantes do grupo terapêutico, e finalmente pela articulação atual com as ações de promoção e prevenção que está sendo desenvolvidas em todas as etnias do Dsei.

Em relação ao fenômeno do suicídio foi implantada a Vigilância Epidemiológica em três Dsei que apresentaram alta frequência de casos. Em relação aos Kaiowá Guarani e Nhandéva de Mato Grosso do Sul, é observado que no período de 2000 a 2009 as taxas de suicídio diminuíram de 157,84 por cem mil para 94,22. No sexo feminino esta tendência é mais acentuada.

**Gráfico 35. Taxas de mortalidade por suicídio (x 100.000) por sexo e por ano, na população Kaiowá-Guarani y Nhandéva de Mato Grosso do Sul, 2000 a 2009.**



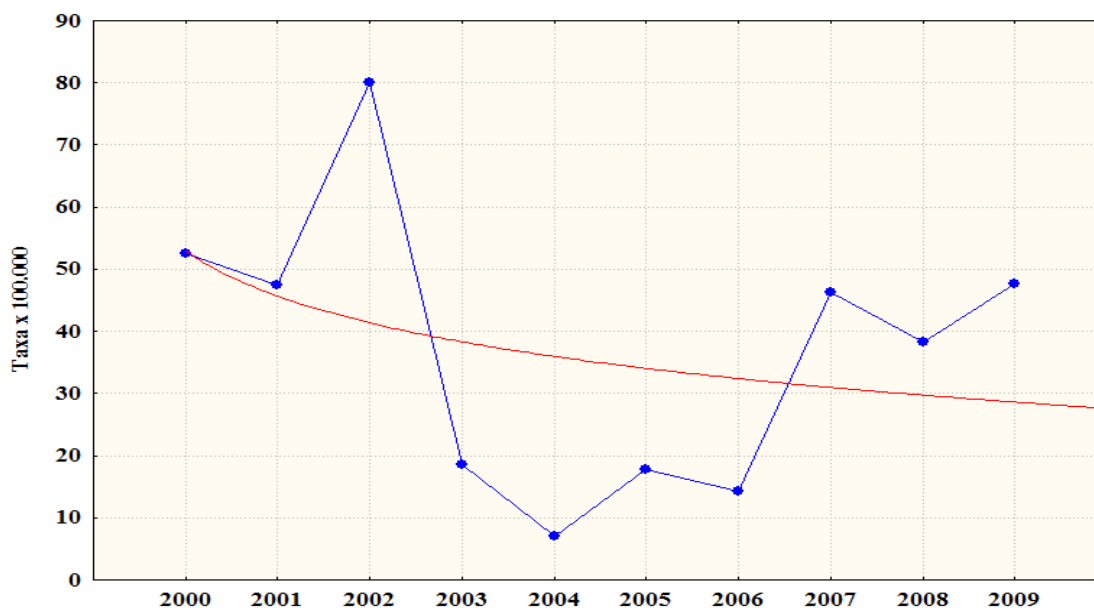
Em termos qualitativos foi realizado um estudo sobre os modelos explicativos de causalidade do suicídio entre os Kaiowá-Guarani de Mato Grosso do Sul constituindo-se como subsídio para as intervenções de prevenção e pósvenção.

No Dsei Alto Rio Negro, a vigilância epidemiológica foi iniciada em 2009, onde foi estimada uma taxa de 24 por 100.000.

No Dsei Alto Rio Solimões, foi realizada uma coleta de dados retrospectiva sobre os casos de suicídio. Os dados de casos de suicídio desde 1990 a 1997 foram obtidas de fontes secundárias, mas não foi possível obter as taxas devido à falta de dados confiáveis sobre o total da população. Somente foram contabilizados os casos os casos a partir do ano 2000. No ano 2009 a taxa obtida foi de 48 por 100.000, sendo que no ano 2002 existiu um surto que chegou a 80 por 100.000.

Em relação ao consumo abusivo de álcool, estas são muito variáveis, ainda nas aldeias da mesma etnia.

**Gráfico 36. Taxas de Mortalidade (x 100.000) por Suicídio 2000 a 2009, Dsei Alto Rio Solimões.**



Fonte: Dsei ARS

## 5.9 Saúde Bucal

O presente documento tem por objetivo disponibilizar informações do programa de saúde bucal indígena para subsidiar a tomada de decisão, a gestão, a prática profissional e a geração de conhecimento. Demonstra a atuação governamental no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, fornece referencial para projeções e inferências setoriais, além de contribuir para a transparência acerca das ações desenvolvidas na área da saúde bucal.

A vigilância em Saúde Bucal está relacionada a: (i) investimentos em infraestrutura e capacidade instalada, (ii) gestão de insumos informação, (iii) gestão da informação e (iv) ações em saúde bucal.

No campo dos investimentos em capacidade instalada para ações de saúde bucal levou-se em consideração uma série de variáveis, tais como: densidade demográfica do Dsei, número de aldeias, extensão territorial do Dsei, dificuldades geográficas, acesso às aldeias, capacidade geral instalada (água encanada, esgotamento sanitário, rede elétrica estável), peculiaridades regionais, fluxos migratórios, perfil epidemiológico e fatores de outras ordens. A Funasa e o Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de Saúde Bucal possibilitaram a descentralização de 82 consultórios odontológicos para equipar os Dsei. Em

conseqüência desse investimento, o percentual de consultórios fixos instalados aumentou 31,29% em 2010.

Em 2009 o Desai adquiriu 190 autoclaves para os Dsei no intuito de implementar as medidas de precaução e biossegurança na assistência à saúde. A aquisição correspondeu a um incremento de 93,1% no número de equipamentos disponíveis para a utilização nos pólos base. A estruturação do setor contribuiu para a melhoria da qualidade da atenção ofertada à população indígena, bem como minimiza os efeitos da falta de ergonomia no trabalho odontológico.

Em relação à gestão de insumos, conforme preconizado pelo documento de Diretrizes da Atenção à Saúde Bucal, o Desai, a partir de 2007, iniciou-se um processo de aquisição de escovas, creme dental, fio dental, protetor de cerdas para ser descentralizados a todos os Dsei, objetivando ampliar o acesso desses materiais de higiene e prevenção à população indígena, conseqüentemente, fortalecendo a promoção e prevenção da saúde bucal. Para informatizar, racionalizar e fortalecer a gestão de materiais, a gerência de estoque e consumos de medicamentos e insumos odontológicos o Desai realizou treinamento junto aos Responsáveis Técnicos de Saúde Bucal dos Dsei para implantar o Siscoesc (Sistema de Controle de Estoque e Consumo da Funasa). A Área Técnica de Saúde Bucal também elaborou um guia de orientação aos Dsei e Core - contemplando aspectos de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição - para auxiliar nos processos de planejamento de aquisição e, subseqüentemente, de utilização dos insumos.

