

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SAÚDE INDÍGENA:

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE NO SASISUS



BRASÍLIA - DF
2019

SAÚDE INDÍGENA: ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE NO SASISUS

2019 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <<http://editora.saude.gov.br>>.

Tiragem: 1ª edição – 3.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria Especial de Saúde Indígena
Departamento de Atenção à Saúde
Coordenação Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena
Divisão de Ações de Saúde Indígena
Ed. PO 700 SRTVN 702, Ed. PO700 –
Asa Norte – Brasília/DF
Site: saude.gov.br/saude-indigena /
e-mail: sesai@saude.gov.br

Organização

Antonio da Silva Campos Júnior
Flávio Marcos Passos Gomes Júnior
Janini Selva Ginani
Luana Silveira de Faria
Luciana de Oliveira Fernandes
Marco Antônio Toccolini
Raysa Micaelle dos Santos Martins

Editores:

Antonio Leopoldo Nogueira,
Janini Selva Ginani
Luana Silveira de Faria

Colaboradores:

Bárbara Cristina Marinho Souza
Élida Amorim Valentim Mourão
Estanislene Oliveira Brilhante Silva
Fabiana Sherine Ganem dos Santos

Fernanda Borges Serpa
Fernando Pessoa de Albuquerque
Gabriel Côrtes
Gizeli de Lima
Janini Selva Ginani
Kate Tomé de Sousa
Luana Silveira de Faria
Lucas Felipe Carvalho de Oliveira
Maria Angélica Breda Fontão
Rosiane de Jesus Gomes
Marcelo Alves Miranda
Zaira Zambelli Taveira

Revisão Técnica

Fabiana Sherine Ganem dos Santos
Fernando Pessoa de Albuquerque
Gabriel Côrtes
Janini Selva Ginani
Maria Angélica Breda Fontão
Raysa Martins

Capa:

Grafismo: Maial Paiakan Kaiapó, etnia Kaiapó.
Arte: André Vilarim Muniz

Diagramação e revisão:

All Type Assessoria Editorial EIRELI

Normalização:

Editora MS/CGDI

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS / Ministério da Saúde, – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

83 p. : il.

ISBN 978-85-334-2709-9

1. Saúde Indígena. 2. Análise. 3. Indígenas. I. Título.

CDU 614:354.53

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2019/0084

Título para indexação: Indigenous health: health situation analysis

LISTA DE SIGLAS

SUS – Sistema Único de Saúde

MS – Ministério da Saúde

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

DASI – Departamento de Atenção à Saúde Indígena

DIASI – Divisão de Ações de Saúde Indígena

CGAPSI – Coordenação-Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena

DGESI – Departamento de Gestão da Saúde Indígena (DGESI)

DGISI – Divisão de Gestão das Informações de Saúde Indígena

SasiSUS – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

DSEI – Distritos Sanitários Especiais Indígenas

EMSI – Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena

AIS – Agente de Saúde Indígena

AISAN – Agentes Indígenas de Saneamento

SIASI – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAN – Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação

SESAI-RH – Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos

PMM – Programa Mais Médicos

RIPSA – Rede Interagencial de Informações para Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SGETS – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz

PNCT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose

PNI – Programa Nacional de Imunização

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO I	10
ASPECTOS POPULACIONAIS DOS DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS	
CAPÍTULO II	14
COBERTURA DE ATENDIMENTOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS, FORMAÇÃO E ATENÇÃO DIFERENCIADA	
CAPÍTULO III	18
SAÚDE DA CRIANÇA INDÍGENA	
CAPÍTULO IV	30
AÇÕES DE IMUNIZAÇÃO NA SAÚDE INDÍGENA	
CAPÍTULO V	36
INFECÇÕES DE TRANSMISSÃO PREDOMINANTEMENTE SEXUAL E HEPATITES VIRAIS NOS DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS ENTRE 2015 E 2017	
CAPÍTULO VI	54
PANORAMA DA TUBERCULOSE NO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA	
CAPÍTULO VII	58
ANÁLISE DO ACESSO A SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA BÁSICA NO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA, 2015 A 2017	
CAPÍTULO VIII	64
PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO ÂMBITO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA	
CAPÍTULO IX	70
ANÁLISE DESCRITIVA DOS ÓBITOS POR SUICÍDIO NA POPULAÇÃO INDÍGENA ASSISTIDA PELO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA DE 2010 A 2017	
CAPÍTULO X	77
ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES POR VIOLÊNCIAS CONTRA INDÍGENAS NO PERÍODO 2006 A 2017	

Ao longo do período de 19 anos de criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), instituído pela Lei nº 9.836/1999, muitos avanços foram conquistados. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), promulgada em 2002, formulou os horizontes de trabalho para os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) de todo o Brasil.

A ATENÇÃO PRIMÁRIA DIFERENCIADA em contextos INTERCULTURAIS, com garantia da AUTONOMIA de cuidado, fortalecimento das MEDICINAS TRADICIONAIS combinada com ações de atenção à saúde são alguns dos pilares estabelecidos pela PNASPI.

As ações de saúde são desenvolvidas em TERRITÓRIOS DINÂMICOS pelas EQUIPES MULTIDISCIPLINARES DE SAÚDE INDÍGENA (EMSI), compostas por profissionais de saúde, AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE (AIS) e AGENTES INDÍGENAS DE SANEAMENTO (AISAN), conforme o uso tradicional indígena e com a garantia da participação desse grupo social na definição dos caminhos da política e no acompanhamento das ações desempenhadas pelo CONTROLE SOCIAL.

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), gestora operacional do SasiSUS e guardiã dos princípios da PNASPI, existe há oito anos, por demanda e luta dos Povos Indígenas pelo direito a sua diversidade.

Entender as realidades indígenas a partir de mecanismos próprios dos serviços de saúde, como o monitoramento e a avaliação de indicadores de saúde e de situação epidemiológica, é um desafio constante para o SasiSUS em virtude da magnitude territorial e cultural dos Povos Indígenas.

A cultura da informação e a utilização de dados de saúde para tomada de decisão e planejamento de ações efetivas e integrais no âmbito da saúde indígena têm sido constantemente fortalecidas por intermédio do Sistema de Informações da Saúde Indígena (SIASI). A publicação “Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS” representa o amadurecimento e a reafirmação da importância de um sistema de informações e de saúde diferenciado para contemplar as dinâmicas socioterritoriais próprias dos Povos Indígenas.

Este material tem por objetivo dar visibilidade ao trabalho de 13.914 trabalhadores que atuam diretamente na atenção à Saúde Indígena, dentre eles 7.761 trabalhadores indígenas, que levam atendimento de saúde a 765.600 indígenas que, como Povos Originários do Brasil, têm pleno direito às suas tradições e formas de vida e também a uma atenção à saúde que respeite e fomente sua diversidade e autonomia.

“

“Hoje, os brancos acham que deveríamos imitá-los em tudo. Mas não é o que queremos. Eu aprendi a conhecer seus costumes desde a minha infância e falo um pouco a sua língua. Mas não quero de modo algum ser um deles. A meu ver, só poderemos nos tornar brancos no dia em que eles mesmos se transformarem em Yanomami.”

Davi Kopenawa em: “A queda do Céu”, 2015.

“

“O Bem Viver é buscar a solidariedade e mostrar que isso é possível. Nós, indígenas, não somos um problema, somos a solução. O Brasil tem muito a aprender conosco”

Anastácio Peralta Guarani-Kaiowá, 2016.

Marco Antônio Toccolini
Secretário Especial de Saúde Indígena

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) é a área do Ministério da Saúde (MS) responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua criação, em 2010, originou-se da necessidade de reformulação da gestão da saúde indígena no país, reivindicada pelos próprios indígenas. Assim, a SESAI é uma conquista dos povos indígenas e essa população é a única que conta com um subsistema de atenção à saúde dentro do SUS.

Para implementar o modelo assistencial adotado no SasiSUS, a SESAI executa suas ações por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que se definem como espaços territoriais etnoculturais e populacionais dinâmicos. As ações de atenção primária à saúde indígena e de saneamento básico são realizadas nas terras e territórios onde vivem os povos indígenas e são desenvolvidas respeitando os saberes e as práticas tradicionais de saúde, mediante a organização da rede de atenção integral, hierarquizada e articulada com o SUS. Os territórios sob a responsabilidade de cada DSEI podem abranger mais de um município e/ou Estado.

Os serviços de saúde são prestados a 765.600 indígenas nas suas próprias comunidades, por intermédio das mais de 800 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) vinculadas aos DSEI. Todas essas EMSI contam com Agentes Indígenas de Saúde (AIS) que, além de facilitar a interlocução com outros profissionais, são treinados para prestar serviços de atenção primária à saúde. Essa participação é extremamente relevante, considerando que a SESAI atua com 305 etnias, que falam 274 línguas diferentes e vivem em 5.614 aldeias.

A SESAI conta com uma força de trabalho de aproximadamente 14 mil pessoas, sendo que quase 56% são indígenas, e promove a atenção primária à saúde de maneira participativa e

diferenciada, respeitando as especificidades epidemiológicas e socioculturais dos povos indígenas e articulando saberes no âmbito da atenção à saúde. Além disso, contempla ações de articulação com os serviços de média e alta complexidades, de modo a atender integralmente as necessidades de saúde dos indígenas, assim como o apoio para o acesso desses povos à referida rede de serviços.

Em sua atuação, a SESAI leva em consideração a diversidade das medicinas tradicionais indígenas, à qual requer que estratégias de articulação entre e o sistema oficial de saúde e os saberes e práticas indígenas sejam elaboradas no âmbito local, a partir do diálogo intercultural estabelecido com os diferentes sujeitos e comunidades indígenas, de modo a contemplar suas especificidades epistêmicas.

A SESAI garante a participação indígena nos órgãos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas de saúde, por meio de Conselhos de Saúde Indígena Locais e Nacional, responsáveis por fiscalizar, debater e apresentar propostas para o fortalecimento da saúde de suas comunidades.

Outra importante ação desempenhada pela SESAI diz respeito às edificações e saneamento em terras indígenas, bem como a garantia de logística de transporte, comunicação e gestão de insumos e medicamentos. Com isso, essa Secretaria é a única instituição que alcança quase a totalidade de comunidades indígenas do Brasil, mesmo com as dificuldades de acesso e do amplo escopo de trabalho, que vai desde prestar serviços de saúde aos indígenas que vivem em áreas de acesso terrestre até a promoção de entornos saudáveis para povos isolados e ações de saúde para indígenas de recente contato.

Os dados utilizados para as análises são, majoritariamente, provenientes do Sistema de Informação da Atenção à Saúde

Indígena (SIASI), sob a gerência da SESAI/MS. O SIASI compila dados demográficos e de saúde com base territorial como DSEI, Polo Base, Aldeia, Etnia, Município e Estado. O sistema também possui módulos específicos para a coleta de informações referentes à saúde das mulheres, vigilância alimentar e nutricional, saúde bucal, ações coletivas preventivo-educativas, além de óbito e morbidades. Cabe ressaltar que a SESAI tem atuado com sucesso no sentido de ampliar e qualificar a inserção dos dados no SIASI. Porém, ainda se verifica subenumeração de eventos de interesse. Por isso, excepcionalmente para algumas análises, foram utilizados dados provenientes de instrumentos primários de coleta enviados pelos DSEI.

Além do SIASI, outros sistemas de informação coordenados pelo MS foram utilizados para análise, em especial o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN).

Dessa forma, o documento está organizado em duas partes. A primeira contempla os dados demográficos da população indígena assistida pelo SasiSUS e a análise referente à cobertura de atendimentos realizados pelas EMSI; a segunda parte trata das análises de dados de saúde e ações realizadas pela SESAI, para a promoção da saúde e a prevenção das doenças.

Entende-se que a produção do conhecimento contribui para o fortalecimento técnico e para o aumento da capacidade analí-

tica dos profissionais envolvidos, além de promover a melhoria da qualificação dos sistemas de informação em saúde e promover o debate sobre as ações de saúde.

A presente publicação é uma importante parte desse processo e pretende fornecer subsídios ao aperfeiçoamento das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e Controle Social Indígena, tanto no âmbito do SasiSUS quanto no âmbito geral do SUS.

Nesse amplo contexto, e com vistas à divulgação das informações resultadas da análise da situação de saúde dos povos indígenas brasileiros que vivem em terras e territórios indígenas, apresentamos o documento “Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS”, publicação da SESAI sob a responsabilidade da Divisão de Ações de Saúde Indígena (DIASI), da Coordenação-Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena (CGAPSI) e do Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI) em parceria técnica com a Divisão de Gestão das Informações de Saúde Indígena (DGISI) do Departamento de Gestão da Saúde Indígena (DGEI). O público-alvo são gestores, profissionais de saúde do SasiSUS, academia e, principalmente, os povos originários do Brasil.

ASPECTOS POPULACIONAIS DOS DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS

A demografia fornece elementos fundamentais à interpretação de dados de saúde, sejam eles de incidências ou decoberturas de serviços. Além disso, indicadores de qualidade de vida, como a taxa de mortalidade infantil e a esperança de vida, são instrumentos-chave para a caracterização de uma comunidade e para orientar as ações que propiciem melhoria da oferta de serviços públicos essenciais (RIPSA, 2009).

Desde o início da década de 1980, estudos sobre a demografia indígena têm se ampliado por todo o país, com a incorporação de questões mais completas sobre a localização (dentro ou fora de terras indígenas) e ancestralidade dos autodeclarados indígenas (povo ou etnia de origem) no Censo 2010. Se compararmos os dados dos censos anteriores, a população autodeclarada indígena apresenta um forte crescimento entre os censos de 1991, 2000 e 2010 – aproximadamente 250% e aprox. 11%, respectivamente (IBGE, 2012).

Para a construção desta publicação, foi utilizada uma base de dados extraída do SIASI em junho de 2018, com informações preliminares referentes à população viva e presente nas comunidades em 31/12/2017. Para a limpeza e a consolidação dos dados, foi utilizado o *software* ©Microsoft Excel, versão Professional Plus 2016; e para as construções gráficas, os aplicativos em versão gratuita ©Infogram e ©QGIS 2.18.21.

Para fins de população, foram considerados os registros de indígenas e não-indígenas habitantes de comunidades cadastradas no SIASI. A retirada de duplicidades consistiu no cruzamento das variáveis relacionadas ao nome do indígena, nome da mãe e data de nascimento. Foram identificados 765.600 registros de pessoas cadastradas no SIASI no ano de 2017, sendo 98,2% indígenas e 1,8% não-indígena.

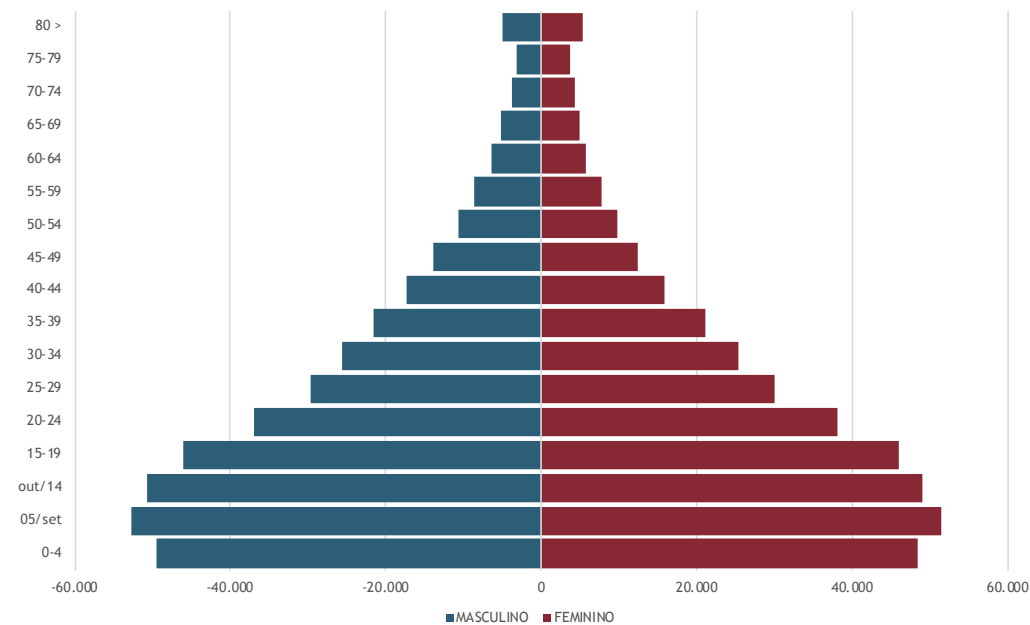
DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA E POR SEXO DA POPULAÇÃO ATENDIDA PELOS DSEI EM 2017

Os desafios para trabalhar demografia nas populações indígenas podem ser refletidos na forma apresentada na pirâmide etária da população (Gráfico 1), sugerindo uma alta taxa de natalidade, o que garante uma base larga à pirâmide, demonstrando uma população em pleno crescimento. Enquanto isso, a população jovem apresenta uma redução significativa nas faixas etárias de 15 a 30 anos, sugerindo uma alta taxa de mortalidade ou ainda a saída de muitos indígenas dessas faixas das terras e territórios indígenas.