No âmbito da gestão da informação, a Funasa iniciou, em 2009, o desenvolvimento do módulo de saúde bucal do Siasi. Foi realizado em setembro de 2009 o *“I Encontro da rede de Responsáveis Técnicos pela Saúde Bucal de todos os Dsei do Brasil para construir estratégia de implantação do módulo de saúde bucal nos Dsei”*. Atualmente, todos os Dsei estão com o módulo implantado e em funcionamento. A Área Técnica de Saúde Bucal também realizou uma série de estudos sobre o perfil dos recursos humanos que atuam no campo da Odontologia nos Dsei, infra-estrutura e capacidade instalada em saúde bucal indígena e sobre gestão de materiais odontológicos.

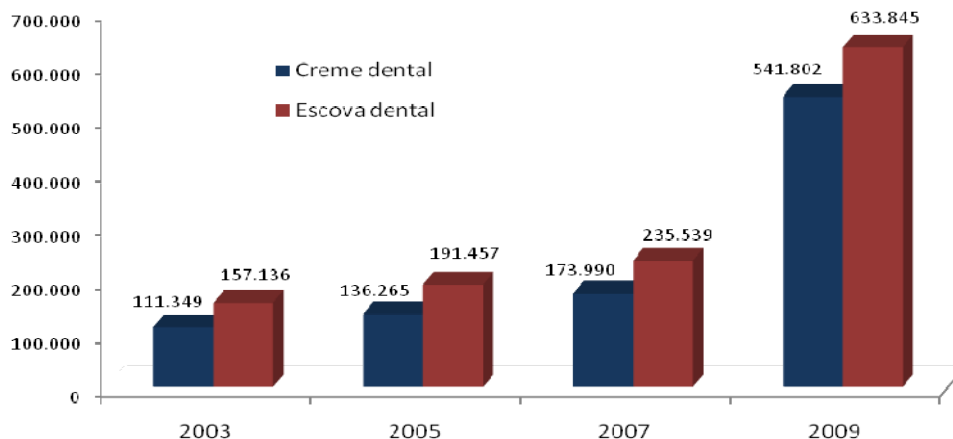
As ações de atenção em saúde bucal realizadas nos Dsei do Brasil são focadas na incorporação de procedimentos coletivos e individuais em locais onde não há consultórios odontológicos, no controle de infecção intrabucal, na ação

integrada com as outras áreas da saúde e na utilização de outros espaços sociais para a realização de ações coletivas, na utilização da epidemiologia como instrumento organizador da assistência, e na mudança do enfoque assistencialista para o preventivo e coletivo.

Os procedimentos coletivos são ações de promoção e prevenção em saúde bucal, de baixa complexidade, que dispensa equipamentos odontológicos, e que são desenvolvidos integralmente em grupos populacionais previamente identificados (são: atividades de educação em saúde, distribuição de creme, escova e fio dental, aplicação tópica de flúor e escovação dental supervisionada. Os procedimentos individuais são ações curativas e/ou terapêuticas executadas pela equipe de saúde bucal com funções específicas para cada categoria profissional (são: consulta odontológica, evidenciação de placa bacteriana, raspagem, proteção do complexo dentino-pulpar, aplicação de flúor, selante, cariostático, tratamento restaurador atraumático - ART, resina, amálgama, exodontias, tratamento de alveolite, pulpotomia, outros procedimentos cirúrgicos, sutura e outros procedimentos de urgência, prescrição medicamentosa e encaminhamentos para os serviços de referência do SUS.

Dentre as atividades coletivas, a oferta de escovas e cremes dentais fluoretados às populações indígenas é atividade prioritária. A partir de 2007, o Desai investiu fortemente na aquisição dos materiais de higiene oral (escova e creme dental fluoretado) para população indígena, o que refletiu num crescimento médio de 386% na distribuição desses itens à população indígena em relação ao ano de 2003. (Gráfico 37). A ação coletiva de escovação dental supervisionada também é considerada atividade prioritária. Em 2009, a ação alcançou cobertura de 58,33%.

**Gráfico 37. Número de escovas e cremes dentais distribuídos à população indígena brasileira nos Dsei, em anos alternados - 2003, 2005, 2007 e 2009. Brasil, 2010.**



Fonte: Funasa: Comoa/Cgasi/Desai – Departamento de Saúde Indígena (2003, 2005, 2007)  
Siasi – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (2009).

Em relação aos procedimentos individuais, de maneira geral, os serviços apresentaram características de aumento de oferta por atividades/procedimentos ambulatoriais ou individuais entre 2004 e 2009. Destaque para o incremento no número de pacientes atendidos, raspagem e alisamento dental, aplicação de selante e procedimentos restauradores (Tabela 8).

**Tabela 8. Produção individual em Saúde Bucal Indígena nos Dsei no período de 2004 a 2009. Brasil, 2010.**

Tipo de procedimento	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Atendimentos	95.943	137.460	147.540	149.823	165.423	164.340
Raspagem	27.111	27.013	33.461	28.635	50.109	72.655
Aplicação de selante	12.748	13.220	21.633	15.883	17.112	18.661
Restaurações	81.979	102.212	131.186	115.648	133.330	113.566
Pulpotomias	3.568	3.662	3.296	3.131	2.579	1.891
Exodontias	45.340	61.290	73.184	64.460	73.323	66.210
Sutura	15.113	17.127	23.895	22.321	26.392	26.606
Tratamento de Alveolite	1.577	1.937	1.460	1.014	1.001	705

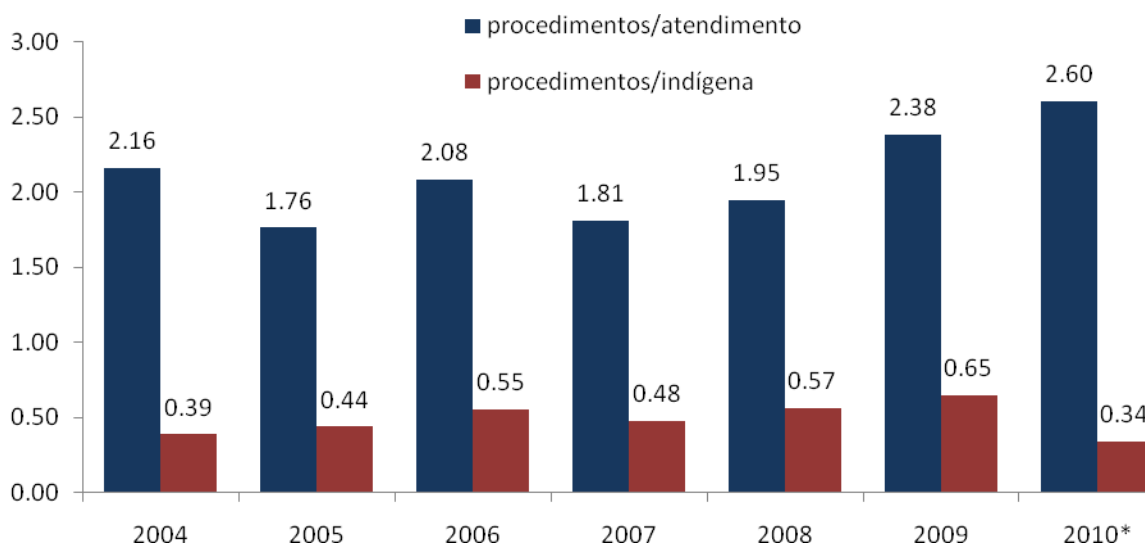
Fonte: Funasa: Comoa/Cgasi/Desai – Departamento de Saúde Indígena (2006, 2007, 2008)  
Siasi – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (2009)



A Área Técnica de Saúde Bucal utiliza alguns indicadores da atenção individual relacionados à produtividade, organização, funcionamento e qualidade da atenção: (i) Número de procedimentos básicos assistenciais por indígena, (ii) Número de procedimentos assistenciais básicos por atendimento, (iii) Cobertura de consulta odontológica programática e (iv) Percentual de tratamento odontológico básico concluído em relação aos atendimentos.

Observa-se evolução e favorável dos indicadores que se referem à relação procedimentos odontológicos/população indígena, e procedimentos odontológicos/atendimento. O número de procedimentos odontológicos por atendimento tem aumentado nos últimos anos, fato que comprova que atenção está sendo direcionada na conclusão do plano de tratamento do paciente objetivando o controle de infecção intrabucal (Gráfico 38).

**Gráfico 38. Número de procedimentos básicos assistenciais por atendimento odontológico e pela população indígena, entre os anos de 2004 e 2010\*. Brasil, 2010.**



Fonte: Funasa: Comoa/Cgasi/Desai – Departamento de Saúde Indígena (2006, 2007, 2008)

Siasi – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (2009 e 2010)

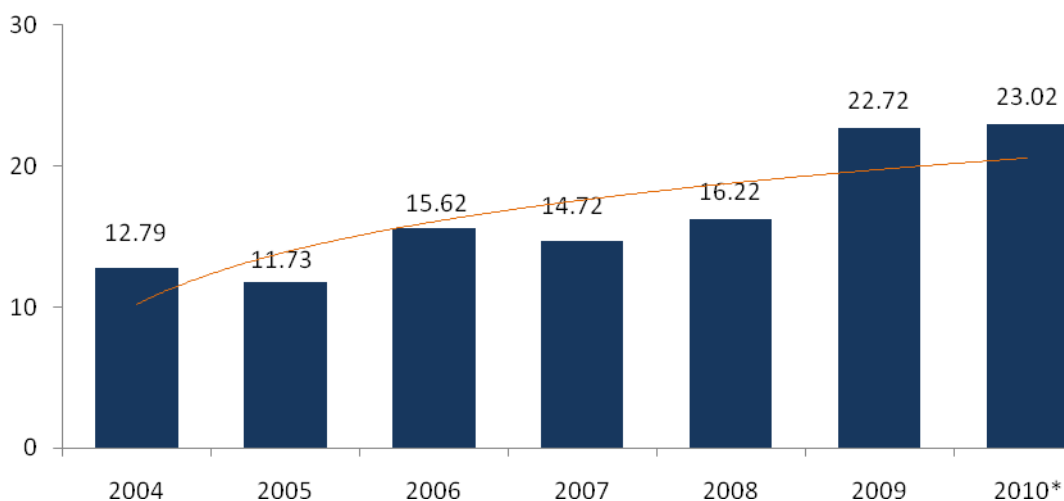
2010\* - Dados parciais, sujeitos a alteração. Acesso em 17/08/2010, <http://sis.funasa.gov.br/siasi>

O conceito de consulta odontológica programática passou a ser utilizado por todos os Dsei a partir de 2009, por esse motivo não existe série histórica desse indicador. Em 2009, a cobertura de consulta odontológica programática alcançada foi de 11,95%. Em 2010, dados parciais (janeiro a julho) do Siasi-Saúde Bucal indicam cobertura de consulta odontológica programática de

18,33%, isto significa que cerca de 108 mil indígenas em todo o Brasil tiveram acesso aos serviços de atenção odontológica nesse ano.

O número de pacientes indígenas com tratamento odontológico básico concluído em relação ao número de pacientes atendidos aumentou 79,9% no período entre 2004 e 2010 (gráfico 39). Esse indicador representa o percentual de pacientes que foram atendidos e estão livres de cárie dentária e doença periodontal. O indicador também demonstra a qualidade da atenção em saúde bucal ofertada nos Dseis, uma vez que indica se os serviços estão organizados em consonância aos pressupostos de controle de infecção intrabucal.

**Gráfico 39. Percentual (%) de indígenas atendidos que concluíram tratamento odontológico básico e estão livres de cárie dentária e doença periodontal (infecção intrabucal controlada), entre os anos 2004 e 2010. Brasil, 2010.**



Fonte: Funasa: Comoa/Cgasi/Desai – Departamento de Saúde Indígena (2006, 2007, 2008)

Siasi – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (2009 e 2010)

2010\* - Dados parciais, sujeitos à alteração. Acesso em 17/08/2010, <http://sis.funasa.gov.br/siasi>

A Saúde Bucal Indígena é um exemplo de que para garantir os cuidados primários em saúde bucal não é preciso grandes infra-estruturas e podem ser realizados através de tecnologias simples, eficientes e de baixo custo.

Esta práxis vem sintetizar alguns resultados alcançados através do esforço dos trabalhadores de saúde indígena que anseiam por uma ação diferenciada, universal, integral e integrada em saúde.

## 5.10 Saúde da Mulher e da Criança

No que se refere à atenção à Saúde da Mulher e da Criança Indígena as equipes multiprofissionais de saúde dos Dsei vêm desenvolvendo as ações de rotina na atenção básica, em níveis diferenciados de atendimento. Os níveis variam de acordo com a realidade de cada Dsei, em função de fatores que vão desde condições de acesso às aldeias e de permanência das equipes em área, passando pela estruturação da rede física de saúde, rede de referência e especificidades da população, com a disponibilização de materiais e insumos para a execução das ações e o exercício do controle social.

Para a melhor adesão das mulheres alguns fatores podem ser destacados como essenciais:

- ✓ A comunicação mais estreita junto às organizações de mulheres indígenas;
- ✓ Entender com mais propriedade as necessidades específicas de cada grupo étnico, em que a posição e os papéis sociais das mulheres assumem condições diferenciadas;
- ✓ Conhecimento dos perfis epidemiológicos dos povos indígenas nas diversas regiões brasileiras e;
- ✓ Melhoria da qualidade dos serviços prestados junto a esses grupos populacionais.