De acordo com a população cadastrada no SIASI, a razão dos sexos calculada é de 102,3, obedecendo os padrões da popu-

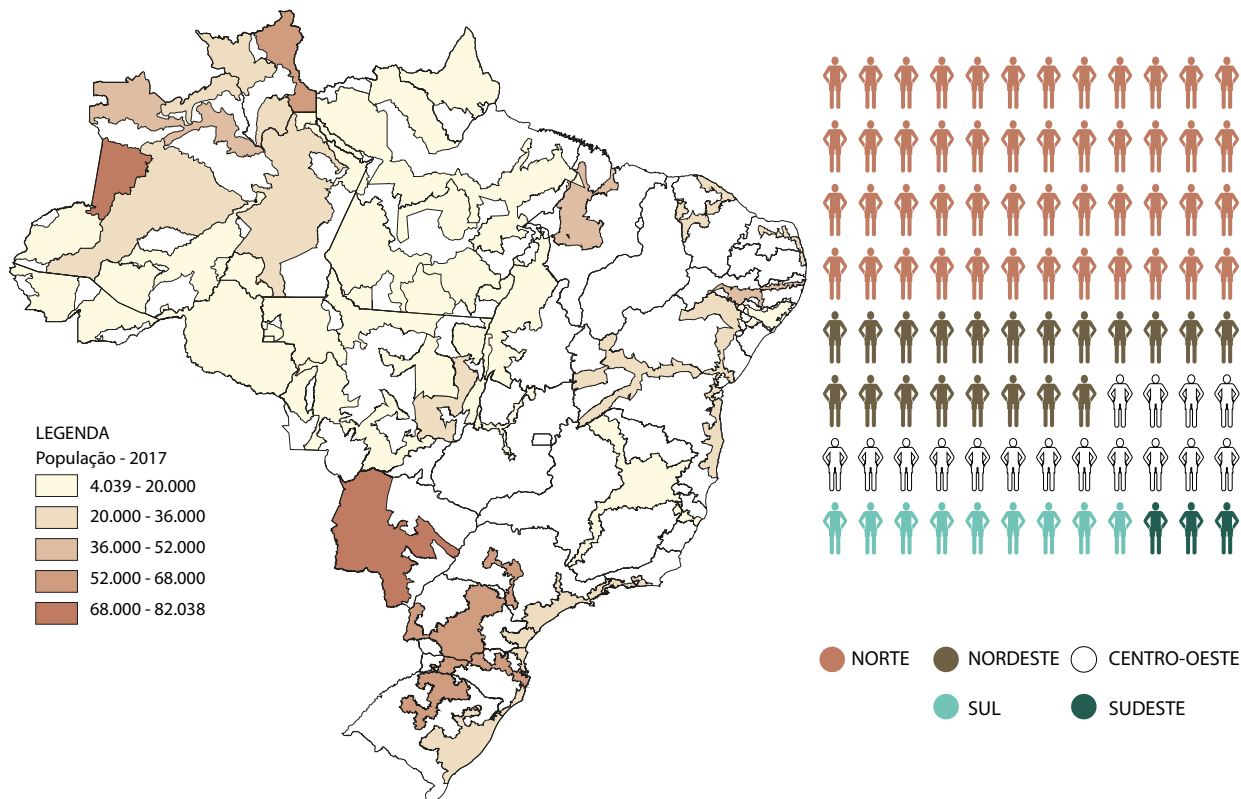
lação da Amazônia Legal e os demais Estados do Centro-Oeste brasileiro. O DSEI Interior Sul, excepcionalmente, apresenta razão superior (101,1) à da população geral da região Sul (96,3). A população atendida está cadastrada em quase todos os Estados da Federação, exceto no Piauí e Distrito Federal. A Região Norte representa cerca de 49,7% do total, seguida da Região Nordeste com aproximadamente 21% da população. Dos 34 DSEI, 59% possuem uma densidade populacional inferior a 20 mil habitantes e 50% da população total aldeada encontra-se nos Distritos do Mato Grosso do Sul, Alto Rio Solimões, Interior Sul, Leste de Roraima, Alto Rio Negro, Pernambuco e Maranhão (Figura 1).

Gráfico 1 – Pirâmide Etária dos Povos Indígenas Assistidos pelo SasiSUS, Brasil, 2017



Fonte: DGISI/DGESI/SESAI/MS. Dados sujeitos à alteração.

Figura 1 – Densidade Populacional dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas por Região, Brasil, 2017



Fonte: DGISI/DGESI/SESAI/MS. Dados sujeitos à alteração.

Figura 2 – Distribuição Populacional por Etnia, Brasil, 2017



Fonte: DGSI/DGESI/SESAI/MS. Dados sujeitos à alteração.

Apesar do grande número de etnias registrada no SIASI, cerca de 92% delas representam menos de 1% da população cadastrada. As etnias Kaingang e Ticuna (Figura 2) abrangem, cada, cerca de 7,6% da população do SIASI, enquanto etnias como os Zuruahã, por exemplo, apresentam pouco mais de 150 representantes (~0,0002%).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento sobre os aspectos demográficos da população permite a elaboração de políticas públicas orientadas, não somente por taxas tradicionalmente utilizadas, mas também pelo próprio conhecimento das características de envelhecimento e fecundidade das comunidades.

Com uma estrutura populacional predominantemente jovem, em oposição à população em envelhecimento nacional, apresenta-se um desafio e também possibilidades de aproveitamento das experiências nacionais e internacionais na garantia

Independentemente de atender uma ou dezenas de etnias, os DSEI obedecem a critérios étnicos, territoriais, epidemiológicos, de disponibilidade dos serviços de saúde e distribuição tradicional dos povos, como dispõe a PNASPI, não coincidindo necessariamente com os limites de Estados e municípios para a conformação de seus territórios.

de melhores condições de vida para os povos indígenas por intermédio da oferta de serviços básicos de saúde.

Muitos são os desafios sobre a cobertura dos eventos e o acompanhamento da mobilidade étnica nos territórios. Esses estão entre os principais esforços necessários aos próximos anos, assim como a integração com outros órgãos e setores públicos para a criação de um perfil demográfico indígena mais completo e detalhado.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 725-733, 2003.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil) (Funasa). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.

IBGE. **Censo 2010**. 2012. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>>. Acesso em: 17 out. 2018.

PEREIRA, N. O. M. **Caderno Temático**: Populações Indígenas/Atlas Nacional Digital do Brasil. Versão Digital, 2016. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/atlas_nacional>. Acesso em: 17 out. 2018.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE (RIPSA). **Demografia e saúde**: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. 144 p.

TEIXEIRA, P.; THERESE MAINBOURG, E. M.; BRASIL, M. Migração do povo indígena Sateré-Mawé em dois contextos urbanos distintos na Amazônia. **Caderno CRH**, Salvador, v. 22, n. 57, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=347632179008>>. Acesso em: 17 out. 2018.

WONG, L. L. R.; MORELL, M. G. G.; CARVALHO, R. L. Notas sobre o comportamento reprodutivo da população autodeclarada indígena: Censos demográficos 1991 e 2000. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 26, n. 1, p. 61-75, 2009.

COBERTURA DE ATENDIMENTOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS, FORMAÇÃO E ATENÇÃO DIFERENCIADA

Este capítulo tem por objetivo apresentar e discutir dados sobre a cobertura de atendimentos de atenção primária à saúde realizados pelas EMSI nos territórios de abrangência dos 34 DSEI, por categoria profissional e faixa etária entre os anos de 2014 a 2018 (parcial), além de descrever as ações realizadas pela SESAI para ampliar a oferta de serviços de saúde aos povos indígenas.

RESULTADOS

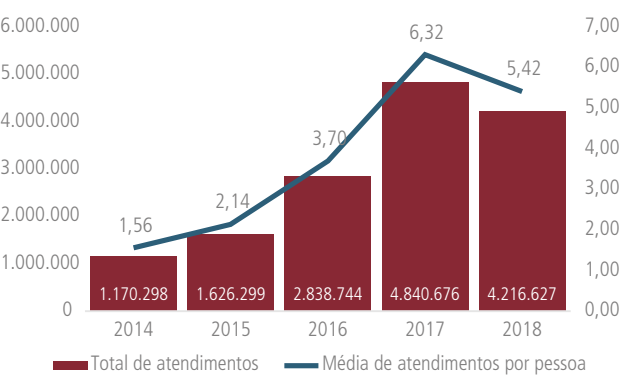
De 2014 a setembro de 2018, as EMSI realizaram quase 15 milhões de atendimentos, considerando atendimento o encontro entre o profissional de saúde (incluindo Agentes Indígenas de Saúde – AIS), e o usuário. Conforme a metodologia de cálculo adotada, não é considerado o número de procedimentos realizados pelo trabalhador de saúde.

Considerando o universo total de 14.692.644 de atendimentos em quase cinco anos, percebe-se que a média de atendimen-

Os dados apresentados foram extraídos no mês de outubro de 2018 e são provenientes dos formulários de atendimento de atenção primária utilizados pelas EMSI e inseridos no SIASI.

tos por habitante aumentou quase quatro vezes (Gráfico 2), passando de 1,56 atendimentos por habitante em 2014 para 6,32 em 2017. O maior incremento no volume de atendimentos por pessoa ocorreu entre os anos de 2016 e 2017, passando de 2.838.744 para 4.840.676 atendimentos (aumento de aproximadamente 70%). Até setembro de 2018 o número de atendimentos registrados no SIASI foi de 4.216.627, e, mesmo com as notificações ainda em curso, estima-se que os dados observados em 2017 sejam superados.

Gráfico 2 – Total e média de atendimentos por habitante do SasiSUS de 2014 a 2018, Brasil



Fonte: SIASI/SESAI/MS. Data de extração: 10/10/2018. Anos de 2017 e 2018.
*dados preliminares sujeitos à alteração em virtude de novas inserções de dados.

A análise de atendimentos por categoria profissional demonstra que, para todos os anos, as categorias de técnicos ou auxiliares de enfermagem apresentam a maior média de atendimentos realizados por habitante (Tabela 1), seguidas da categoria de AIS. Dentre as categorias de nível superior, destacam-se os atendimentos de enfermagem (0,96 atendimentos/hab., em 2018), seguidos de atendimentos médicos (0,29 atendimento/hab., em 2018).

Tabela 1 – Atendimentos por categoria profissional, Brasil 2018

ANO	2014		2015		2016		2017		2018	
CATEGORIA PROFISSIONAL	Nº atendimentos	Média atendimentos/hab.	Nº atendimentos	Média atendimentos/hab.	Nº atendimentos	Média atendimentos/hab.	Nº atendimentos	Média atendimentos/hab.	Nº atendimentos	Média atendimentos/hab.
Técnicos(as) ou auxiliares de enfermagem	605.173	0,81	730.665	0,96	1.191.061	1,55	1.974.661	2,58	1.687.204	2,17
Agentes indígenas de saúde	174.395	0,23	414.645	0,55	738.323	0,96	1.383.496	1,81	1.088.675	1,4
Enfermeiros(as)	272.150	0,36	310.247	0,41	578.549	0,75	824.611	1,08	748.728	0,96
Médicos(as)	61.945	0,08	85.573	0,11	152.127	0,2	248.798	0,32	222.493	0,29
Cirurgiões(ões)-dentistas	29.350	0,04	36.597	0,05	77.115	0,1	151.140	0,2	177.292	0,23
Técnicos(as) ou auxiliares de saúde bucal	11.161	0,01	23.273	0,03	53.721	0,07	143.377	0,19	159.866	0,21
Outras categorias profissionais	9.620	0,01	9.810	0,01	22.746	0,03	52.141	0,07	69.345	0,09
Nutricionistas	4.559	0,01	10.831	0,01	14.960	0,02	45.496	0,06	37.100	0,05
Psicólogos(as)	1.945	0	4.658	0,01	10.142	0,01	16.956	0,02	25.924	0,03

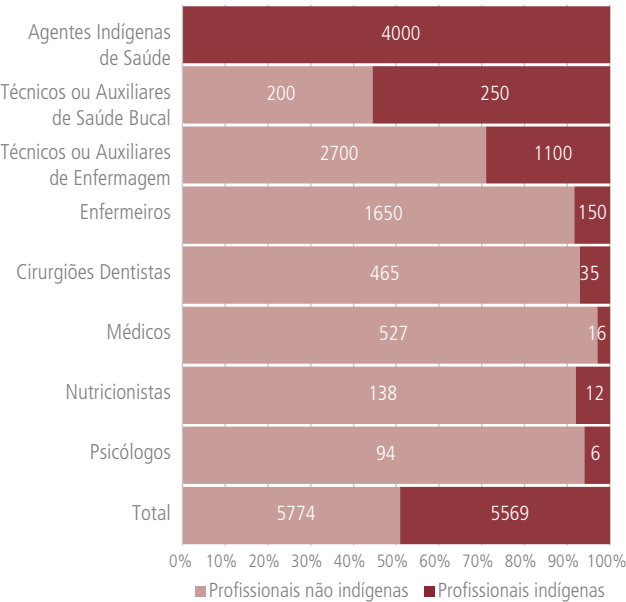
Fonte: SIASI/SESAI/MS. Data de extração: 10/10/2018. Anos de 2017 e 2018.
*dados preliminares sujeitos à alteração em virtude de novas inserções de dados.

De acordo com o Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (SESAI-RH), sistema adotado pela SESAI para o acompanhamento e gestão da força de trabalho contratada que atua nos DSEI, o SasiSUS conta atualmente com quase metade da força de trabalho indígena – 49,1% – (Gráfico 3), sendo que dentre as categorias profissionais destacam-se: 100% de AIS indígenas; aproximadamente 56% dos técnicos ou auxiliares de saúde bucal indígenas; 30% de técnicos ou auxiliares de enfermagem indígenas e 8,5% de enfermeiros indígenas. A presença de profissionais indígenas potencializa a promoção da atenção à saúde de maneira participativa e diferenciada,

contudo ainda permanece o desafio de ampliar a participação indígena entre as categorias profissionais de nível superior.

Importante constatação foi o impacto positivo da implantação do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), iniciado em 2013. Dos 543 médicos em atuação na saúde indígena, 372 (68%) são provenientes desse Programa. O PMM permitiu acesso ampliado, qualificado e contínuo a territórios que nunca tinham sido assistidos por médicos, em virtude da dificuldade de fixação desse profissional.

Gráfico 3 – Percentual de profissionais indígenas atuantes no SasiSUS, Brasil, 2018



Quanto aos atendimentos por faixa etária, os dados demonstram que a faixa etária com maior cobertura é a faixa de zero a quatro anos, o que coaduna com a estratégia prioritária da SESAI referente à saúde das crianças indígenas (Tabela 2 e Gráfico 4). A faixa etária de pessoas com 60 anos ou mais é a segunda com maior cobertura por atendimentos, seguida da faixa etária de cinco a nove anos, 20 a 29, 30 a 59 e, por último, a de dez a 19 anos.

Tabela 2 – Média de atendimentos realizados no âmbito do SasiSUS por faixa etária, Brasil, 2014-2018

Faixa etária	Média de atendimentos				
	2014	2015	2016	2017	2018
0 a 4 anos	2,75	3,74	6,63	10,95	9,35
10 a 19 anos	1,01	1,39	2,36	4,20	3,71
20 a 29 anos	1,50	2,03	3,51	5,74	4,80
30 a 59 anos	1,23	1,68	2,84	5,32	4,91
5 a 9 anos	1,57	2,16	3,70	5,97	5,22
60 anos ou mais	2,28	3,30	5,56	9,06	7,59

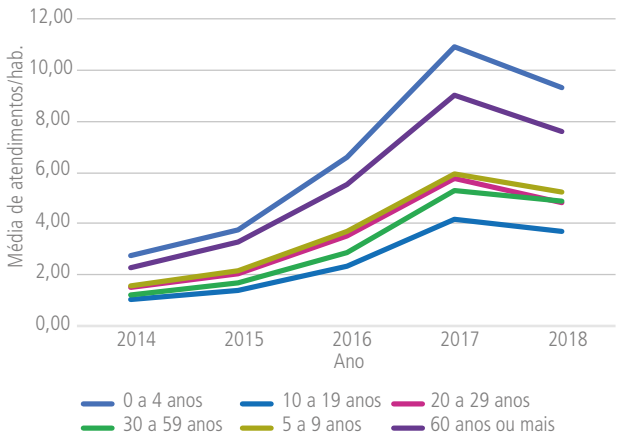
Fonte: SIASI/SESAI/MS. Data de extração: 10/10/2018. Anos de 2017 e 2018*
*dados preliminares sujeitos à alteração em virtude de novas inserções de dados.

As informações sobre assistência à saúde evidenciam o avanço da SESAI em relação ao número de atendimentos na atenção primária realizados pelas EMSI. Para além disso, a SESAI tem

igualmente buscado ampliar a oferta de ações complementares de atenção média e especializada diretamente nas terras e territórios indígenas, por intermédio do Programa SESAI em Ação, que viabiliza ações por meio de parcerias com organizações não governamentais e governamentais. São procedimentos realizados por médicos e dentistas voluntários que prestam atendimentos especializados nas áreas de ortopedia, oftalmologia, ginecologia, odontologia, ampliando o acesso a procedimentos mais complexos, principalmente em locais de difícil acesso ou com grande dispersão territorial da população.

Além da dispersão territorial e da ampliação da resolutividade em área, outro desafio constante para o aprimoramento das ações de saúde no âmbito do SasiSUS diz respeito à qualificação das equipes para atuação em contexto intercultural e realização de atendimentos orientados pela perspectiva da integralidade, passando do cuidado centrado na doença para a visão ampliada de saúde, com fomento à promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos.

Gráfico 4 – Evolução temporal da média de atendimentos realizados no âmbito do SasiSUS por faixa etária, Brasil, 2014-2018



Fonte: SIASI/SESAI/MS. Data de extração: 10/10/2018. Anos de 2017 e 2018*
*dados preliminares sujeitos à alteração em virtude de novas inserções de dados.

Nesse sentido, a SESAI propõe ações territorializadas, fundamentadas no reconhecimento dos determinantes sociais do processo saúde-doença e considerando a perspectiva tradicional dos povos indígenas. O módulo “Saúde Indígena: Interculturalidade em Rede”¹, disponível na plataforma AVASUS/SGETS, desde 2018, é ofertado aos trabalhadores da SESAI como parte do processo de educação permanente e procura expressar aos trabalhadores esses aspectos centrais preconizados pela PNASPI.

1 Disponível no site: <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=230>

Cabe ressaltar que o curso possui acesso livre e contempla todos os trabalhadores da SESAI que, ao se inscreverem, passam a conhecer parte do SasiSUS e algumas das especificidades presentes no trabalho da SESAI. Sensibilizar a RedeSUS para as especificidades indígenas é essencial para garantir tratamento equânime integral para os indígenas. Após três meses do lançamento, o curso superou 2.000 inscritos e possui, até o momento (novembro de 2018), 1.109 pessoas certificadas.

Outra importante ação para a qualificação das ações do Subsistema diz respeito à formação dos AIS e AISAN. Em parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS) e a Fundação Osvaldo Cruz do Mato Grosso do Sul (Fiocruz-MS), a SESAI iniciou o Programa de Formação de AIS e de AISAN, que visa a capacitar cerca de sete mil indígenas em todo o país e teve início em junho de 2018. Os primeiros DSEI com oferta de vagas foram os localizados na região do Amazonas: Alto Rio Negro, Alto Rio Solimões, Médio Rio Purus, Médio Rio Solimões e Afluentes, Parintins, Manaus e Vale do Javari. Com carga horária de 500 horas para AIS e de 420 horas para AISAN, o curso intercala momentos de concentração e de dispersão nas aldeias, onde os agentes desenvolvem atividades relacionadas aos conteúdos aprendidos nas aulas, contando com apoio de supervisor de campo.

Ainda como estratégia de qualificação do atendimento às crianças indígenas, entre 2012 e setembro de 2018, a SESAI fomentou a formação de profissionais de saúde dos DSEI na Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Nesse período, 2.287 trabalhadores foram qualificados e, atualmente, 107 trabalhadores dos DSEI são multiplicadores da estratégia, que permite qualificar a avaliação, classificar e tratar precocemente as principais doenças e fatores de risco que afetam as crianças.

Em 2018, também foram realizadas 456 ações presenciais de educação permanente programadas pelos DSEI, que dispõem de recurso específico destinado à formação de seus quadros de trabalho, em consonância com a Diretriz 4.2 da PNASPI, sobre preparação de recursos humanos para a atuação em contexto intercultural.

O diálogo intercultural na atenção à saúde é o caminho para o fortalecimento, aprimoramento e consolidação do SasiSUS. Estabelecido esse processo, a troca de conhecimentos entre EMSI e indígenas é enriquecedora e promove a transformação mútua, sem alterar a essência de cada indivíduo.

SAÚDE DA CRIANÇA INDÍGENA

Entre os determinantes mais importantes da nutrição infantil, destaca-se a nutrição materna, tendo em vista que estudos demonstram uma relação direta no estado nutricional da criança com o estado nutricional da mãe, levando a uma reflexão quanto ao caráter intergeracional do problema, o que reforça a importância da boa nutrição durante os primeiros mil dias, que vão da concepção até o fim do segundo ano de vida (CUNHA; LEITE; ALMEIDA, 2015; ORELLANA et al., 2017).

Uma alimentação inadequada e a falta de estímulos para o desenvolvimento saudável durante esse período podem ter um impacto profundo no desenvolvimento integral da criança, repercutindo de forma negativa nas condições de vida de uma população exposta aos determinantes sociais, econômicos e ambientais.

ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE GESTANTES INDÍGENAS

Essa ação prioritária possibilita prevenir e detectar precocemente complicações e agravos maternos e fetais, assegurando o desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos decorrentes da gestação.

A avaliação do estado clínico e nutricional da gestante possibilita identificar oportunamente grávidas com ganho de peso insuficiente ou excessivo, gestações de risco e inadequações de peso ao nascer, oportunizando a intervenção adequada precocemente. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde preconizam a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal ao longo da gestação.

O parto e o nascimento são acontecimentos de cunho sexual, familiar, social, cultural e fisiológico. Eles fazem parte de um universo essencial à diferenciação de um povo e compõem parte do que determina sua especificidade étnica e cultural. A atenção ao pré-natal deve estar baseada no diálogo intercultural, considerando os cuidados indígenas na gravidez e estimulando a aproximação entre os modelos indígenas e biomédico

A atenção à saúde indígena deve priorizar estratégias que fortaleçam o cuidado das mulheres e das crianças, promovendo a nutrição e o desenvolvimento saudáveis e adotando um modelo complementar e diferenciado, que considere os saberes e práticas indígenas de cuidado da gestação, do nascimento e da infância.

O presente capítulo traz uma análise descritiva da situação dos indicadores de saúde acompanhados pela SESAI: atenção ao pré-natal, estado nutricional de crianças e gestantes e a situação de óbitos em crianças menores de cinco anos, permitindo identificar as principais causas que comprometem a saúde das crianças indígenas. Os dados foram extraídos exclusivamente do SIASI, que passou por um importante processo de qualificação nos últimos anos.

e a troca de saberes entre os profissionais de saúde, parteiras e outros cuidadores indígenas.

Para a análise descritiva das consultas de pré-natal realizadas pelos DSEI, utilizou-se as consultas registradas no SIASI no período de 2015 a 2017. Foram consideradas as gestantes indígenas entre dez e 49 anos, que tiveram a gestação finalizada em cada um dos três anos, exceto as gestações que finalizam por aborto. Para definição do número de consultas de pré-natal, foram contabilizadas apenas aquelas realizadas por médico e/ou enfermeiro.

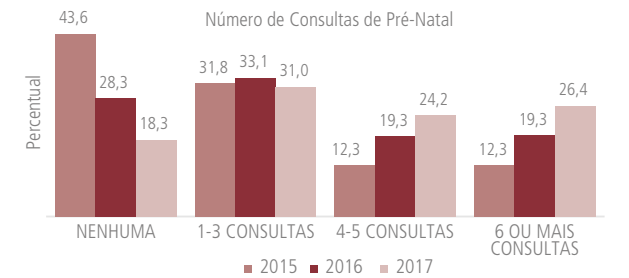
No período analisado, foram registradas 57.663 gestações finalizadas. Dessas, 17.868 foram no ano de 2015; 19.126, em 2016; e 20.669, em 2017. No ano de 2015, a quantidade de grávidas que não tiveram consultas de pré-natal registradas foi de 7.791 (43,6%); as que tiveram de uma a três consultas, 5.690 (31,8%); de quatro e cinco consultas, 2.196 (12,3%). Apenas 2.191 (12,3%) das grávidas tiveram de seis ou mais consultas de pré-natal registradas no SIASI durante todo o período de gestação.

No ano de 2016, a quantidade de grávidas registradas sem consulta de pré-natal foi de 5.419 (28,3%); as que realizaram entre uma e três consultas de pré-natal, 6.407 (33,1%); de quatro a cinco consultas, 3.682 (19,2%); e o número de grávidas que realizaram entre seis ou mais consultas de pré-natal, 3.690 (19,3%).

No ano de 2017, o número de gestantes sem registros de consulta de pré-natal foi de 3.791 (18,3%); realizaram de uma a três consultas, 6.407 (31%) gestantes; e de quatro a cinco consultas, 5.008, (24,2%). Por fim, o número de grávidas que realizou seis ou mais consultas de pré-natal foi de 5.463 (26,4%) (Tabela 3).

Foi identificado, portanto, um aumento no registro de consultas de pré-natal de mulheres indígenas ao longo do período analisado, o que pode ser observado no Gráfico 5, que representa a distribuição do percentual de consultas de pré-natal por gestantes em cada um dos três anos.

Gráfico 5 – Percentual de gestantes indígenas atendidas pelo SasiSUS que tiveram consultas de pré-natal, Brasil. 2015 a 2017**



Fonte: SIASI/SESAI/MS.
* Extração dos dados 2015 e 2016 em 06/2018; 2017 extraído em 10/2018
** Dado sujeito à revisão.
n = 57.663

A Tabela 3 apresenta a distribuição das consultas de pré-natal registradas no SIASI referente aos anos analisados, possibilitando a identificação da implementação da cobertura do pré-natal por DSEI.

Tabela 3 – Total de consultas de pré-natal em gestantes indígenas atendidas pelo SasiSUS, por DSEI, nos anos de 2015 a 2017, Brasil

DSEI	Nenhuma			1-3 consultas			4-5 consultas			6 ou mais consultas		
	2015	2016	2017*	2015	2016	2017*	2015	2016	2017*	2015	2016	2017*
Alagoas e Sergipe	157	62	30	22	38	49	31	37	58	82	109	154
Altamira	175	63	77	2	63	65	0	24	10	0	3	2
Alto Rio Juruá	14	104	176	0	0	261	0	3	38	0	3	3
Alto Rio Negro	567	441	255	75	315	497	1	16	40	0	1	7
Alto Rio Purus	224	157	168	121	186	280	20	34	37	4	7	3
Alto Rio Solimões	971	745	278	762	911	544	225	536	753	241	528	944
Amapá e Norte do Pará	128	173	157	154	154	192	43	65	52	21	31	18
Araguaia	129	66	21	3	27	43	4	35	68	0	22	40
Bahia	136	98	90	40	56	97	21	44	98	15	60	113
Ceará	269	139	136	144	88	95	53	111	90	88	205	173
Cuiabá	3	7	8	56	64	24	70	71	58	83	68	88
Guamá-Tocantins	93	151	82	126	104	83	42	57	52	38	63	53
Interior Sul	331	416	486	21	55	95	11	22	42	18	33	90
Kaiapó do Mato Grosso	17	16	4	63	70	7	57	50	70	58	70	106
Kaiapó do Pará	44	4	11	144	40	29	25	93	74	11	79	130
Leste de Roraima	360	403	292	945	1.202	934	342	400	441	154	86	156
Litoral Sul	396	338	239	69	87	105	57	50	40	82	79	101
Manaus	192	154	107	182	226	321	122	175	243	120	132	142
Maranhão	81	84	89	26	79	240	13	9	283	2	8	312
Mato Grosso do Sul	1.122	425	92	138	423	481	116	339	607	160	378	607
Médio Rio Purus	194	28	10	40	72	73	1	74	58	1	59	45
Médio Rio Solimões e Afluentes	308	178	44	470	414	205	107	119	278	29	78	264
Minas Gerais e Espírito Santo	78	56	26	65	53	55	68	78	69	256	230	285
Parintins	18	17	12	397	320	227	93	150	263	28	50	95
Pernambuco	141	214	173	48	67	66	72	80	74	252	336	406
Porto Velho	127	16	44	123	76	65	9	119	88	8	78	114
Potiguará	30	27	41	81	79	63	81	96	110	96	126	134
Rio Tapajós	497	123	37	4	116	149	0	122	161	0	130	167
Tocantins	75	89	28	113	77	82	156	135	134	143	128	197
Vale do Javari	100	32	10	87	62	57	19	61	59	7	51	70
Vilhena	113	11	3	39	29	41	21	76	81	65	103	119
Xavante	121	56	48	464	255	277	185	221	363	111	313	313
Xingu	171	32	31	52	0	49	2	0	21	0	0	6
Yanomami	409	494	486	614	527	556	129	180	95	18	43	6
Total Geral	7.791	5.419	3.791	5.690	6.335	6.407	2.196	3.682	5.008	2.191	3.690	5.463

Fonte: SIASI/SESAI/MS. Extração dos dados 2015 e 2016 em 06/2018; 2017 extraído em 10/2018 e sujeito à revisão.

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DAS GESTANTES INDÍGENAS

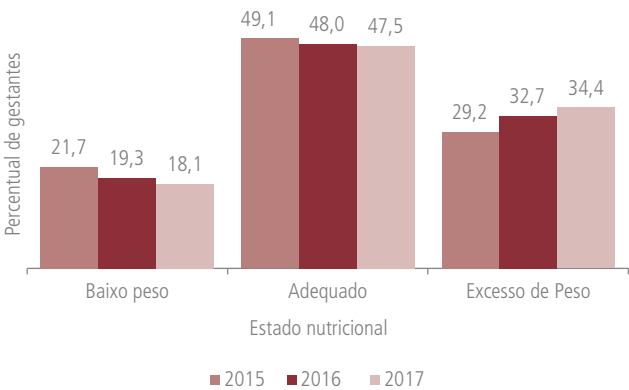
Para a classificação do estado nutricional das gestantes são aferidos o peso e a estatura das mulheres, tendo como parâmetro para a avaliação o Índice de Massa Corporal (IMC) por semana gestacional (BRASIL, 2011; WHO, 1995).

Destaca-se que o ponto de corte para a classificação de baixo peso materno difere do adotado para adultos, sendo essa diferença atribuída aos cuidados necessários para minimizar os riscos de retardo de crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer, prematuridade e outras possíveis complicações maternas e neonatais (WHO, 1995).

Das 57.663 gestantes indígenas que finalizaram a gestação nos três anos analisados, 33.045 (57,3%) realizaram pelo menos um acompanhamento do estado nutricional. Houve crescimento da inserção do acompanhamento no SIASI, com um aumento de 27,4%, em 2015, para 26,4%, em 2017.

O percentual de baixo peso nas gestantes acompanhadas reduziu ao longo dos anos, o que difere do resultado de excesso de peso, que teve um acréscimo de 17,8% no mesmo período (Gráfico 6).

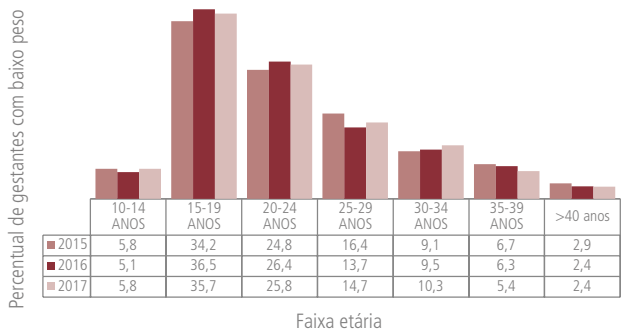
Gráfico 6 – Classificação do estado nutricional das gestantes acompanhadas pelo SasiSUS, segundo IMC gestacional, Brasil, 2015 a 2017



Fonte: SIASI/SESAI/MS. Extração dos dados 2015 e 2016 em 06/2018; 2017 extraído em 10/2018 e sujeito à revisão.
*Excesso de peso: Somatória das gestantes classificadas, segundo IMC gestacional, com sobrepeso e obesidade.

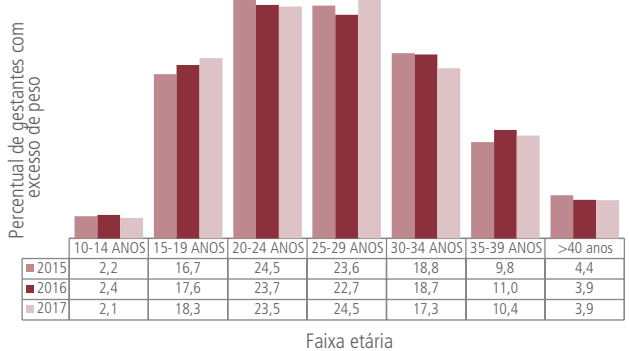
Considerando que o baixo peso e o excesso de peso estão relacionados aos desfechos negativos para a saúde materno-infantil, os gráficos 7 e 8 apresentam a estratificação do percentual de gestantes com baixo peso e excesso de peso por faixa etária.

Gráfico 7 – Percentual de gestantes atendidas pelo SasiSUS com baixo peso para idade gestacional, segundo faixa etária. Brasil, 2015 a 2017



Fonte: SIASI/SESAI/MS. Extração dos dados 2015 e 2016 em 06/2018; 2017 extraído em 10/2018 e sujeito à revisão.

Gráfico 8 – Percentual de gestantes atendidas pelo SasiSUS com excesso de peso para idade gestacional, segundo faixa etária, Brasil, 2015 a 2017



Fonte: SIASI/SESAI/MS. Extração dos dados 2015 e 2016 em 06/2018; 2017 extraído em 10/2018 e sujeito à revisão.

O ano de 2017 teve o maior número de registros de gestantes com acompanhamento nutricional. A Tabela 4 apresenta a estratificação desses dados por DSEI.

Tabela 4 – Número de gestantes com acompanhamento nutricional realizado no âmbito SasiSUS, conforme classificação do estado nutricional, por DSEI. Brasil, 2017

DSEI	Baixo peso	Adequado	Sobrepeso	Obesidade	Gestantes com acompanhamento nutricional realizado	Gestações finalizadas
Alagoas e Sergipe	29	82	65	42	218	291
Altamira	15	41	12	1	69	154
Alto Rio Juruá	16	68	37	11	132	478
Alto Rio Negro	65	174	55	16	310	799
Alto Rio Purus	23	83	37	3	146	488
Alto Rio Solimões	479	1.251	344	83	2.157	2.519
Amapá e Norte do Pará	54	142	69	52	317	419
Araguaia	19	61	45	21	146	172
Bahia	14	41	29	26	110	398
Ceará	70	151	115	71	407	494
Cuiabá	30	69	47	25	171	178
Guamá-Tocantins	31	101	41	17	190	270
Interior Sul	7	16	36	37	96	713
Kaiapó do Mato Grosso	39	95	34	7	175	187
Kaiapó do Pará	27	98	38	9	172	244
Leste de Roraima	207	755	434	151	1.547	1.823
Litoral Sul	17	58	64	52	191	485
Manaus	136	291	132	65	624	813
Maranhão	81	269	193	54	597	924
Mato Grosso do Sul	86	537	440	259	1.322	1.787
Médio Rio Purus	50	88	25	8	171	186
Médio Rio Solimões	152	402	127	53	734	791
Minas Gerais e Espírito Santo	91	174	81	47	393	435
Parintins	114	311	82	17	524	597
Pernambuco	52	135	89	41	317	719
Porto Velho	109	128	43	10	290	311
Potiguará	37	96	86	61	280	348
Rio Tapajós	121	214	66	14	415	514
Tocantins	42	178	119	56	395	441
Vale do Javari	26	104	29	6	165	196
Vilhena	40	102	67	30	239	244
Xavante	35	340	358	200	933	1.001
Xingu	0	0	0	0	0	107
Yanomami	321	267	29	1	618	1.143
Total DSEI	2.635	6.922	3.468	1.546	14.571	20.669

Fonte: SIASI/SESAI/MS. Data da extração realizada em 10/2018. Dados sujeitos à revisão.

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS INDÍGENAS MENORES DE CINCO ANOS

A desnutrição está relacionada a mais de um terço de todas as mortes de crianças no mundo, embora raramente seja listada como a causa direta. O panorama mundial em 2011 indicava que cerca de 101 milhões de crianças menores de cinco anos de idade apresentavam baixo peso (PEREIRA et al., 2017).

O cenário epidemiológico do Brasil apresenta um acelerado crescimento do excesso de peso e de doenças crônicas não transmissíveis, com persistência da desnutrição e seus agravos em populações vulneráveis (ARAÚJO, 2017).

Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006¹, 1,9% de crianças menores de cinco anos apresentou déficit de peso para a idade. Na população indígena, esse déficit foi de 5,9%, conforme apresentando no Inquérito Nacional 2009².