Nesse contexto, o Desai vem trabalhando há alguns anos, através da Área Técnica da Medicina Tradicional, com estudos que caracterizam modelos de parto tradicional indígena, com o objetivo de subsidiar políticas públicas na área materno-infantil.

O Ministério da Saúde estabelece condutas para a saúde integral da mulher e da criança, mas nem sempre elas contemplam as especificidades étnico-culturais dos diversos povos indígenas. Considerando a realidade de acesso geográfico precário, muitas vezes sujeito a eventualidades e considerando principalmente o compromisso de respeitar a especificidade desses povos na atenção à saúde materno-infantil, conforme preconiza a Política Nacional Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASI), considera-se a necessidade de

adequação das condutas e identificação de estratégias que auxiliem no cumprimento da preconização do Ministério da Saúde.

Em 2009, com a criação da Área Técnica da Saúde da Mulher e da Criança no Desai, houve o fortalecimento do processo de construção das Diretrizes da Saúde da Mulher e da Criança indígena. Foi formado de um Grupo de Trabalho com integrantes de diversas áreas técnicas e realizadas reuniões com representantes dos Dsei. Em março de 2010 foi promovida uma “Consulta às Mulheres Indígenas Sobre as Ações de Saúde da Mulher e da Criança Indígena”, que teve como objetivo ouvi-las quanto às suas demandas para o desenvolvimento de ações de vigilância e atenção à saúde materno-infantil indígena e apresentar o documento “Diretrizes de Saúde da Mulher e da Criança Indígena”.

Atualmente as Diretrizes serão submetidas à apreciação de usuárias indígenas e representantes das áreas técnicas de todos os Dsei, através de três oficinas macrorregionais, previstas para ocorrerem nos meses de setembro e outubro de 2010.

Hoje a população de mulheres indígenas em idade fértil (entre 10 e 49 anos) é de 177.748 (Siasi, 18/08/2010). As prioridades das ações de atenção à saúde da mulher vêm sendo focadas no controle do pré-natal, parto e puerpério; prevenção do câncer de colo de útero e de mama; prevenção das DST/HIV/Aids; atenção em planejamento reprodutivo e valorização das práticas tradicionais, fortalecendo a parceria com os especialistas e cuidadores tradicionais indígenas, entre eles as parteiras.

Embora os povos indígenas possuam sistemas próprios de parto que incluem saberes, práticas e cuidadores tradicionais e em muitas regiões do país o parto ocorra na aldeia, os hospitais de referência, pactuados junto aos municípios, recebem o Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI) para que as especificidades indígenas como alimentação adequada, parto em posição escolhida, direito a acompanhante ou cuidador tradicional, utilização de redes, entre outros, sejam garantidos em caso de parto hospitalar.

Houve também incentivo à contratação de Agentes Indígenas de Saúde - AIS do sexo feminino, almejando maior participação e adesão das mulheres indígenas nos cuidados à sua saúde. Conforme dados do Projeto Vigisus II,

referentes a 33 Dsei, no 1º semestre de 2009, 29,34% dos AIS eram do sexo feminino.

Está em fase de finalização o módulo de informação da Saúde da Mulher e da Criança, com previsão de lançamento na próxima versão do Siasi no início de 2011 e representará um grande avanço para alcançar melhor qualidade dos dados. No período de 2003 a 2008 as informações específicas da saúde da mulher disponíveis no Desai referem-se à Prevenção do Câncer do Colo de Útero (PCCU) e Mama e morbi-mortalidade. As outras informações eram acompanhadas em nível local pelos Dsei, como é o caso do pré-natal. A partir de 2009 foram elaboradas planilhas mais específicas com melhor qualidade dos dados, contemplando o PCCU, pré-natal e morbi-mortalidade da mulher indígena.

Entre 2003 e 2008 os Dsei informaram a realização de 82.888 exames de prevenção de câncer de mama e 86.360 exames de prevenção de câncer do colo uterino.

As informações de 2009, ainda parciais, apontam para a realização de mais de 25.326 exames de mama e 18.818 exames de PCCU. Esses dados são relativos a 19 Dsei.

Quanto ao pré-natal, entre os 24 Dsei que enviaram os dados houve o cadastro de 10.691 gestantes e a realização de 27.515 consultas. Dentre as 7.761 mães de nascidos vivos 60,4% (4.688) realizaram 4 ou mais consultas de pré-natal.

Dados do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, coletados no período de 2008 e 2009 indicam, com base na amostra de mães com filho vivo menor de 60 meses, que a média de consultas foi de 4,65 por mulher, sendo observadas diferenças regionais, variando de 2,9 consultas na região Norte a 5,29 na região Nordeste. Em relação à primeira consulta do pré-natal 46,2% fizeram no primeiro trimestre de gravidez, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde, seguido de 45,1% das consultas iniciadas no segundo trimestre e 8,7% no terceiro trimestre (Tabela 9).

**Tabela 9. Trimestre da primeira consulta de pré-natal – gravidez do filho vivo mais novo < 60 meses.**

Local	Trimestre da primeira consulta pré-natal - gravidez do filho vivo mais novo < 60 meses:								
	1º trimestre			2º trimestre			3º trimestre		
	n	%	IC <sub>95%</sub>	n	%	IC <sub>95%</sub>	n	%	IC <sub>95%</sub>
<b>Macrorregião</b>									
Norte	268	33.3	(27.1 - 40.1)	402	50.2	(45.9 - 54.5)	130	16.6	(12.6 - 21.5)
Centro-Oeste	278	43.4	(32.9 - 54.6)	302	46.9	(37.8 - 56.2)	63	9.7	(6.9 - 13.6)
Nordeste	338	58.6	(52.5 - 64.4)	212	36.1	(31.2 - 41.3)	31	5.3	(3.7 - 7.6)
Sul/Sudeste	202	47.4	(37.1 - 58.0)	192	46.9	(37.5 - 56.5)	25	5.7	(2.8 - 11.4)
<b>Brasil</b>	<b>1086</b>	<b>46.2</b>	<b>(41.3 - 51.1)</b>	<b>1108</b>	<b>45.1</b>	<b>(41.1 - 49.2)</b>	<b>249</b>	<b>8.7</b>	<b>(6.9 - 10.9)</b>

Fonte: Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos povos indígenas – 2008/2009.

Cabe ressaltar que embora seja recomendada a captação precoce das gestantes e início do pré-natal no primeiro trimestre de gestação, na população indígena há que se considerar as especificidades etno-culturais, dificuldades de acesso geográfico em algumas áreas, principalmente na região da Amazônia Legal, e a diversidade cultural dos povos indígenas, que possuem seus próprios sistemas de cuidado à saúde.