Das 105.912 crianças menores de cinco anos registradas no SIASI em 2015, 49.625 (46,8%) apresentaram pelo menos um acompanhamento no módulo de Vigilância Alimentar e

Nutricional. Em 2016, foram 61.071 (59,6%) das 102.437 crianças menores de cinco anos cadastradas.

Para compor esse grupo amostral, foi realizada uma limpeza no banco do SIASI com a exclusão dos registros que apresentaram valores de peso e estatura considerados biologicamente implausíveis, segundo o *software* WHO Anthro15.

Nesse estudo serão apresentados dados de déficit de peso em crianças indígenas menores de cinco anos em 2015 e 2016, segundo os índices de Peso para Idade (P/I), Estatura para Idade (E/I) e excesso de peso, segundo IMC/I.

Para o ano de 2016, os dados foram agrupados mediante o método estatístico de “Análise de Clusters ou análise de agrupamentos”, classificando as informações referentes às variáveis de acompanhamento nutricional (peso/idade/estatura) das crianças assistidas em cada DSEI por grupos significativamente homogêneos e comparáveis entre si.

Foram adotadas quatro classificações de risco: “muito alta”, “alta”, “média” e “baixa”, com pontos de corte diferenciados para cada variável amostral. A Região Norte apresenta o maior percentual de crianças com muito baixo peso e baixo peso, conforme demonstração na Tabela 5.

1 Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006
2 Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. 2009

Tabela 5 – Distribuição da classificação do estado nutricional de crianças menores de 5 anos, segundo o índice Peso para Idade, por região, SIASI 2015 e 2016

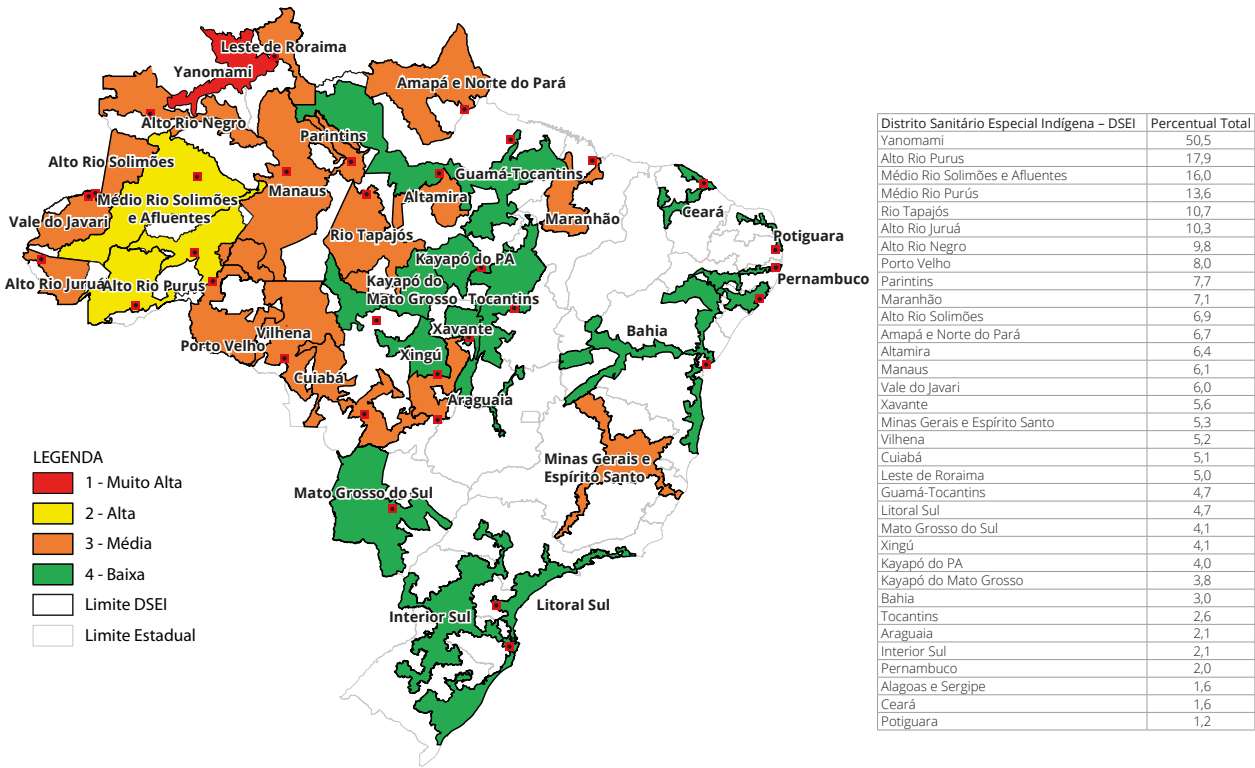
Região	Muito Baixo Peso		Baixo Peso		Peso Adequado		Peso Elevado		Déficit de Peso*	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Centro-Oeste	91 (1,2)	91 (1,0)	322 (4,4)	315 (3,6)	6.805 (92,3)	8.110 (93,3)	153 (2,1)	180 (2,1)	413 (5,6)	406 (4,7)
Nordeste	26 (0,5)	25 (0,4)	93 (1,7)	114 (1,6)	4.941 (89,8)	6.299 (90,2)	443 (8,1)	544 (7,8)	119 (2,2)	139 (2,0)
Norte	1.056 (3,2)	1.391 (3,5)	2.974 (8,9)	3.477 (8,7)	28.891 (86,3)	34.572 (86,3)	553 (1,7)	637 (1,6)	4.030 (12,0)	4.868 (12,1)
Sul/Sudeste	23 (0,7)	42 (0,8)	135 (4,1)	154 (2,9)	3.003 (91,6)	4.955 (93,2)	116 (3,5)	165 (3,1)	158 (4,8)	196 (3,7)
Total Geral	1.196 (2,4)	1.549 (2,5)	3.524 (7,1)	4.060 (6,7)	43.640 (87,9)	53.936 (88,3)	1.265 (2,5)	1526 (2,5)	4.720 (9,5)	5.609 (9,2)

Fonte: SIASI/SESAI/MS. Extração dos dados de 2015 em 06/2018 e 2016 extração dos dados realizada em 02/2018.
*Déficit de peso: somatória das crianças classificadas com muito baixo peso e baixo peso.

A Figura 3 apresenta a distribuição espacial do percentual de déficit de peso dos 34 DSEI no ano de 2016, segundo índice P/I. Dentre os DSEI da Região Norte, destaca-se o DSEI Yanomami

(50,5%), com a classificação “muito alta”, e os DSEI Alto Rio Purus (17,9%), Médio Rio Solimões e Afluentes (16,0%) e Médio Rio Purus (13,6%), com a classificação “alta”.

Figura 3 – Mapa de agrupamentos de déficit de peso segundo indicador Peso para Idade em crianças indígenas menores de cinco anos assistidos pelo SasiSUS. Brasil, 2016



Fonte: SIASI/SESAI/MS, 2016.

Outro índice avaliado para apresentar o déficit de crescimento foi o indicador Estatura para Idade (E/I), observando um percentual de 31% entre as crianças menores de cinco anos acom-

panhadas em ambos os anos. A Região Norte também mantém os percentuais mais elevados de déficit conforme essa variável. (Tabela 6).

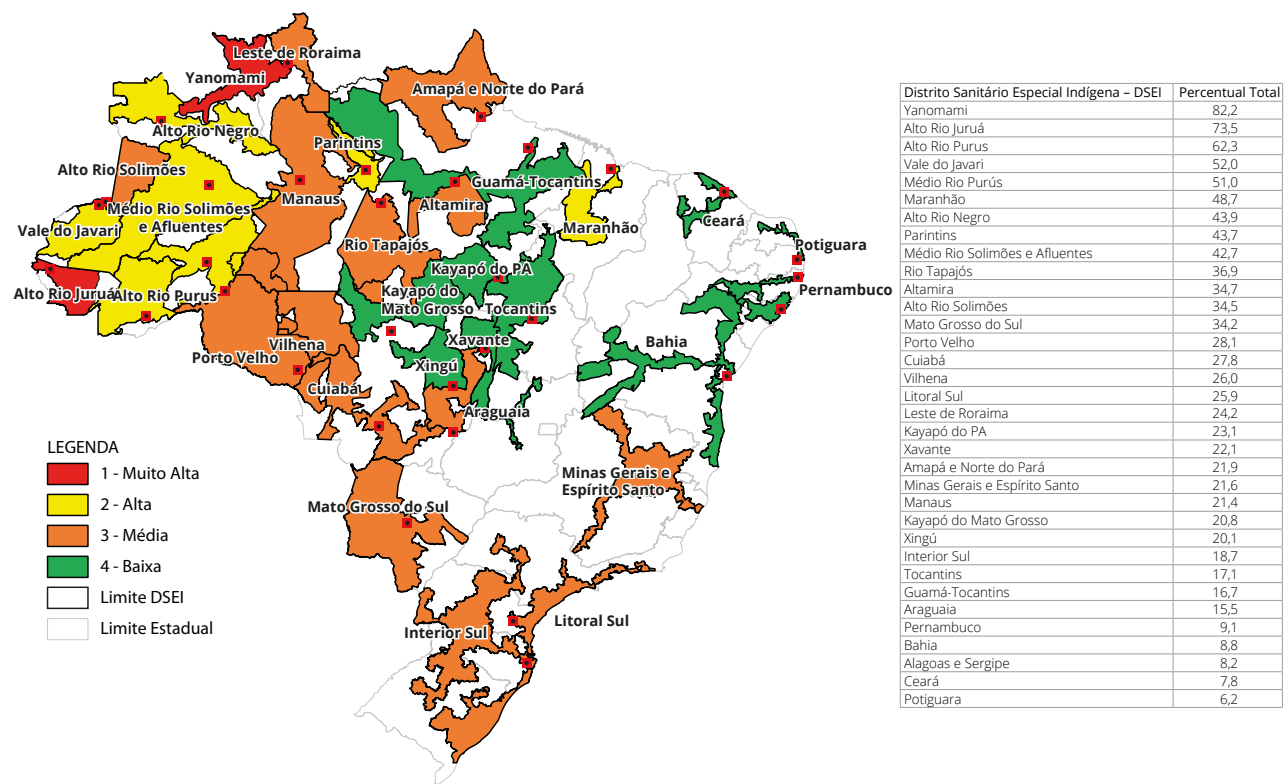
Tabela 6 – Distribuição da classificação do estado nutricional de crianças menores de cinco anos, segundo o índice Estrutura para Idade, por região, SIASI 2015 e 2016

Região	Muito baixa estatura		Baixa estatura		Estatura adequada		Déficit estatural*	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Centro-Oeste	753 (10,2)	872 (10,0)	1.210 (16,4)	1.361 (15,7)	5.408 (73,4)	6.463 (74,3)	1.963 (26,6)	2.233 (25,7)
Nordeste	185 (3,4)	225 (3,2)	308 (5,6)	459 (6,6)	5.010 (91,0)	6.298 (90,2)	493 (9,0)	684 (9,8)
Norte	5.174 (15,5)	6.494 (16,2)	7.348 (22,0)	8.647 (21,6)	20.952 (62,6)	24.936 (62,2)	12.522 (37,4)	15.141 (37,8)
Sul/Sudeste	231 (7,0)	373 (7,0)	438 (13,4)	739 (13,9)	2.608 (79,6)	4.204 (79,1)	669 (20,4)	1.112 (20,9)
Brasil DSEI	6.343 (12,8)	7.964 (13,0)	9304 (18,7)	11.206 (18,3)	33.978 (68,5)	41.901 (68,6)	15.647 (31,5)	19.170 (31,4)

Fonte: SIASI/SESAI/MS. Extração dos dados de 2015 em 06/2018 e 2016 extração dos dados realizada em 02/2018.
* Déficit estatural: somatória das crianças classificadas com muito baixa estatura e baixa estatura.

A distribuição espacial dos DSEI, visualizada na Figura 4, mostra que oito Distritos da Região Norte apresentaram a classificação “muito alta” e “alta” de déficit de estatura.

Figura 4 – Mapa de agrupamentos de déficit de estatura segundo indicador E/I em crianças indígenas menores de cinco anos assistidos pelo SasiSUS. Brasil, SIASI 2016



Fonte: SIASI/SESAI/MS, 2016.

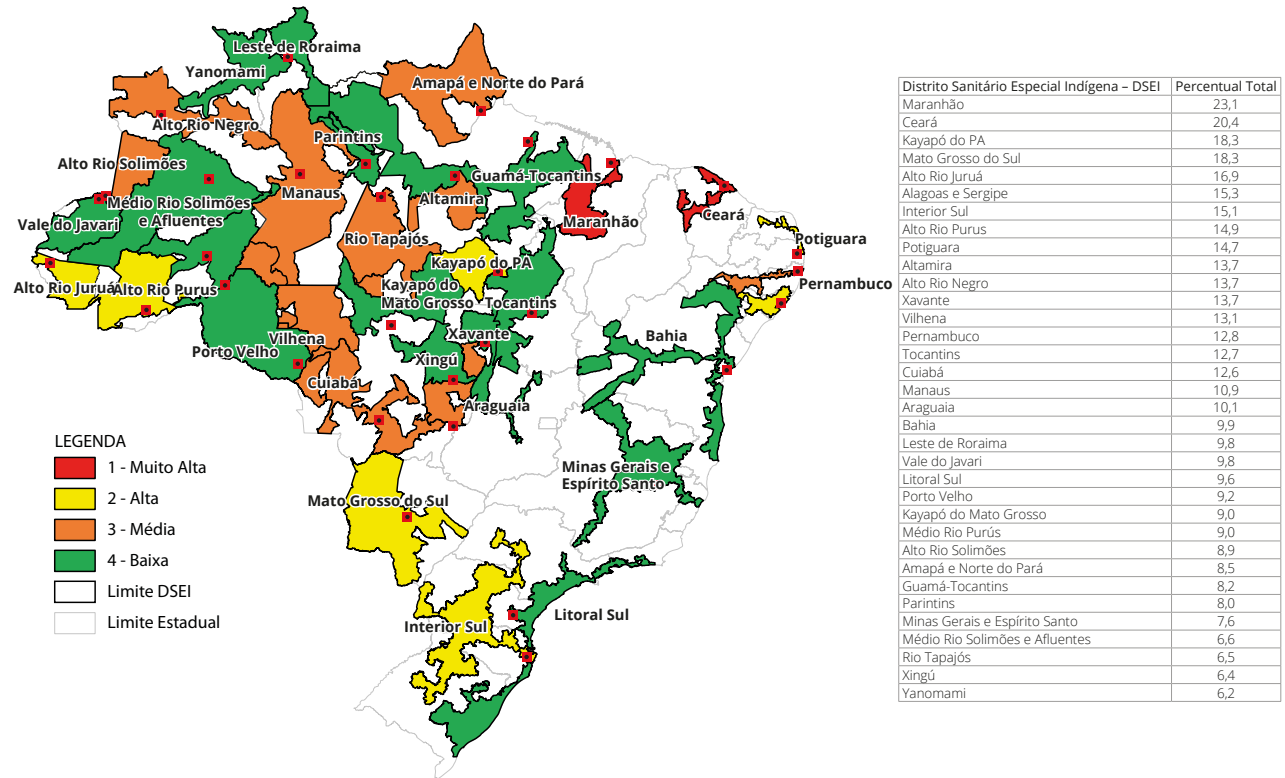
Em paralelo ao déficit nutricional, o excesso de peso também aparece como uma inadequação do estado nutricional das crianças indígenas menores de cinco anos. Nos anos de 2015 e 2016, a média apresentada foi de 11,1% (n: 12.347) das crianças acompanhadas com excesso de peso, com destaque na Região Nordeste, conforme Tabela 7, com destaque nos DSEI Maranhão (23,1%) e Ceará (20,4), conforme distribuição apresentada na Figura 5.

Tabela 7 – Distribuição da classificação do estado nutricional de crianças menores de cinco anos, segundo o índice IMC/idade, por região, SIASI 2015 e 2016

Região	Eutrofia		Sobrepeso		Obesidade		Excesso de peso*	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Centro-Oeste	4045 (54,9)	4884 (56,2)	759 (10,3)	826 (9,5)	304 (4,1)	382 (4,4)	1063 (14,4)	1208 (13,9)
Nordeste	3285 (59,7)	4133 (59,2)	560 (10,2)	702 (10,1)	335 (6,1)	416 (6,0)	895 (16,3)	1118 (16,0)
Norte	21859 (65,3)	26259 (65,5)	2323 (6,9)	2618 (6,5)	956 (2,9)	1190 (3,0)	3279 (9,8)	3808 (9,5)
Sul/Sudeste	2057 (62,8)	3147 (59,2)	278 (8,5)	466 (8,8)	88 (2,7)	144 (2,7)	366 (11,2)	610 (11,5)
Brasil DSEI	31246 (63,0)	38423 (62,9)	3920 (7,9)	4612 (7,6)	1683 (3,4)	2132 (3,5)	5603 (11,3)	6744 (11,0)

Fonte: SIASI/SESAI/MS. Extração dos dados de 2015 em 06/2018 e 2016 extração dos dados realizada em 02/2018.
* Excesso de peso: somatória das crianças classificadas com sobrepeso e obesidade.

Figura 5 – Mapa de agrupamentos de excesso de peso segundo indicador IMC/Idade em crianças indígenas menores de cinco anos assistidos pelo SasiSUS. Brasil, SIASI 2016



Fonte: SIASI/SESAI/MS.

MORTALIDADE EM CRIANÇAS INDÍGENAS MENORES DE CINCO ANOS

A atenção à saúde da criança indígena é um desafio prioritário para a SESA, considerando os indicadores de morbimortalidade entre as crianças menores de cinco anos que se mantêm superiores à média nacional, influenciado pelas condições socioeconômicas, como renda, educação, saneamento básico e água tratada.

A ausência de uma série histórica robusta de dados que permita uma construção de um perfil demográfico e epidemiológico dos indígenas é uma limitação a ser superada, tendo em vista a subnotificação de óbitos e nascimentos no SIASI em alguns DSEI (BRASIL, 2017). O fechamento definitivo dos dados depende das etapas de captação, alimentação e qualificação no sistema.

Para essa análise, foi realizada a descrição dos óbitos de crianças menores de cinco anos na população indígena assistida pelo SasiSUS, no período de 2010 a 2016. As informações foram retiradas do banco de dados do módulo demográfico do SIASI.

Para descrever o perfil da mortalidade em crianças menores de cinco anos, buscou-se o indicador “Mortalidade proporcional por grupos de causas” da RIPSA – 2012, utilizando-se apenas

os óbitos com causas determinadas e excluindo os óbitos com causas maldefinidas (OPAS; RIPSA, 2008). A apresentação da distribuição dos óbitos está de acordo com os grupos de causa básica por capítulos da Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).

Nessa análise, serão apresentadas as proporções por faixa etária, ano de ocorrência do óbito, mortalidade proporcional por grupos de causa, por componentes da mortalidade infantil (neonatal precoce, neonatal tardia e pós-neonatal) e classificação de evitabilidade.

No que tange à classificação de evitabilidade dos óbitos, adotou-se a Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil³ (MALTA et al., 2007).

³ Esse método de classificação considera como causas de morte aquelas que a evitabilidade depende da tecnologia disponível no Brasil, da tecnologia ofertada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e da tecnologia acessível pela maioria da população brasileira. As causas de mortes evitáveis ou reduzíveis são definidas como aquelas preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época.

Foram analisados os óbitos categorizados como investigados no SIASI nos anos de 2013 a 2016, período em que houve na SESAI o fortalecimento das ações de vigilância do óbito.

Os óbitos gerais e óbitos infantis em menores de um ano e de um a quatro anos, por ano de ocorrência no período de 2010 a 2016, e a proporção relacionada aos óbitos gerais, estão apresentados na Tabela 8. Nesse período, há uma pequena diminuição na proporção dos óbitos de menores de cinco anos em relação aos óbitos gerais, tanto entre menores de um ano, de 24,9% para 20,2%, quanto de um a quatro anos, de 10,6% para 8,9%.

Tabela 8 - Percentual de óbitos em crianças indígenas menores de 5 anos assistidas pelo SasiSUS, em relação a óbitos gerais. Brasil, 2010 e 2016

Ano	Óbitos Gerais	Óbitos <1 ano		Óbitos 1 a 4 anos	
	n°	n°	%	n°	%
2010	2804	697	24,9%	296	10,6%
2011	2649	697	26,3%	238	9,0%
2012	2806	709	25,3%	242	8,6%
2013	2473	604	24,4%	247	10,0%
2014	2586	674	26,1%	252	9,7%
2015	2808	562	20,0%	214	7,6%
2016	2900	585	20,2%	257	8,9%
Total	19.026	4.528	-	1.746	-

Fonte: SIASI/SESAI/MS. Data da extração realizada em: 21/6/2018.

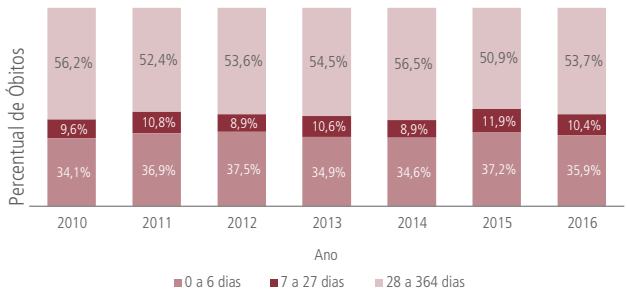
Quanto ao componente de mortalidade infantil, o componente neonatal precoce (zero a seis dias de vida) representa cerca de 35,9% dos óbitos (n:1.624) e o componente neonatal tardio (de sete dias a menos de 28 dias) 10,1% (n: 457). Destaca-se que cerca de 54% (n: 2.433) dos óbitos ocorreram no componente pós-neonatal (28 dias a menores de um ano).

Para a análise de “Mortalidade proporcional por grupos de causas”, foram avaliados 5.058 óbitos (menores de um ano: 3.697; e um a quatro anos: 1.361), excluídos os óbitos com causas mal-definidas e os capítulos XIX e XXI.

Entre os menores de um ano, observou-se que 27,7% (n:1.023) dos óbitos foram por “doenças do aparelho respiratório”; 23,8% (n:879), por “algumas afecções originadas no período perinatal”; e 13,8% (n:507), por “algumas doenças infecciosas e parasitárias”. Nas crianças de um a quatro anos, 29% (n:395) dos óbitos foram por “doenças do aparelho respiratório”; 25,7% (n:350), por “algumas doenças infecciosas e parasitárias”;

e 17,6% (n:239), por “doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas”.

Gráfico 9 – Proporção de óbitos de crianças indígenas menores de um ano por componente de mortalidade infantil, 2010 a 2016.



Fonte: SIASI/SESAI/MS. Data da extração realizada em: 21/6/2018.

Tabela 9 - Percentual de mortalidade por grupos de causas em menores de cinco anos, segundo grupos de causas por capítulo da CID-10. Brasil, 2010 e 2016.

Capítulo CID-10	<1 ano	1 a 4 anos
	n (%)	n (%)
Capítulo I- Algumas doenças infecciosas e parasitárias	507 (13,7)	350 (25,7)
Capítulo II- Neoplasias	6 (0,2)	25 (1,84)
Capítulo IV- Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	196 (5,3)	239 (17,6)
Capítulo IX- Doenças do aparelho circulatório	178 (4,8)	59 (4,3)
Capítulo X- Doenças do aparelho respiratório	1.023 (27,7)	395 (29,0)
Capítulo XX- Causas externas de morbidade e de mortalidade	457 (12,4)	141 (10,4)
Capítulo XVI- Algumas afecções originadas no período perinatal	879 (23,8)	22 (1,6)
Demais causas definidas*	451 (12,2)	130 (9,6)
Total	3.697 (100,0)	1.361 (100,0)

Fonte: SIASI/SESAI/MS. Data da extração realizada em: 21/6/2018.

*Todos os demais capítulos, exceto os XVIII, XIX e XXI da CID 10.

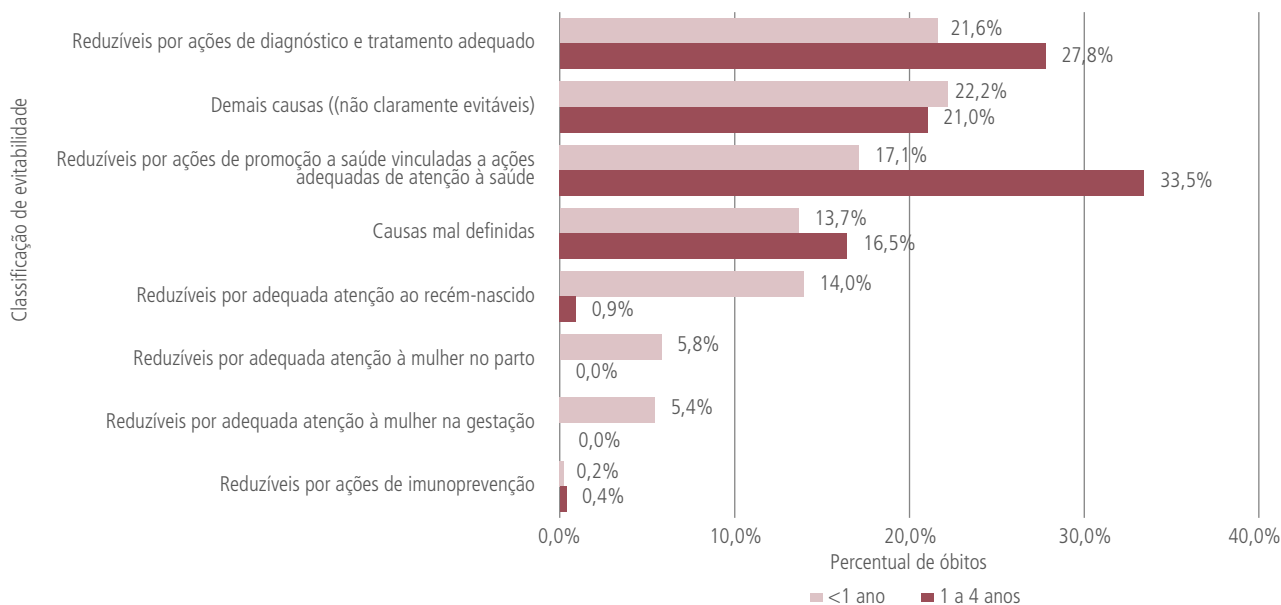
Para a classificação de evitabilidade dos óbitos, foram utilizadas informações referentes apenas aos óbitos investigados, representando um universo analítico de 1.908 óbitos (56,2%) dos 3.395 óbitos registrados no período. Entre os óbitos em menores de um ano, 64,1% (n:873) foram classificados como evitáveis, sendo que 21,6% (n: 294) por causas “reduzíveis por ações de diagnóstico e tratamento adequado”, cuja principal causa de morte é a pneumonia, seguido das causas “reduzíveis por ações de promoção à saúde vinculadas às ações adequadas de aten-

ção à saúde” que representam 17,1% (n: 233), com destaque para as doenças diarreicas e gastroenterites.

Na faixa etária de um a quatro anos, 62,5% (n: 342) dos óbitos foram classificados como evitáveis, sendo 33,5% (n:183) como

causas “reduzíveis por ações de promoção à saúde vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde” com destaque para as doenças diarreicas e gastroenterites, e 27,8% (n:152) por causas “reduzíveis por ações de diagnóstico e tratamento adequado” (Gráfico 10).

Gráfico 10 – Proporção de óbitos em crianças indígenas menores de cinco anos por Grupo de Causas evitáveis, Brasil – DSEI, 2013 a 2016



Fonte: SIASI/SESAI/MS. Data da extração realizada em: 21/6/2018.

DISCUSSÃO

Este capítulo explicitou a melhoria na qualidade dos dados do SIASI relacionados ao acompanhamento do pré-natal e de vigilância alimentar e nutricional, com foco na avaliação do estado nutricional das gestantes e crianças menores de cinco anos de idade, e mortalidade em crianças menores de cinco anos. Isso possibilitou aferir os indicadores de cobertura de pré-natal, classificação do estado nutricional das gestantes e das crianças menores de cinco anos e o percentual de óbitos em menores de cinco anos de idade por grupo de causa, incluindo as causas evitáveis.

Os resultados indicam um aumento nos registros referentes à cobertura de seis ou mais consultas do pré-natal, variando de 12,3%, em 2015, para 26,4%, em 2017, representando um incremento de 98,4%. Em relação às grávidas que não tiveram registro de consulta de pré-natal, a análise mostrou uma melhora importante no quadro geral dos 34 DSEI, caindo de 43,6%, em 2015, para 18,3%, em 2017. O DSEI Mato Grosso do Sul foi o

que mais reduziu esse indicador, de 73%, em 2015, para 5,2%, em 2017.

A ampliação do número de consultas de pré-natal por gestante continua sendo um desafio, considerando que essa estratégia é prioritária para reduzir ou evitar complicações durante a gravidez, parto e pós-parto, tanto para a mãe quanto para o filho. Além disso, as consultas devem ser fortalecidas em qualidade técnica e articuladas com os sistemas tradicionais indígenas de cuidado à gestação e ao nascimento.

No Brasil, as mulheres indígenas estão entre as mais vulneráveis a alguns fatores de risco na gravidez. Observou-se uma diferença na faixa etária das gestantes com relação ao baixo peso para a idade gestacional, especialmente entre as mulheres de dez a 19 anos, e o excesso de peso, principalmente nas de 20 a 29 anos.

A insegurança alimentar e nutricional está relacionada aos determinantes e condicionantes sociais da saúde, como fatores ambientais, econômicos, socioculturais e psicológicos. Como exemplo, o consumo de alimentos não tradicionais com baixa qualidade nutricional, em especial os alimentos ultraprocessados⁴, pode estar contribuindo com o excesso de peso em crianças indígenas, em especial das regiões Nordeste e Centro-Oeste, corroborando com a transição alimentar da população brasileira não-indígena. A alimentação tradicional indígena, vinculada à pesca, caça, coleta e agricultura pode estar sendo afetada por impactos e mudanças nas condições socioambientais.

O risco nutricional tanto materno quanto nas crianças menores de cinco anos é um fator de vulnerabilidade a comorbidades que podem levar ao adoecimento e a mortalidade, considerada alta na população indígena.

No período de 2010 a 2016, a mortalidade infantil manteve constância no percentual (24,9%, em 2010; e 26,1%, em 2016), assim como para as crianças de um a quatro anos no mesmo período, apresentando uma discreta redução em 2016 (9,7%) em relação a 2010 (10,5%). Observa-se o predomínio de mortalidade infantil no componente pós-neonatal, diferenciando do perfil geral no Brasil, que teve uma considerável redução ao longo dos anos.

O perfil da mortalidade em crianças menores de cinco anos está concentrado nos capítulos da CID-10 de doenças do aparelho respiratório, afecções originadas no período perinatal, doenças infecciosas e parasitárias, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e as causas maldefinidas.

Nesse cenário, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo estratégias para qualificar a atenção à saúde dos povos indígenas. Dentre elas:

1. Qualificação da força de trabalho nos DSEI, por meio de oficina de qualificação em vigilância alimentar e nutricional, saúde das crianças e saúde das mulheres; Oficina e visitas

de seguimento da estratégia Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI); Curso de Interculturalidade em Rede; Capacitação em Urgência e Emergência Pediátricas e Obstétricas, com Uso de Simulação Realística.

2. Construção e ampliação de Sistemas de Abastecimento de Água (SAA) nas comunidades indígenas.
3. Fortalecimento de estratégias voltadas à nutrição adequada, como a implementação da Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Vitaminas e Minerais em Pó – NutriSUS; Distribuição de suplementação de ferro e ácido fólico às grávidas e ferro para as crianças menores de dois anos, conforme o preconizado pelo Programa Nacional de Suplementação do Ferro; e distribuição de vitamina A para as crianças de seis a 59 meses de idade, conforme o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A; e o Incentivo ao aleitamento materno e alimentação complementar adequada.
4. Institucionalização da estratégia AIDPI como prioritária, com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.397, de 07 de junho de 2017.
5. Fortalecimento de parcerias com as gestões municipais e estaduais de saúde, controle social indígena, organizações não governamentais e outras organizações.

Os desafios a serem superados são muitos e perpassam por diferentes segmentos e não apenas no âmbito do setor saúde. É fundamental ter uma força de trabalho qualificada, que conheça o território e estabeleça vínculo com as comunidades, e uma gestão de rede de atenção à saúde capaz de responder satisfatoriamente às necessidades de saúde dos territórios indígenas. Além disso, fortalecer parcerias, a fim de melhorar os indicadores relacionados aos determinantes sociais da saúde.

4 Nomenclatura utilizada no Guia Alimentar para a população brasileira, Brasil 2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/guia_alimentar2014>.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. S. **Desnutrição infantil no município de maior risco nutricional do Brasil: Jordão, Acre, Amazônia Ocidental** (2005-2012). 2017. Tese (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde das crianças**. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Brasília, 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N nº 1.397, de 7 de junho de 2017**. Dispõe sobre a Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – Estratégia AIDPI e sua implementação e execução no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/14/Portaria-AIDPI.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2015/2016: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus zika e por outras doenças transmitidas pelo Aedes aegypti**. Brasília, 2016.

CUNHA, A. J.; LEITE, A. J.; ALMEIDA, I. S. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 91, S44-S51, 2015.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil) (Funasa). **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**. 2009. Apresentação realizada em 2010. Disponível em: <http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=1284>. Acesso em: 30 jun. 2018.

MALTA, D. C. et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 16, n. 4, p. 233-244, out./dez. 2007.

ORELLANA, J. D. Y.I. et al. Associação de baixa estatura severa em crianças indígenas Yanomami com baixa estatura materna: indícios de transmissão intergeracional. **Ciência e Saúde Coletiva** [periódico na internet], Rio de Janeiro, set. 2017. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/associacao-de-baixa-estatura-severa-em-criancas-indigenas-yanomami-com-baixa-estatura-materna-indicios-de-transmissao-intergeracional/16378?id=16378>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10. ed. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997. vol.1. 5.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

PEREIRA, I. F. S. et al. Estado nutricional de menores de 5 anos de idade no Brasil: evidências da polarização epidemiológica nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3341-3352, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **AnthroPlus for Personal Computers Manual Software for assessing growth of the world's children and adolescents**, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/growthref/tools/who_anthroplus_manual.pdf?ua=1>. Acesso em: 30 jun. 2018.

_____. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva: The Organization, 1995. (Technical Report Series, 854).

AÇÕES DE IMUNIZAÇÃO NA SAÚDE INDÍGENA

A vacinação indígena é uma ação universal, tendo em vista que abrange toda a população e está disponível em todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI); e transversal, já que acompanha o ciclo vital do indivíduo, cuja operacionalização pode ser complexa, não apenas devido a fatores como diversidade cultural, tempo de contato, dispersão geográfica, rotatividade dos recursos humanos contratados, dificuldade na coleta, registro e análise dos dados e a necessidade de acondicionamento, conservação e transporte, em condições especiais, dos imunobiológicos, mas também a dificuldade dos Distritos em desenvolver de forma integral a atenção primária à saúde dos povos indígenas.

Considerando as especificidades acima elencadas, para essa população o calendário básico de vacinação disponibilizado pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) teve ampliação não apenas da quantidade de vacinas ofertadas (atualmente 20), mas também das faixas etárias de aplicação de algumas

dessas vacinas, entre elas: Varicela, Influenza, Pneumocócica 23-valente (polissacarídica), Febre Amarela.

As informações sobre coberturas vacinais e esquema vacinal completo existentes na SESAI são obtidas por meio de instrumento de coleta de dados primários padronizado no modelo Excel®, tendo como base os censos ou cartões vacinais, e são enviadas trimestralmente pelos DSEI ao nível central da SESAI.

Essa análise apresenta dados referentes à cobertura vacinal dos anos de 2011, 2014 e 2018 (em virtude da data de inserção das vacinas analisadas no calendário nacional indígena); Esquema Vacinal Completo de 2013 a 2018; e casos de sarampo dos DSEI Manaus e Yanomami em 2018. As informações do ano de 2018 são do 1º semestre (sujeitos à revisão). Ainda não foi possível utilizar a base de dados do SIASI para essas análises, pois os DSEI estão em processo de transição (deixarão de utilizar planilhas e utilizarão somente o Sistema para registro dos dados) e os relatórios ainda não estão disponíveis.