O I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas indica também que, da amostra das crianças menores de 5 anos analisadas, 87,0% nasceram por meio de parto vaginal e 13,0% por partos cesarianos (Tabela 10), evidenciando a prevalência de partos vaginais nas mulheres indígenas em todas as regiões do país.

**Tabela 10. Distribuição das crianças menores de 5 anos por macrorregião de acordo com o tipo de parto, Brasil 2008-2009.**

Local	Tipo de parto				
	Vaginal		Cesariana		Total
	N	%	N	%	N
<b>Macrorregião</b>					
Norte	2481	95,2 (93,4-96,6)	124	4,8 (3,4-6,6)	2605
Centro-Oeste	1189	91,6 (89,1-93,7)	110	8,4 (6,3-11,0)	1299
Nordeste	1115	81,7 (75,3-86,8)	248	18,3 (13,2-24,7)	1363
Sul/Sudeste	738	81,6 (75,3-86,7)	169	18,4 (13,5-24,7)	907
<b>Brasil</b>	<b>5523</b>	<b>87,0</b> <b>(84,0-89,4)</b>	<b>651</b>	<b>13,0</b> <b>(10,6-16,0)</b>	<b>6174</b>

Fonte: I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos povos indígenas – 2008/2009.

Com relação à criança indígena o Desei prioriza as seguintes ações:

- ✚ Promoção do crescimento e desenvolvimento, possibilitando evidenciar precocemente transtornos que afetam a saúde, em especial a nutrição e a capacidade mental e social;
- ✚ Aleitamento materno;
- ✚ Imunização;
- ✚ Articulação com cuidadores tradicionais indígenas, incluindo suas práticas e cuidados próprios, como forma de fortalecer a identificação precoce de sinais de risco e o monitoramento da saúde das crianças indígenas;
- ✚ Identificação e tratamento precoce dos problemas detectados, que vulnerabilizam a saúde da criança, permitindo a execução dessas ações e possibilitando a redução da morbi-mortalidade, além de potencializar seu desenvolvimento.

Uma das estratégias utilizadas na atenção às crianças é a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância - AIDPI, para a detecção precoce e tratamento efetivo do conjunto de doenças de maior prevalência na infância tais como as diarreias, as doenças respiratórias agudas, desnutrição e anemia, contribuindo também para melhorar os conhecimentos e as práticas das famílias na prevenção dessas doenças, além de sistematizar a assistência prestada pelas EMSI. Neste ano, a Funasa em parceria com a Organização Panamericana da Saúde – OPAS e Instituto Professor Fernando Figueira – IMIP realizaram a primeira formação de multiplicadores do AIDPI com enfoque na atenção indígena. Foram formados 19 facilitadores de diversas regiões do país para a multiplicação para os profissionais que compõem as EMSI, representando uma grande conquista na luta contra a mortalidade infantil.

A vigilância dos óbitos infantis e fetais indígenas vem sendo implementada nos Dsei para avaliar as circunstâncias de ocorrência dos óbitos, sendo também uma importante estratégia para propor medidas de melhoria da qualidade da assistência à saúde e demais ações visando sua redução. Em 2008 foi publicada a Portaria nº 883/Funasa, que institui as Comissões Distritais de Investigação e Prevenção de Óbito Infantil e Fetal Indígena cuja principal atribuição consiste na análise das investigações de óbito realizadas pelas equipes, planejamento das ações de promoção da saúde das crianças indígenas e prevenção de óbitos

infantis e articulação com os comitês municipais e estaduais de investigação de óbito infantil.

Foram formalizadas 21 Comissões Distritais, abrangendo 22 Dsei. Duas Comissões realizaram a sistematização de trabalho mediante regimento interno, sendo a do Dsei Xavante e dos Dsei Yanomami e Leste de Roraima. Até o presente momento oito Comissões Distritais encaminharam ao Desai o total de 74 fichas de investigação de óbito infantil/fetal no ano de 2009.

#### 5.11 Mortalidade Infantil Indígena 2009

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um indicador que estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida. Reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infra-estrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil (RIPSA, 2008).

Esse indicador foi escolhido como prioritário para monitoramento pelo Desai, sendo incorporado ao Plano Plurianual (PPA) da Saúde diante de sua sensibilidade em relação à qualidade da atenção prestada e da importância no mérito do foco na redução de mortalidade, possibilitando aos povos indígenas potencialidade de crescimento.

Segundo a Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSA, podemos classificar a TMI como alta (maior que 50 mortes por mil nascidos vivos), média (20 a 49 por mil) e baixa (menos de 20 por mil) (RIPSA, 2008).

A TMI é subdividida em componentes de acordo com a faixa etária da criança, para um maior aprofundamento dos fatores de risco para estes óbitos e definição mais precisa das estratégias de enfrentamento no foco da redução dos óbitos. A mortalidade neonatal, que se subdivide em precoce (0 a 6 dias) e tardia (7 a 27 dias), associa-se, mais fortemente, a problemas congênitos e à qualidade dos serviços de saúde no que diz respeito à assistência à saúde materna no pré-natal e a complicações do parto. Já a mortalidade pós-neonatal (28 a 364 dias), de maneira geral, denota os riscos ambientais, como as infecções respiratórias agudas e doenças infecciosas intestinais, além das deficiências nutricionais, bem como desenvolvimento socioeconômico e a infra-estrutura ambiental. Geralmente,



quando a TMI é alta, a mortalidade pós-neonatal é freqüentemente o componente mais elevado.

Para fins organizacionais, utiliza-se o conceito de TMI indígena como sendo um indicador que abrange os óbitos de menores de um ano e os nascimentos registrados entre indígenas aldeados nos 34 Dsei que fazem parte do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Não são considerados na construção desse indicador os óbitos e nascimentos de indígenas não aldeados.

Este trabalho analisa a tendência da TMI indígena entre os anos de 2000 a 2009, considerando os seus componentes.

Trata-se de um estudo retrospectivo descritivo utilizando registro de óbitos de menores de um ano e nascimentos de indígenas aldeados nos 34 Dsei, onde a Funasa é responsável pela atenção à saúde.

Entre 2000 e 2002, os dados foram coletados por meio de planilhas simplificadas com dados apenas quantitativos. De 2003 a 2008 foram utilizados dados de planilhas de monitoramento utilizados pelos Dsei e consolidados pelo Desai, com informações um pouco mais detalhadas que as anteriores. Já em 2009 foram utilizados dados registrados no Siasi, que acompanha a territorialidade e a especificidade das questões indígenas e contempla níveis específicos de informação, incluindo causa básica do óbito.

As limitações do uso de dados captados de forma agregada, através apenas da consolidação de números, são superadas pela preciosidade dos mesmos, considerando as características de isolamento cultural e geográfico que os povos indígenas apresentam. Estas especificidades – como características lingüísticas, culturais, de organização social e entendimento dos processos de valoração, entre outras - apresentam-se como verdadeiras barreiras, muitas vezes de difícil transposição, o que adiciona maior relevância aos dados obtidos.