RESULTADOS

Os dados de cobertura vacinal estão apresentados por imunobiológico e faixas etárias. As informações apresentadas demonstram as coberturas vacinais dos Povos Indígenas assistidos pelo SasiSUS, de forma geral e por grupos prioritários.

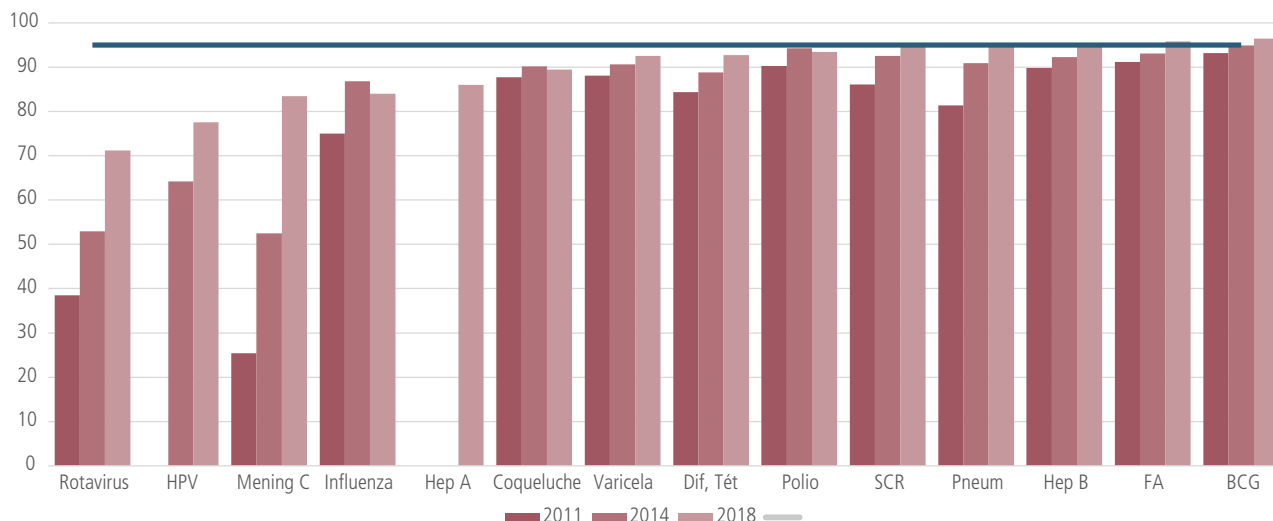
De modo geral, pode-se observar que as coberturas vêm aumentando ao longo dos anos (Gráfico 11), apesar de ainda não estar, para a maioria das vacinas, nos patamares preconizados pelo PNI, como demonstrado a partir dos dados a seguir.

A análise por grupo prioritário demonstra que a maior dificuldade tem sido em conseguir alcançar as coberturas preconizadas nas crianças menores de um ano de idade, principalmente pelas dificuldades no cumprimento do cronograma de entrada das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) em área com as vacinas, o que promove acúmulo das doses

a serem realizadas e consequentemente resistência dos pais e familiares para a administração de múltiplas vacinas em um só encontro (Gráfico 12).

Esse fator interfere diretamente no cumprimento do esquema vacinal de forma adequada e oportuna e, consequentemente, no alcance das metas estabelecidas. Outros aspectos que interferem diretamente na melhoria da cobertura vacinal, além das dificuldades logísticas são: limitação na oferta de alguns imunobiológicos pelo PNI, devido a problemas de produção dos laboratórios; liberação em quantidade insuficiente de doses por parte de alguns municípios, principalmente nas regiões Norte e Centro-Oeste, além de questões culturais relativas ao período de resguardo da criança após o seu nascimento, que deve ser respeitado.

Gráfico 11 – Cobertura vacinal na população indígena para as doenças imunopreveníveis, segundo calendário. Brasil. 2011, 2014 e 2018*

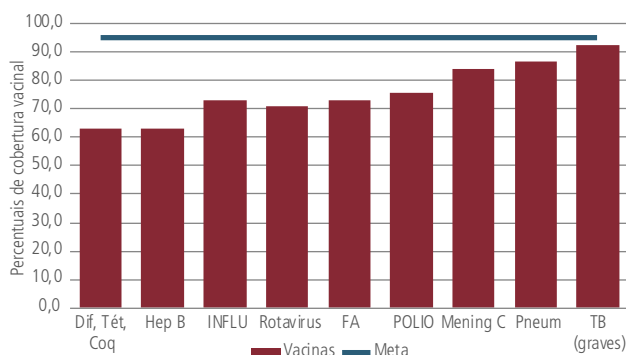


Fonte: Instrumento de coleta de dados primários de monitoramento dos DSEI. Consolidados pela DGISI/DGESI/SESAI/MS.

* Coberturas referentes ao ano de 2018: dados referentes ao 1º semestre, sujeitos à revisão.

A vacina HPV foi iniciada em 2014 e a Hepatite A em 2017.

Gráfico 12 – Cobertura Vacinal para as doenças imunopreveníveis nas crianças menores de um ano de idade. Brasil, 1º semestre 2018*

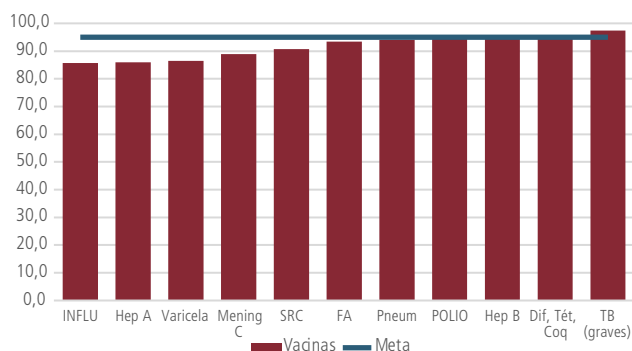


Fonte: Instrumento de coleta de dados primários de monitoramento dos DSEI. Consolidados pela DGISI/DGESI/SESAI/MS.

* Coberturas referentes ao ano de 2018: dados referentes ao 1º semestre, sujeitos à revisão.

A vacina HPV foi iniciada em 2014 e a Hepatite A em 2017.

Gráfico 13 – Cobertura Vacinal para as doenças imunopreveníveis nas crianças de um a quatro anos de idade. Brasil, 1º semestre 2018*



Fonte: Instrumento de coleta de dados primários de monitoramento dos DSEI. Consolidados pela DGISI/DGESI/SESAI/MS.

* Coberturas referentes ao ano de 2018: dados referentes ao 1º semestre, sujeitos à revisão.

A vacina HPV foi iniciada em 2014 e a Hepatite A em 2017.

Quando se analisa as informações referentes aos dados de cobertura para as crianças de um a quatro anos, percebe-se uma

melhora nos percentuais de cobertura, indicando que, nessa faixa etária, as equipes têm maior facilidade para fechar os esquemas vacinais, possivelmente pela regularização das doses atrasadas no primeiro ano de vida (Gráfico 13). Muito embora a cobertura seja incrementada, os percentuais preconizados pelo PNI ainda não são atingidos para todas as doenças imunopreveníveis.

Conforme a faixa etária aumenta, melhoram os indicadores de cobertura vacinal, pois, como se trata de um dado cumulativo, independe de quando o indivíduo foi vacinado. A dificuldade de ampliar os percentuais de cobertura aparentemente está mais relacionada aos problemas de logística e de ausência dos indivíduos que deveriam receber a dose vacinal em função de festas e/ou outros deslocamentos. Como importante estratégia para garantir a melhora permanente das coberturas, os DSEI realizam atividades de educação em saúde junto às comunidades e

garantem que em todas as entradas das EMSI sejam disponibilizados todos os imunobiológicos do calendário vacinal indígena.

Outro importante indicador acompanhado pela SESAI é o esquema vacinal completo. Esse indicador demonstra como está a situação vacinal de cada indivíduo, considerando todas as vacinas preconizadas de acordo com a sua idade e o calendário vacinal. É o principal indicador de avaliação da imunização na população indígena, compondo instrumentos de gestão, como: PPA, Plano Distrital de Saúde Indígena, Indicadores Estratégicos da SESAI e Relatório Anual de Gestão (RAG).

Com esse indicador é possível acompanhar melhor o desempenho das EMSI, pois, sendo um indicador de efetividade das ações, permite uma análise mais fidedigna da situação vacinal no território, uma vez que boas coberturas vacinais isoladamente não indicam a situação vacinal individual para cada faixa etária.

Os instrumentos de acompanhamento da situação vacinal individual, conforme o esquema vacinal completo, apresentam informações por Polo Base e faixas etárias (Tabela 10). Assim como para cobertura vacinal, os percentuais de alcance das metas aumentam de acordo com o avanço da faixa etária e a maior dificuldade de garantia de cobertura continua sendo para os

menores de um ano de idade, devido às situações já relatadas anteriormente.

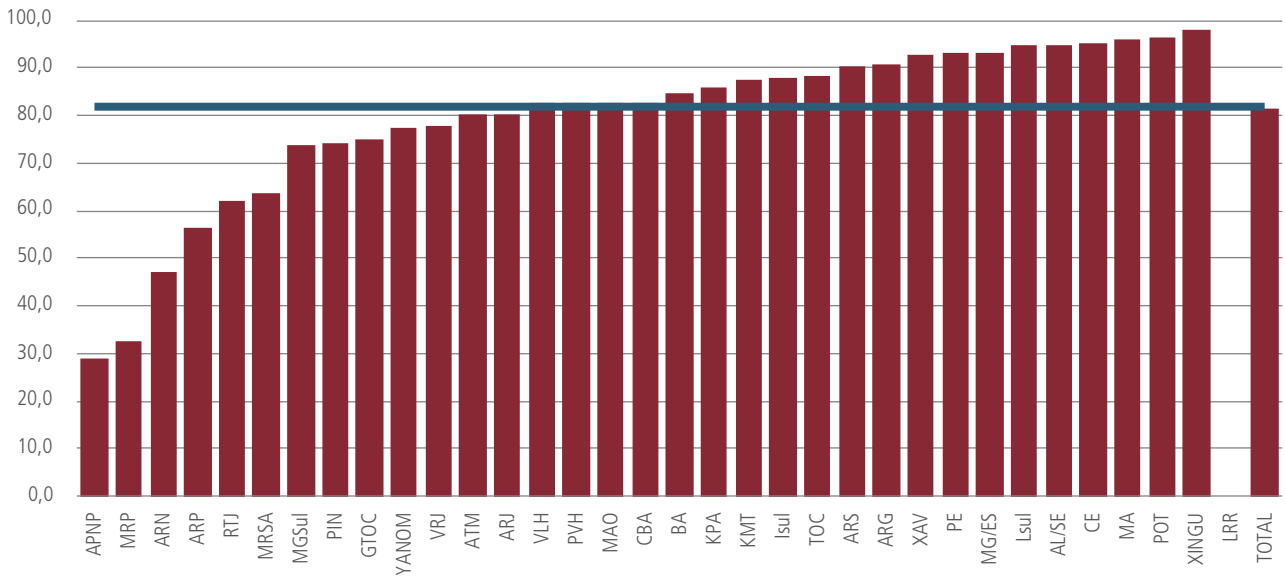
Tabela 10 – Percentual de esquema vacinal completo por faixas etárias, 1º semestre Brasil, 2018*

F. Etária	< 1 ano	1-4 anos	5-6 anos	7-59 anos	≥ 60 anos	TOTAL	MIF**
Ano	%	%	%	%	%	%	%
2013	56,6	73,8	84,1	79,9	77,2	78,7	81,6
2014	67,4	77,7	85,9	83,3	81,3	82,3	84,8
2015	68,9	79,2	83,7	84,4	82,0	83,2	88,2
2016	73,9	81,6	92,4	87,5	86,1	86,6	90,8
2017	73,3	82,4	91,2	89,3	87,1	87,9	91,5
2018*	71,1	83,9	81,8	88,9	74,4	86,1	89,9

Fonte: Instrumento de coleta de dados primários de monitoramento dos DSEI. Consolidados pela DGISI/DGESI/SESAI/MS.
* Coberturas referentes ao ano de 2018: dados referentes ao 1º semestre, sujeitos à revisão.
** MIF: Mulheres em Idade Fértil.

A meta firmada no Plano Plurianual (PPA) para 2019 é alcançar 82,5% das crianças indígenas menores de cinco anos com esquema vacinal completo para a idade. Conforme dados coletados para o primeiro semestre de 2018, observa-se que 20 Distritos (58,8%) conseguiram atingir a meta (Gráfico 14).

Gráfico 14 – Percentual de crianças menores de 5 anos com esquema vacinal completo para idade por DSEI, Brasil, 1º semestre, 2018*



Fonte: Instrumento de coleta de dados primários de monitoramento dos DSEI. Consolidados pela DGISI/DGESI/SESAI/MS.
* Coberturas referentes ao ano de 2018: dados referentes ao 1º semestre, sujeitos à revisão.
A vacina HPV foi iniciada em 2014 e a Hepatite A em 2017.

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO SARAMPO

Em 2016, a região das Américas foi declarada pelo Comitê Internacional de Peritos (CIE) de Documentação e Verificação do Sarampo, Rubéola e Síndrome de Rubéola Congênita nas Américas como livre do sarampo. A eliminação dessa doença – assim como da rubéola e da síndrome da rubéola congênita, em 2015 – foi o ponto culminante de um esforço de 22 anos em que ocorreu a vacinação em massa contra o sarampo, a caxumba e a rubéola em todo o continente¹. Contudo, o vírus do sarampo permanece circulando em vários países e, por ser altamente contagioso, pode ocasionar surtos, principalmente quando alguns fatores favorecem essa situação: decréscimos nas coberturas vacinais, aumentando o número de pessoas suscetíveis à doença; e falhas nos sistemas de Vigilância Epidemiológica e de informação, comprometendo a qualidade da notificação.

Atualmente, o Brasil vem enfrentando um surto de sarampo nos Estados do Amazonas (AM) e Roraima (RR), unidades da Federação que possuem expressiva população indígena. Dados atualizados do Ministério da Saúde² até outubro de 2018 repor-

taram 2.044 casos confirmados de sarampo (1.629 no AM 330 em RR) e 7.966 que permanecem em investigação (7.872 no AM e 94 em RR). O genótipo do vírus (D8) que está circulando no país é o mesmo que circula na Venezuela, caracterizando os surtos como importados.

Entre os Povos Indígenas atendidos pelo SasiSUS, houve notificações de casos tanto no Amazonas (sete casos) quanto em Roraima (111 casos). No Amazonas, o município notificante foi Manaus, sendo que apenas dois casos foram confirmados laboratorialmente, três foram descartados e dois seguem aguardando confirmação laboratorial.

O DSEI Yanomami foi o que reportou maior número de casos (111 e até a semana epidemiológica 35, sem notificações nas semanas posteriores), principalmente na região de fronteira entre Brasil e Venezuela, que possui intenso fluxo migratório (Tabela 11). O fluxo foi intensificado pelo aumento da demanda por atendimento de saúde dos indígenas venezuelanos.

Tabela 11 – Panorama de casos de sarampo notificados pelo DSEI Yanomami, 2018, Roraima, Brasil

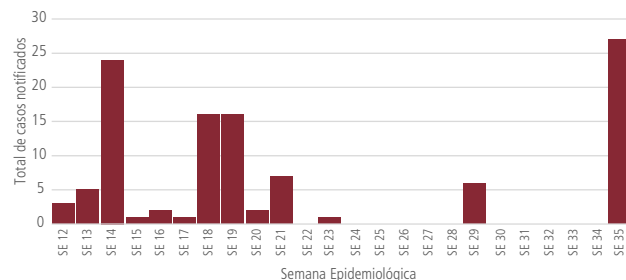
		Brasil	Venezuela	Total
Classificação	Notificados	14	97	111
	Confirmados	12	69	81
	Investigação	1	27	28
	Descartados	1	1	2
Critérios de Confirmação	Laboratório	8	33	41
	Vínculo Epidemiológico	4	37	41
	Ignorado	1		
Situação Vacinal	Sim	5	47	52
	Não	6	49	55
	NA*	2		

Fonte: DSEI Yanomami, 2018. Dados sujeitos à revisão.
*NA = não se aplica. Crianças sem idade adequada para vacinar.

A distribuição por semana epidemiológica revela que os casos se concentraram nas semanas 14, 18, 19 e 35 e, provavelmente, estão relacionados à chegada de indígenas venezuelanos pela fronteira, no Polo Base de Auaris, local de maior notificação.

1 https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5633:folha-informativa-sarampo&Itemid=1060
2 <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44483-ministerio-da-saude-divulga-balanco-de-um-ano-da-febre-amarela>

Gráfico 15 – Distribuição dos casos notificados de sarampo por Semana Epidemiológica no DSEI Yanomami, Roraima, 2018*

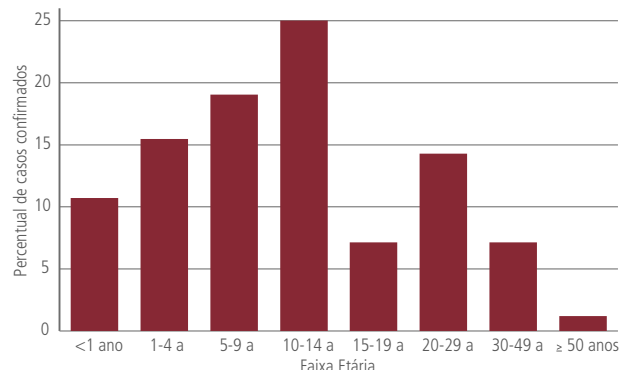


Fonte: DSEI Yanomami, 2018.

*Dados sujeitos à revisão.

Com relação à distribuição por faixas etárias, 67,9% dos casos ocorreram em menores de 15 anos de idade. Outra faixa etária de maior expressão foi de adultos jovens de 20 a 29 anos. Quanto ao sexo, 57 (51,4%) casos ocorreram no masculino e 54 (48,6%) no feminino (Gráfico 16).

Gráfico 16 – Distribuição percentual dos casos confirmados de sarampo por faixa etária no DSEI Yanomami, Roraima, 2018*



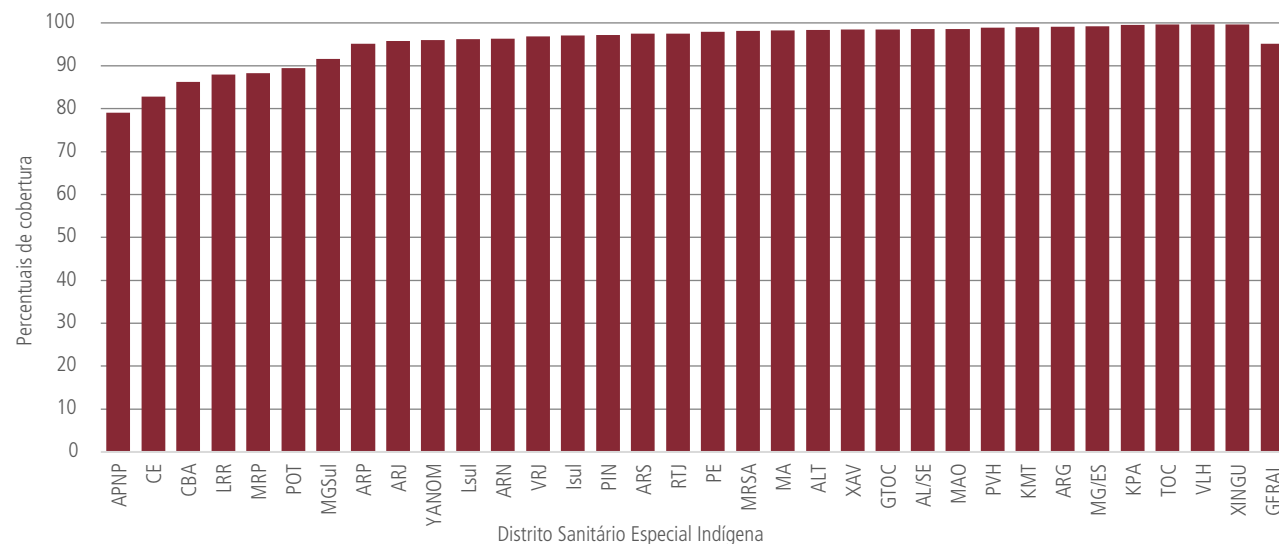
Fonte: DSEI Yanomami, 2018.

*Dados sujeitos à revisão.

É importante manter altas e homogêneas coberturas vacinais para impedir a ocorrência de surtos e manter a doença eliminada no continente americano. Na saúde indígena, a cobertura vacinal para sarampo, caxumba e rubéola é de no mínimo 95,0% em 26 DSEIs (76,5%) (Gráfico 17). Esse fator é importante para determinar o impacto do surto na população afetada. Conforme pode ser observado, os casos de sarampo na população indígena brasileira foram menos frequentes e menos gra-

ves que na população indígena venezuelana. Outra importante observação é que a cobertura vacinal para sarampo, caxumba e rubéola (SCR) das mulheres indígenas em idade fértil (10 a 49 anos) aumentou ao longo dos anos, sendo respectivamente: 90,1% (2011), 94,6% (2014) e 96,5% (1º sem 2018), o que permite inferir um acréscimo da proteção para as crianças nas faixas etárias ainda não passíveis de vacinação para SCR.

Gráfico 17 – Cobertura vacinal para Sarampo, Caxumba e Rubéola na população indígena, por DSEI, Brasil, 1º sem 2018*



Fonte: Instrumento de coleta de dados primários de monitoramento dos DSEI. Consolidados pela DGISI/DGESI/SESAI/MS.

* Coberturas referentes ao ano de 2018: dados referentes ao 1º semestre, sujeitos à revisão.

A necessidade de um calendário diferenciado traz maior complexidade para a operacionalização da ação de vacinação, o que exige que a SESAI elabore estratégias específicas para a garantia da completude dos esquemas vacinais. Uma das principais estratégias é a implantação da vacinação de rotina em todos os Distritos, com o lema “toda viagem é viagem de vacina”, incluindo a vacinação de pacientes indígenas que estão em tratamento nas Casas de Saúde Indígena (CASI). Além disso, o Mês de Vacinação dos Povos Indígenas (MVPI) – que envolve os 34 Distritos, e a Operação Gota, em conjunto com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), que envolve os DSEI Alto Rio Negro, Médio Rio Purus, Médio Rio Solimões e Afluentes, Vale do Javari, Alto Rio Purus, Alto Rio Juruá e Amapá e norte do Pará – são ações estratégicas extras que visam complementar a vacinação de rotina nas áreas de difícil acesso geográfico.

A constante articulação com o Departamento de Vigilância Epidemiológica da SVS é outra importante estratégia de ação que envolve o nível central e as Coordenações Estaduais e Municipais de Imunizações e de Vigilância Epidemiológica, para a tomada de decisões e a normalização; o apoio nas capacitações das EMSI; na disponibilização e acondicionamento dos imunobiológicos; e na investigação epidemiológica de casos e/ou óbitos por doenças imunopreveníveis.

Outro fator importante é que dentre as demais estratégias de melhoria do controle e qualidade dos dados pela SESAI, destaca-se a implantação do módulo de imunização do SIASI, incluindo o Painel SIASI, que gera relatórios gerenciais para facilitar as tomadas de decisões e o planejamento das atividades para o alcance das metas.

INFECÇÕES DE TRANSMISSÃO PREDOMINANTEMENTE SEXUAL E HEPATITES VIRAIS NOS DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS ENTRE 2015 E 2017

A cartografia dos povos indígenas no Brasil representa a consolidação de um processo complexo de mudanças sociais, que ao longo do tempo exerceu uma importante influência no perfil epidemiológico dessas populações, por meio de um conjunto de determinantes sociais em saúde (COIMBRA; SANTOS, 2001).

A saúde sexual da população indígena já foi tratada em alguns poucos trabalhos científicos no campo da saúde pública, entre tanto os fatores de risco sugeridos nem sempre são captados pelos sistemas de informação em saúde, o que dificulta a modelagem de um estudo analítico mais complexo. As informações disponíveis nos sistemas de informação em saúde sobre a ocorrência de Sífilis e Hepatites Virais nas populações indígenas – apesar de não fornecerem informações que permitam traçar um perfil epidemiológico mais complexo, contemplando, por exemplo, características específicas da sua relação intercultural

com a sexualidade – revelam o panorama da saúde sexual da população indígena atendida pelo SasiSUS em todo o Brasil.

A vigilância desses agravos é orientada pelas normativas preconizadas pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), conforme nota sobre notificação compulsória *“A notificação é obrigatória no caso de sífilis adquirida, sífilis em gestante, sífilis congênita, Hepatites virais B e C, aids, infecção pelo HIV, infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV, conforme a Portaria vigente. (...) As demais IST, se considerado conveniente, podem ser incluídas na lista de notificação dos estados/municípios (BRASIL, 2015a).*

Com esse informe, a SESAI tem como objetivo apresentar dados e indicadores operacionais sobre as Infecções de Transmissão Predominantemente Sexual na população indígena.

MÉTODOS

Esse informe foi elaborado por meio de um estudo transversal, descritivo sobre as Infecções de Transmissão Predominantemente Sexual (CID10 A50-A64) na população indígena nos anos de 2015, 2016 e 2017.

Para a coleta de dados, foi realizada uma extração na base de dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) dos seguintes agravos: sífilis congênita (CID10 A50), sífilis precoce (CID10 A51), sífilis tardia (CID10 A52), sífilis em outras formas não especificadas (CID10 A53) e sífilis em gestante (CID10 O98), infecção gonocócica (CID 10A54), gonorreia complicando a

gravidez, o parto e o puerpério (CID10 O982), infecção por clamídia (CID 10A55 e A56), tricomoníase (CID10 A59), Infecção pelo HPV (CID10 B97.7) e Hepatites B, e D (CID10 B15-B19). O período de abrangência dos dados é 01/01/2015 a 31/12/2017.

Entre 2015 e 2017, a população que vive em terras e territórios indígenas (aldeias) era composta, respectivamente, por 759.267, 766.710 e 765.600 indígenas, distribuídos em 34 DSEI, e aproximadamente 5.500 e 350 Polos Base. A base demográfica populacional foi extraída do módulo de demografia do SIASI (BRASIL, 2018a).

SÍFILIS

A sífilis é uma infecção bacteriana de caráter sistêmico, tratável, exclusiva do ser humano causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Pode ser transmitida por via sexual (sífilis adquirida) e por via vertical (da mãe para o bebê durante a gestação ou no parto). Um dos complicadores da doença é a escassez de sintomas, que pode dificultar o diagnóstico e atrasar o início do

tratamento. A detecção oportuna constitui-se, portanto, como um importante fator de vigilância para o controle das formas mais graves da doença (BRASIL, 2015b; 2017a). A SESAI monitora os indicadores de sífilis adquirida em gestante e congênita, conforme o Tabela 12.

Tabela 12 – Indicadores utilizados na vigilância da sífilis

INDICADOR	USO
Taxa de detecção de sífilis adquirida	Medir o risco de ocorrência de casos novos de sífilis adquirida na população segundo ano e local de residência.
Taxa de detecção de sífilis em gestante	Medir frequência anual de casos de sífilis na gestação e orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença no mesmo local de residência e ano.
Taxa de incidência sífilis congênita – em menores de 1 ano	Medir o risco de ocorrência de casos novos de sífilis congênita por transmissão vertical do <i>Treponema pallidum</i> no mesmo local de residência e ano.
Coefficiente de mortalidade infantil por sífilis congênita	Medir o risco de óbito em crianças em consequência da sífilis congênita no mesmo local de residência e ano.

Esses indicadores representam a frequência anual de casos notificados de sífilis congênita, decorrentes de transmissão vertical do *Treponema pallidum*, agente etiológico da sífilis. Demonstra, também, se há condições favoráveis à transmissão da doença e indica deficiências na atenção à saúde da mulher, especialmente no período pré-natal, quando deveria haver a

detecção oportuna e a efetividade do tratamento. Além disso, as estratégias de detecção são monitoradas por meio de testes rápidos, pré-natal etc. Entre 2015 e 2017, foram notificados no SIASI 892 casos de sífilis adquirida, 125 casos de sífilis em gestante e 82 casos de sífilis congênita, conforme distribuição apresentada na Tabela 13.

Tabela 13 – Número de casos de sífilis adquirida, em gestante e congênita, por DSEI. 2015-2017

DSEI	Sífilis Adquirida			Sífilis em Gestante			Sífilis Congênita		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
ALAGOAS E SERGIPE	5	8	8						
ALTAMIRA									
ALTO RIO NEGRO	1		36	1		5		5	1
ALTO RIO PURUS		7	31					1	1
ALTO RIO SOLIMÕES	16	76	81		22	17	5	3	5
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	2		1				1	2	4
ARAGUAIA	7	1	2		1	3			
BAHIA	1	2						1	
CEARÁ		4	9		3				1
CUIABÁ	13	2	27			2			
GUAMÁ-TOCANTINS	15	1	8	1	1	1			
INTERIOR SUL		4	24			2		1	3
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	2	5	16						
KAIAPÓ DO PARÁ		2	3					1	
LESTE DE RORAIMA	8	15	1	1	3	2		1	
LITORAL SUL	5	12	19		3	3		1	
MANAUS	1	6	1		2			1	1
MATO GROSSO DO SUL	14	44	50	3	4	12	3	2	13
MÉDIO RIO PURUS	3	6	1						
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	67	34	12	4	3		2	3	2
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	2	11	7	2	1			2	
PARINTINS	2	5	3			1			
PERNAMBUCO	36	21	14	3	4	1	1	1	1
PORTO VELHO		2							
POTIGUARA	5	3	4		1	1	2	1	
RIO TAPAJÓS	1	2	3						2
TOCANTINS	2	4	4			1	2		
VALE DO JAVARI	1	1							
VILHENA	16	12	4	3	2	2	1	1	
XAVANTE			1				1		
YANOMAMI	4	2	1	3	1			2	1
Total	229	292	371	21	51	53	18	29	35

Fonte: SIASI/SESAI/MS

A construção do indicador para monitoramento da sífilis congênita é feita a partir do número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de um ano de idade nos DSEI no ano determinado.

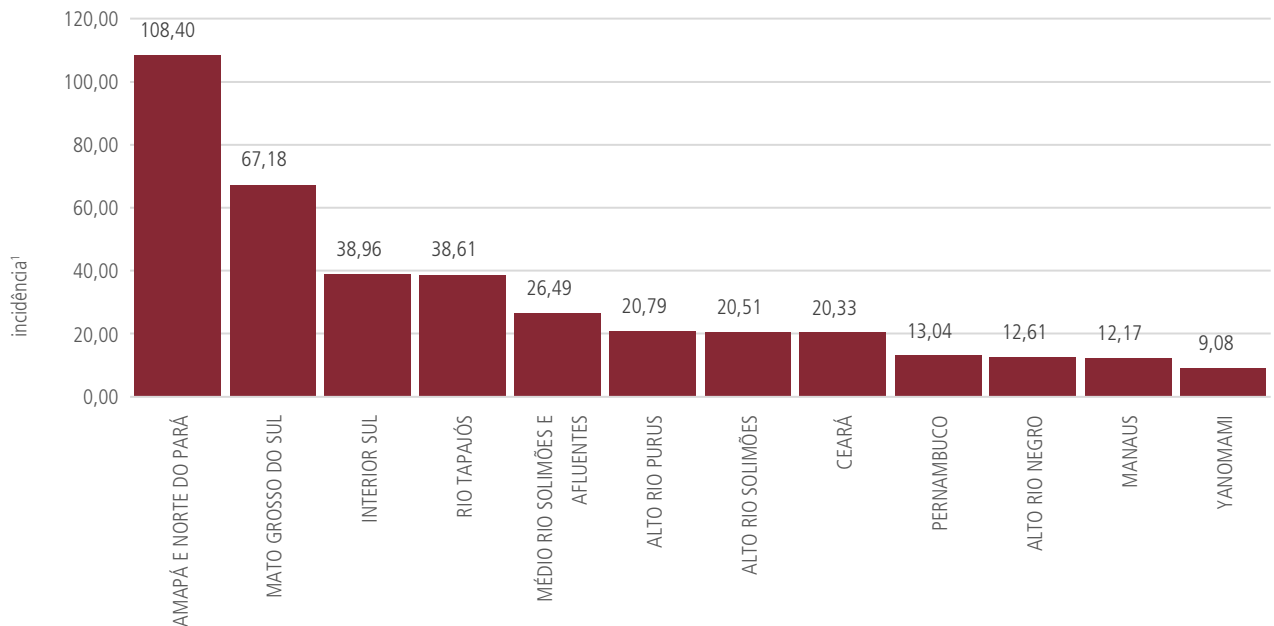
$$\frac{\text{Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano e local}}{\text{Número de nascidos vivos, de mães residentes no mesmo local, no mesmo ano}} \times 1.000$$

A sífilis congênita é um importante indicador da assistência pré-natal, que deve servir para alertar as equipes de saúde da

necessidade de incrementar o diagnóstico de sífilis na gestação, assim como monitorar a efetividade do tratamento da gestante e do seu parceiro (BRASIL, 2015b; 2017a). A eliminação da sífilis congênita requer a diminuição da incidência a menos de um caso por mil nascidos vivos

O monitoramento dos casos de sífilis congênita aponta para o cenário apresentado no Gráfico 18. Entre os 34 DSEI, 12 notificaram de sífilis congênita em 2017. O DSEI Yanomami apresenta menos incidência (9,08/1000 nascidos vivos) enquanto a maior taxa se encontra no DSEI Amapá e norte do Pará (108,40/1000 nascidos vivos).

Gráfico 18 - Incidência¹ de Sífilis congênita em > um ano nos DSEI com notificação em 2017



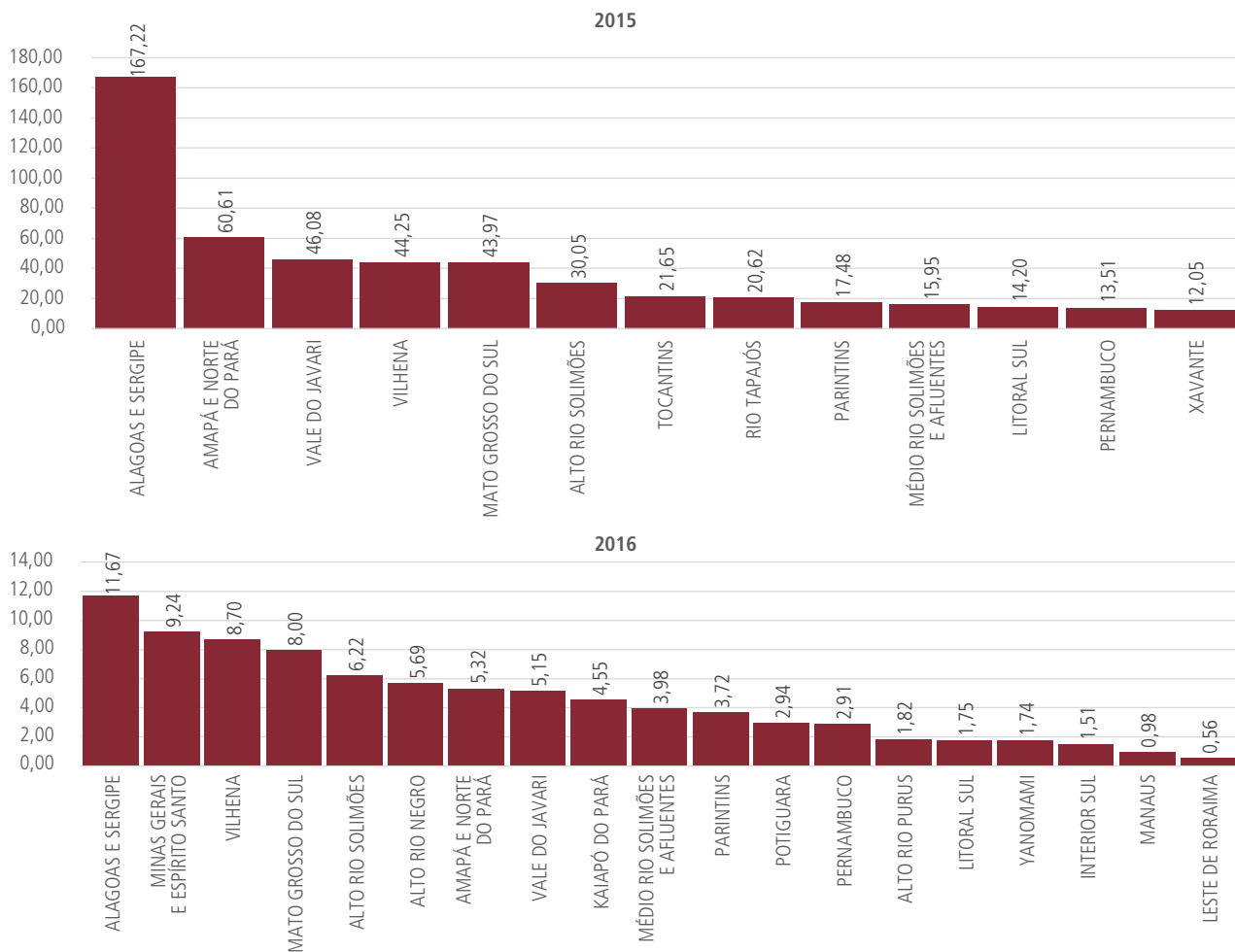
Fonte: SIASI/SESAI/MS

¹ Por 1000 nascidos vivos

Uma análise mais complexa pode apontar os principais fatores associados à ocorrência de sífilis congênita. Por exemplo, diagnóstico e tratamento adequado ou adesão ao tratamento. A análise desses resultados, de forma combinada, fornece um

panorama da doença nos territórios indígenas, tornando possível estabelecer metas e ações para o controle de todas as formas da doença.