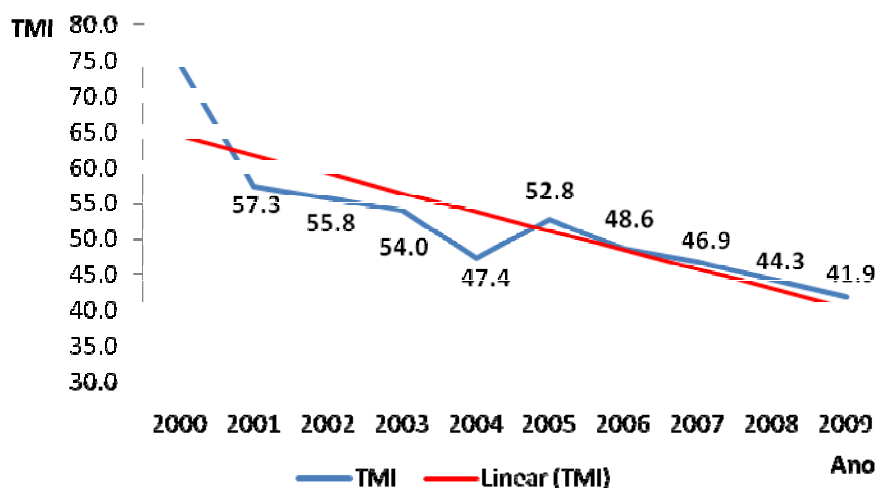
Já em relação aos dados de 2009, os registros de óbitos e nascimentos no Siasi permitem o detalhamento suficiente para análise através do uso de dados diretos, que são ainda passíveis de pequenos ajustes e correções.

Esses dados são resultado de um processo de consolidação e priorização desta temática, fortalecida nos últimos três anos através da formação de codificadores da CID-10 nos Dsei, da utilização das Declarações de Óbitos (Portaria Nº 175-09/SVS/MS) em consonância com o Sistema de Mortalidade Nacional (SIM/SVS/MS), da política de investigação de óbitos infantis e da

formação de comissões de investigação de óbitos infantis, da participação nos comitês de investigação de mortalidade infantil e materna nos respectivos estados, além de melhorias internas no sistema de informação e ações diretas e indiretas com foco no aprimoramento da vigilância epidemiológica em relação à temática da mortalidade infantil e das ações de atenção à saúde voltadas à redução desse indicador.

Entre 2000 e 2009 foram registrados 6.745 óbitos de menores de um ano de idade. Neste período, a TMI indígena apresentou uma queda significativa, passando de 74,6 por mil nascidos vivos para 41,9 por mil nascidos vivos no fim do período (Gráfico 40), o que correspondeu a uma redução 43,8% nessa taxa.

**Gráfico 40. Taxa de mortalidade infantil (TMI) indígena por ano. Brasil, 2000-2009.**



Fonte: Desai/Funasa/MS.

Aplicando-se o método de simulação que mantém o cenário do ano inicial de 2000 para todo o período no cálculo de estimativa de óbitos esperados e comparando-se com os cenários anuais reais até o fim do período, observou-se que 3.119 crianças indígenas foram poupadas da morte em consequência da queda acentuada da mortalidade infantil indígena nos últimos 10 anos.

A tendência de redução na TMI indígena neste período foi verificada em todas as regiões, sendo que a maior redução (64,5%) foi no Sul-Sudeste, que passou de 96,0/1000 NV para 31,2/1000 NV em 2009, e a menor redução ocorreu na região norte (24,1%), que passou de 76,6/1000 NV para 47,3/1000 NV em 2009. Cabe destacar que a Taxa de Mortalidade Infantil entre indígenas aldeados

sob responsabilidade dos Dsei da região nordeste em 2009 foi a menor dentre as regiões (Tabela 11).

**Tabela 11. TMI indígena, Brasil e Regiões, 2000-2009**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Variação % 2000/2009
<b>Brasil</b>	<b>74.6</b>	<b>57.3</b>	<b>55.8</b>	<b>54.0</b>	<b>47.4</b>	<b>52.8</b>	<b>48.6</b>	<b>46.9</b>	<b>44.3</b>	<b>41.9</b>	<b>-43.8</b>
Centro-Oeste	95.3	76.7	58.7	59.2	62.1	63.1	46.1	48.8	45.9	48.3	-49.4
Nordeste	76.6	49.4	43.8	43.7	36.2	34.2	45.5	33.3	28.9	27.2	-64.5
Norte	62.3	50.2	64.0	58.7	44.8	57.2	53.0	57.6	48.8	47.3	-24.1
Sul-Sudeste	96.0	57.7	36.9	39.1	44.2	41.1	37.7	19.0	47.0	31.2	-67.5

Fonte: Desai/Funasa/MS

Considerando apenas o período de 2007 a 2009, a TMI Indígena no Brasil apresentou redução de 10,6%, e no período de 2008 a 2009 a redução foi de 5,5%, cumprindo a meta estabelecida no Plano Plurianual do Governo Federal (PPA), de reduzir 5% ao ano este indicador (Tabela 12).

**Tabela 12. TMI indígena, Brasil e Regiões, 2007-2009.**

	2007	2008	2009	Variação % 2007/2009	Variação % 2008/2009
<b>Brasil</b>	<b>46.86</b>	<b>44.35</b>	<b>41.9</b>	<b>-10.6</b>	<b>-5.5</b>
Centro-Oeste	48.83	45.9	48.26	-1.2	5.1
Nordeste	33.32	28.91	27.2	-18.4	-5.9
Norte	57.59	48.79	47.26	-17.9	-3.1
Sul-Sudeste	18.95	46.97	31.18	64.5	-33.6

Fonte: Desai/Funasa/MS.

Embora a TMI indígena ainda seja maior que a da população geral, a série histórica de 2000 a 2009 reflete forte tendência de queda, partindo de um coeficiente alto em 2000 e alcançando um coeficiente médio a partir de 2006. No entanto, ainda se configura em um importante problema de saúde pública a ser enfrentado.

A análise de TMI indígena por Dsei deve ser vista com cautela devido ao pequeno número de eventos em pequenas populações. Além disso, captação de eventos vitais, qualidade dos registros e isolamento geográfico podem influenciar no indicador.

Observa-se que quinze dos trinta e quatro Dsei apresentaram TMI indígena acima da TMI indígena nacional em 2009, sendo que o Dsei Kaiapó-PA

apresentou a maior TMI indígena (115,2/1000 NV) e o Dsei Ceará a menor (11,4/1000 NV) (Tabela 13).

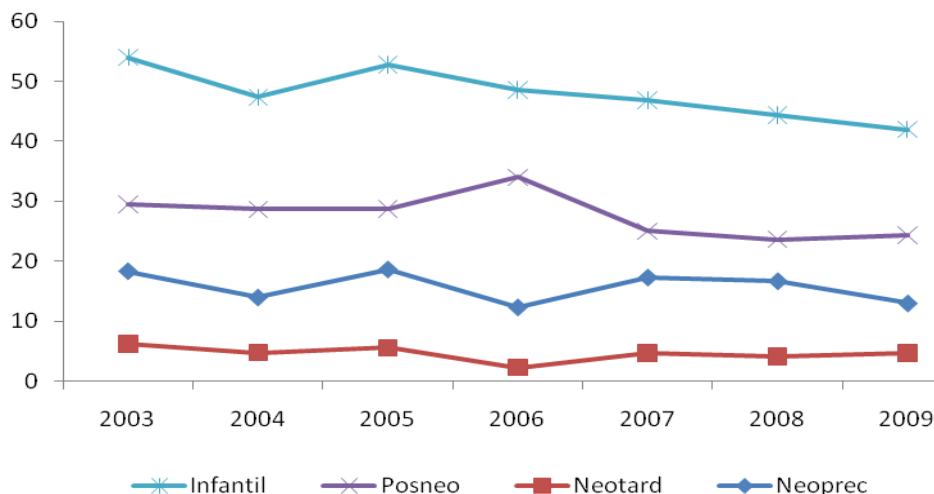
**Tabela 13. TMI indígena por Dsei. Brasil, 2009.**

DSEI	2009		
	Óbitos	Nascidos vivos	TMI
KAIAPÓ DO PARÁ	25	217	115.2
YANOMAMI	86	870	98.9
VALE DO JAVARI	12	130	92.3
XAVANTE	52	636	81.8
ALTO RIO PURUS	24	346	69.4
ALTAMIRA	10	149	67.1
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	16	241	66.4
ALTO RIO JURUÁ	26	425	61.2
PORTO VELHO	18	354	50.8
ALTO RIO NEGRO	28	552	50.7
CUIABÁ	10	209	47.8
LITORAL SUL	13	272	47.8
MARANHÃO	44	924	47.6
TOCANTINS	16	361	44.3
MATO GROSSO DO SUL	90	2095	43
VILHENA	10	272	36.8
ARAGUAIA	4	119	33.6
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	5	153	32.7
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	10	307	32.6
RIO TAPAJÓS	12	376	31.9
ALTO RIO SOLIMÕES	50	1577	31.7
LESTE DE RORAIMA	41	1293	31.7
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	13	424	30.7
MÉDIO RIO PURUS	6	202	29.7
INTERIOR SUL	29	1068	27.2
GUAMÁ-TOCANTINS	7	272	25.7
ALAGOAS E SERGIPE	8	335	23.9
PARINTINS	7	308	22.7
PERNAMBUCO	19	858	22.1
MANAUS	11	529	20.8
BAHIA	13	655	19.8
XINGU	4	207	19.3
POTIGUARA	4	309	12.9
CEARÁ	3	264	11.4
<b>Total geral</b>	<b>726</b>	<b>17309</b>	<b>41.9</b>

Fonte: Siasi/Funasa/MS

A análise da taxa de mortalidade infantil indígena e seus componentes no período de 2003 a 2009 indica que a mortalidade pós-neonatal (28 a 364 dias) apareceu como a mais prevalente ao longo dos anos (Gráfico 41).

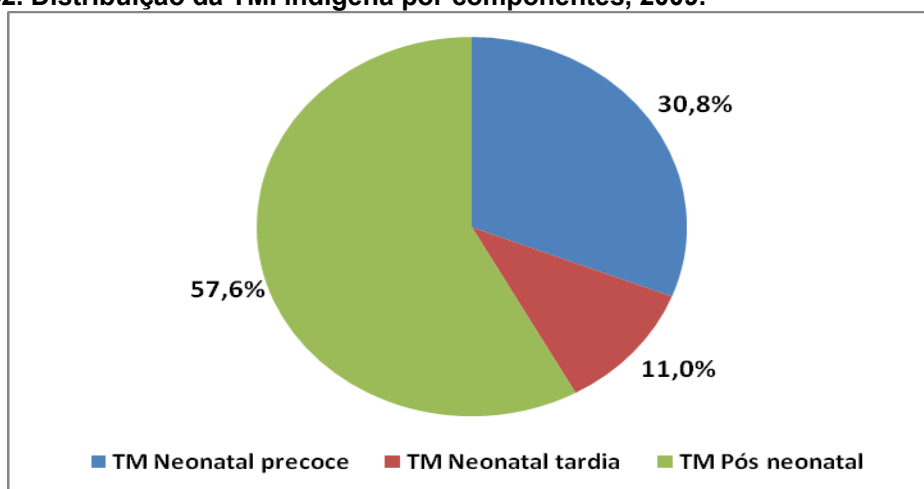
**Gráfico 41. TMI indígena e componentes. Brasil, 2003-2009.**



Fonte: Siasi/Funasa/MS.

Em 2009 a mortalidade pós-neonatal (28 a 364 dias) representou 57,6% do total de óbitos infantis, seguido da mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias) com 30,8%, e da neonatal tardia (7 a 27 dias) com 11,0% (Gráfico 42).

**Gráfico 42. Distribuição da TMI indígena por componentes, 2009.**



Fonte: Siasi/Funasa/MS.

Em relação às causas de óbitos em menores de 1 ano, em 2009, do total de causas definidas, as doenças do aparelho respiratório (33,8%) foram as principais causas de óbitos, seguidas pelas afecções perinatais (20,6%) e pelas doenças infecciosas e parasitárias (16,2%). A proporção de causas mal definidas correspondeu a 18,5% dos óbitos registrados no Siasi (Tabela 14).

**Tabela 14. Distribuição de óbitos em indígenas menores de 1 ano segundo causas (capítulo CID-10). Brasil, 2009.**

Causas (capítulo CID-10)	Óbitos	% Causas definidas	% Todas causas
Doenças do aparelho respiratório	200	33.8	27.5
Afecções perinatais	122	20.6	16.8
Doenças infecciosas e parasitárias	96	16.2	13.2
Causas externas	47	7.9	6.5
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	39	6.6	5.4
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	25	4.2	3.4
Doenças do aparelho circulatório	22	3.7	3.0
Doenças do aparelho digestivo	12	2.0	1.7
Doenças do sistema nervoso	10	1.7	1.4
Lesões enven e alg out conseq causas externas	9	1.5	1.2
Doenças do aparelho geniturinário	5	0.8	0.7
Neoplasias (tumores)	2	0.3	0.3
Transtornos mentais e comportamentais	1	0.2	0.1
Doenças do olho e anexos	1	0.2	0.1
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	0.2	0.1
<b>Total Causas definidas</b>	<b>592</b>	<b>100.0</b>	<b>-</b>
Mal definidas	134	-	18.5
<b>Total geral</b>	<b>726</b>		<b>100.0</b>

Fonte: Desai/Funasa/MS .

Analisando a mortalidade infantil pelo mês do óbito, na faixa etária neonatal precoce, as principais causas foram as afecções perinatais (48,6%), seguidas das causas externas (18,9%) e doenças respiratórias (15,7%) (Tabela 15).

**Tabela 15. Distribuição de óbitos em indígenas na faixa etária neonatal precoce (0 a 6 dias) segundo causas (capítulo CID-10). Brasil, 2009.**

Causas (capítulo CID-10)	Óbitos	% Causas definidas	% Todas causas
Afecções perinatais	90	48.6	40.0
Causas externas	35	18.9	15.6
Doenças do aparelho respiratório	29	15.7	12.9
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	12	6.5	5.3
Doenças do aparelho circulatório	7	3.8	3.1
Doenças infecciosas e parasitárias	6	3.2	2.7
Doenças do sistema nervoso	2	1.1	0.9
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1	0.5	0.4
Transtornos mentais e comportamentais	1	0.5	0.4
Doenças do aparelho geniturinário	1	0.5	0.4
Lesões enven e alg out conseq causas externas	1	0.5	0.4
<b>Total Causas definidas</b>	<b>185</b>	<b>100.0</b>	<b>-</b>
Mal definidas	40	-	17.8
<b>Total geral</b>	<b>225</b>		<b>100.0</b>

Fonte: Desai/Funasa/MS

Para a faixa neonatal tardia, as principais causas de óbito foram as afecções perinatais (34,8%), seguidas das doenças do aparelho respiratório (28,8%) e doenças infecciosas e parasitárias (15,2%) (Tabela 16).

**Tabela 16. Distribuição de óbitos indígenas na faixa etária neonatal tardia (7 a 27 dias) segundo causas (capítulo CID-10). Brasil, 2009.**

Causas (capítulo CID-10)	Óbitos	% Causas definidas	% Todas causas
Afecções perinatais	23	34.8	28.8
Doenças do aparelho respiratório	19	28.8	23.8
Doenças infecciosas e parasitárias	10	15.2	12.5
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	5	7.6	6.3
Doenças do aparelho circulatório	2	3.0	2.5
Doenças do aparelho geniturinário	2	3.0	2.5
Causas externas	2	3.0	2.5
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1	1.5	1.3
Doenças do aparelho digestivo	1	1.5	1.3
Lesões enven e alg out conseq causas externas	1	1.5	1.3
<b>Total Causas definidas</b>	<b>66</b>	<b>100.0</b>	<b>-</b>
Mal definidas	14	-	17.5
<b>Total geral</b>	<b>80</b>		<b>100.0</b>

Fonte: Desai/Funasa/MS

Para a faixa pós neonatal, as principais causas de óbito foram as doenças do aparelho respiratório (44,6%), seguidas pelas infecciosas e parasitárias (23,5%) (Tabela 17).

**Tabela 17. Distribuição de óbitos indígenas pós-neonatais (28 a 364 dias) segundo causas (por capítulo CID-10). Brasil, 2009.**

Causas (capítulo CID-10)	Óbitos	% Causas definidas	% Todas causas
Doenças do aparelho respiratório	152	44.6	36.1
Doenças infecciosas e parasitárias	80	23.5	19.0
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	37	10.9	8.8
Doenças do aparelho circulatório	13	3.8	3.1
Doenças do aparelho digestivo	11	3.2	2.6
Causas externas	10	2.9	2.4
Afecções perinatais	9	2.6	2.1
Doenças do sistema nervoso	8	2.3	1.9
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	8	2.3	1.9
Lesões enven e alg out conseq causas externas	7	2.1	1.7
Neoplasias (tumores)	2	0.6	0.5
Doenças do aparelho geniturinário	2	0.6	0.5
Doenças do olho e anexos	1	0.3	0.2
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	0.3	0.2
<b>Total Causas definidas</b>	<b>341</b>	<b>100.0</b>	<b>-</b>
Mal definidas	80	-	19.0
<b>Total geral</b>	<b>421</b>		<b>100.0</b>

Fonte: Desai/Funasa/MS.

Observou-se que a mortalidade infantil indígena apresentou uma redução de 43,8% no período de 2000 a 2009, demonstrando os efeitos positivos da implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. A redução desse indicador é o resultado da transformação promovida pela Funasa na saúde indígena nos últimos anos, deslocando o eixo de atuação institucional de um modelo assistencial e de recuperação da saúde para um modelo voltado para a vigilância em saúde com ênfase no fortalecimento da atenção básica, na priorização de ações estratégicas como vacinação, controle da tuberculose, vigilância nutricional de crianças menores de cinco anos e gestantes, e saneamento básico em áreas indígenas.

No entanto, apesar da redução significativa da TMI indígena, ela apresenta valores acima da TMI da população geral, o que se configura ainda em um sério problema de saúde pública.

A análise das principais causas de óbito demonstrou que grande parte do trabalho a ser realizado para alcançar indicadores similares aos encontrados na população geral se encontra no âmbito de governabilidade do próprio subsistema. A grande proporção de óbitos no período pós-neonatal (de 28 a 364 dias) mostrou que o fortalecimento da organização e oferta da atenção básica, principalmente no sentido de evitar óbitos por pneumonias e diarreias, pode ser bastante eficaz para reverter essa situação. Esse quadro, no qual se encontra a saúde indígena, identifica-se com a situação apresentada pelo Brasil no início da década de 80, ou seja, na fase pré-SUS. Cabe lembrar que o Subsistema de Saúde Indígena foi criado em 1999 e ainda carece de incorporar alguns avanços do SUS, especialmente os relacionados à gestão dos serviços de saúde, conhecimento e respeito às especificidades desses povos, onde a medicina tradicional indígena pode ser uma forte aliada.

Outro ponto que chama a atenção é o pequeno número de óbitos infantis por doenças imunopreveníveis, mostrando que as ações de vacinação dos povos indígenas estabelecidas por um calendário vacinal diferenciado e por coberturas vacinais acima das médias nacionais, consolidaram uma estratégia vitoriosa, podendo ser referência para as demais áreas.

Os dados apontam que o Subsistema de Saúde Indígena, mesmo diante de necessidades de melhorias estruturais e de acesso aos serviços de saúde, mostra resultados positivos na redução da mortalidade infantil e potencialidades



de resultados mais efetivos na continuidade da intensificação de ações de organização e qualificação dos serviços, como o fortalecimento recente da vigilância alimentar e nutricional (monitoramento do estado nutricional, suplementação de vitamina A e ferro, promoção do aleitamento materno) e saúde de mulher e da criança (pré-natal e acompanhamento puerperal) que constituem estratégias importantes para a redução da mortalidade infantil.