Gráfico 19 – Incidência¹ de Sífilis congênita em >1 ano nos DSEI com notificação em 2015 e 2016



Fonte: SIASI/SESAI/MS

¹ Por 1000 nascidos vivos

Em relação à sífilis em gestante, o indicador utilizado na vigilância da doença é a taxa de detecção de sífilis em gestante, calculado a partir do número de casos de sífilis detectados em gestantes em um determinado DSEI no ano, conforme cálculo a seguir:

$$\frac{\text{Número de casos de sífilis detectados em gestantes, em um determinado ano de diagnóstico e local}}{\text{Número total de nascidos vivos, de mães residentes no mesmo local, no mesmo ano}} \times 1.000$$

Durante o ano de 2017, foram notificados em 14 DSEI 53 casos de sífilis em gestante. A faixa etária com maior número de casos foi a de 25 a 29 (26,41%), seguida pela faixa de 20 a 24 (24,52%) e de 15 a 19 (22,64%) (Tabela 14).

As faixas etárias com maior frequência de caso de sífilis congênita em 2017 foram 15 a 19 anos, 20 a 24 anos e 25 a 29 anos. Entretanto, foram notificados casos em todas as faixas etárias.

Tabela 14 – Total de casos de sífilis em gestante notificados no SIASI por faixa etária, nos DSEI. Brasil, 2017

DSEI	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	Total
Alto Rio Negro	0	0	2	2	0	0	1	5
Alto Rio Solimões	0	6	3	5	1	2	0	17
Araguaia	0	1	1	0	0	1	0	3
Cuiabá	1	1	0	0	0	0	0	2
Guamá-Tocantins	0	0	1	0	0	0	0	1
Interior Sul	0	0	2	0	0	0	0	2
Leste de Roraima	0	0	1	0	1	0	0	2
Litoral Sul	1	1	1	0	0	0	0	3
Mato Grosso do Sul	0	2	0	6	3	1	0	12
Parintins	0	0	0	0	0	1	0	1
Pernambuco	0	1	0	0	0	0	0	1
Potiguará	0	0	0	1	0	0	0	1
Tocantins	0	0	0	0	0	1	0	1
Vilhena	0	0	2	0	0	0	0	2
Total Geral	2	12	13	14	5	6	1	53

Fonte: SIASI/SESAI/MS.

Gráfico 20 – Distribuição de casos de sífilis em gestante notificados no SIASI por faixa etária, nos DSEI. Brasil, 2017

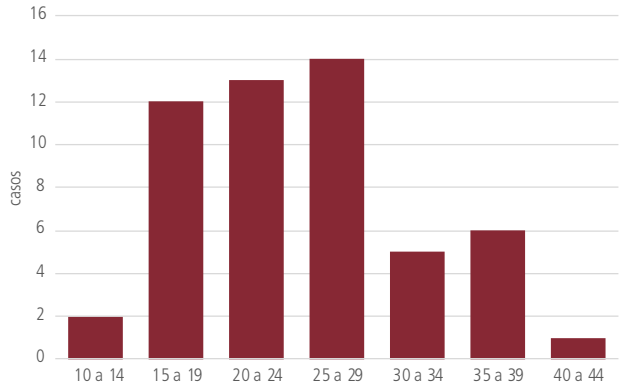
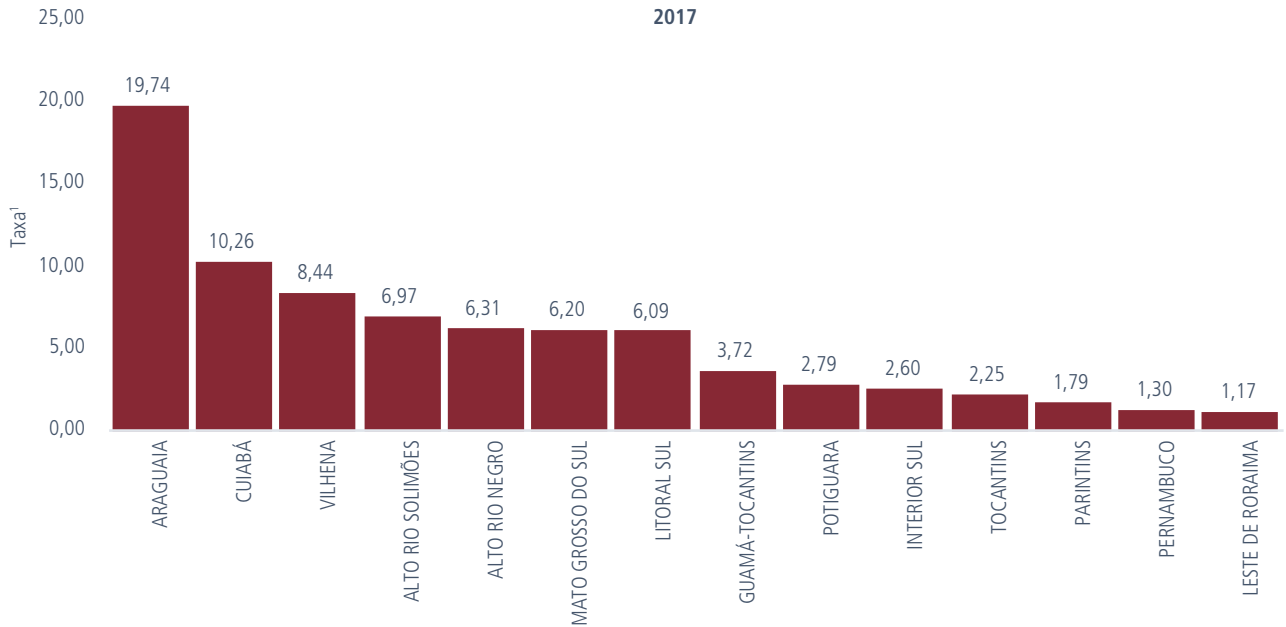
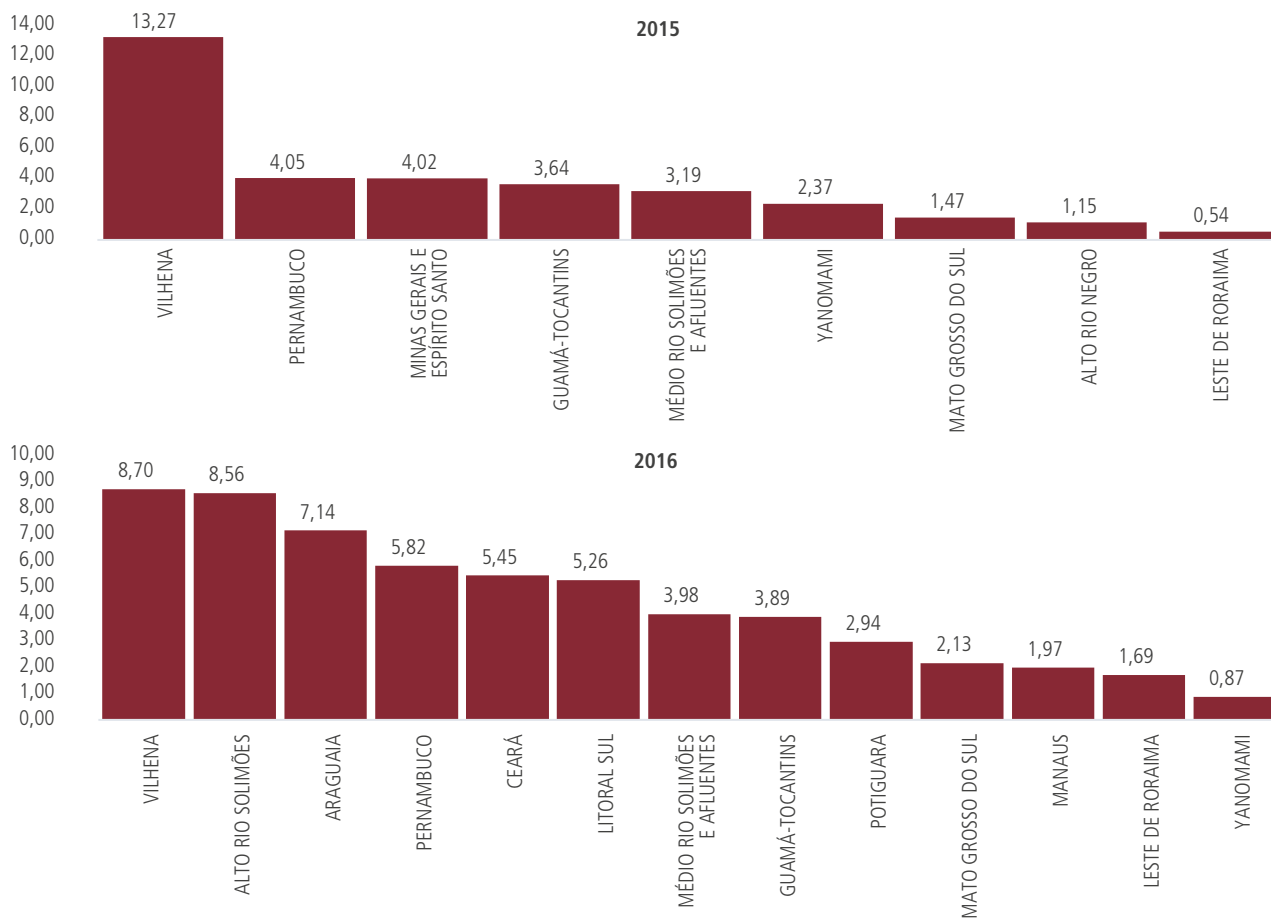


Gráfico 21 – Taxa de detecção¹ de sífilis em gestante, nos DSEI com notificação em 2017



Fonte: SIASI/SESAI/MS
¹ Por 1000 nascidos vivos

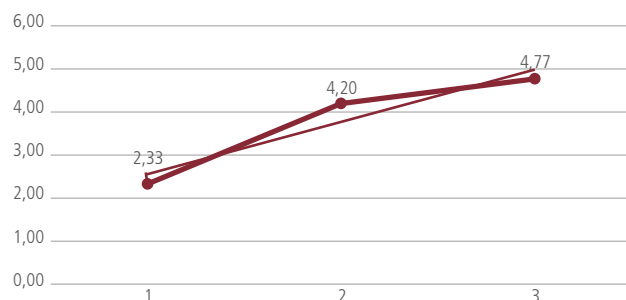
Gráfico 22 – Taxa de detecção¹ de sífilis em gestante, nos DSEI com notificação em 2015 e 2016



Fonte: SIASI/SESAI/MS

No geral, houve um aumento no número dos DSEI com notificações de sífilis em gestante, passando de nove, em 2015, para 13, em 2016, e 14, em 2017. Em relação às taxas, também houve um aumento de 2,33, em 2015, para 4,20, em 2016, e para 4,77, em 2017, conforme o Gráfico 23.

Gráfico 23 – Variação das taxas de detecção¹ de sífilis em gestante em todos os DSEI com notificação, entre 2015 e 2017.



Fonte: SIASI/SESAI/MS

¹ Por 1000 nascidos vivos

Com a possibilidade de ocorrência assintomática, o cenário da sífilis adquirida pode ser piorado em locais onde não há estratégias de detecção oportuna (BRASIL, 2015b; 2017a).

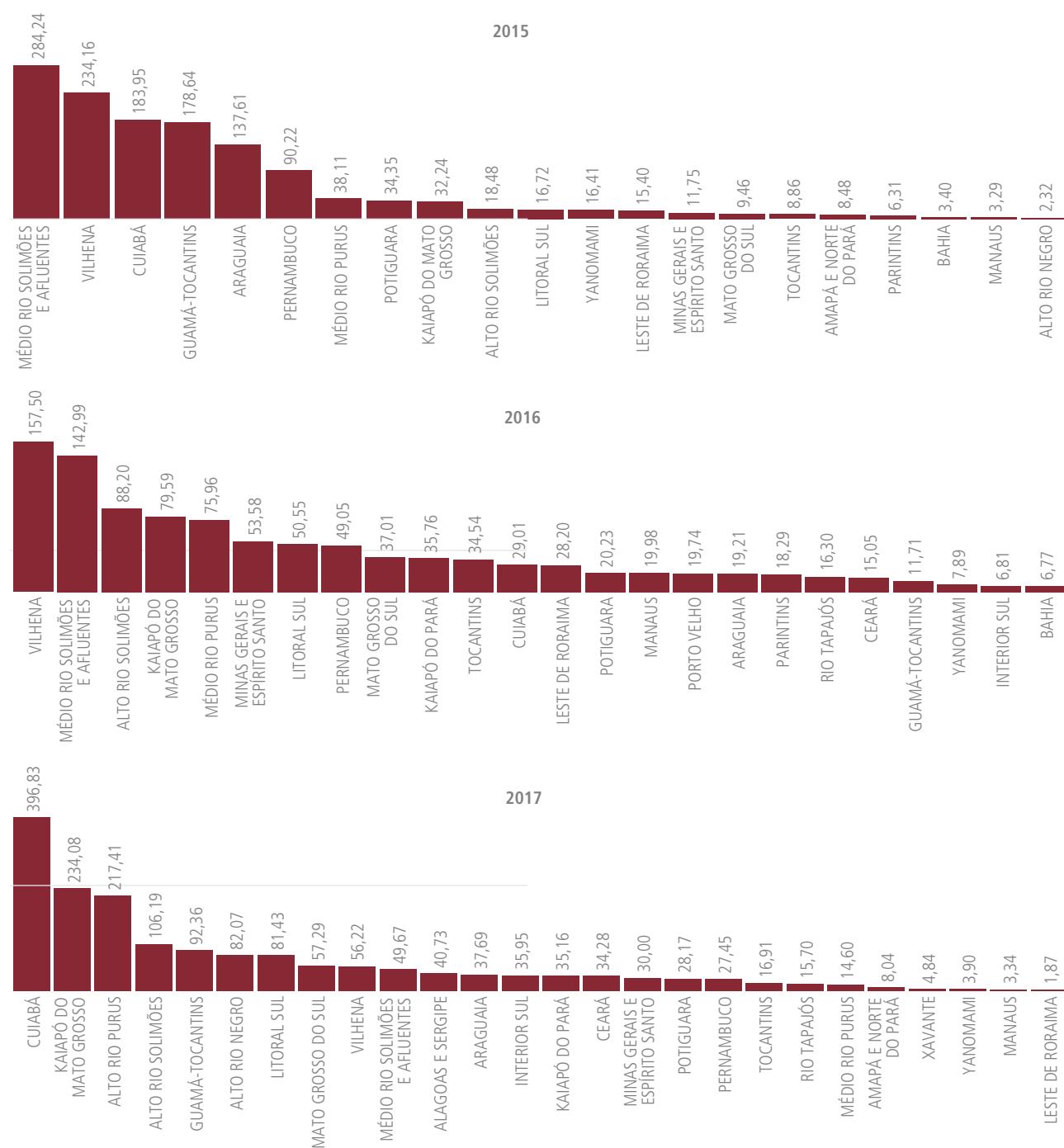
O indicador utilizado para monitorar a situação da sífilis adquirida na população indígena atendida pelo SasiSUS utiliza o número de casos de sífilis adquirida em indivíduos de 13 anos ou mais, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência, conforme a fórmula de cálculo a seguir:

Número de casos de sífilis adquirida em indivíduos de 13 anos ou mais, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência

População total de indivíduos de 13 anos ou mais no mesmo ano, residente no mesmo local

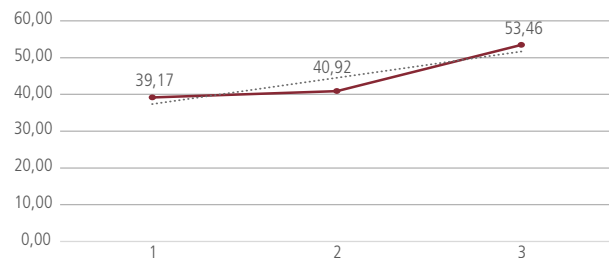
x 100.000

Gráfico 24 - Taxa de detecção de sífilis adquirida em 2015, 2016 e 2017



Fonte: SIASI/SESAI/MS

Gráfico 25 - Variação das taxas de detecção¹ de sífilis adquirida em todos os DSEI com notificação, entre 2015 e 2017



Fonte: SIASI/SESAI/MS

¹ DSEI com notificação/população >13 anos no período por 100.000 habitantes.

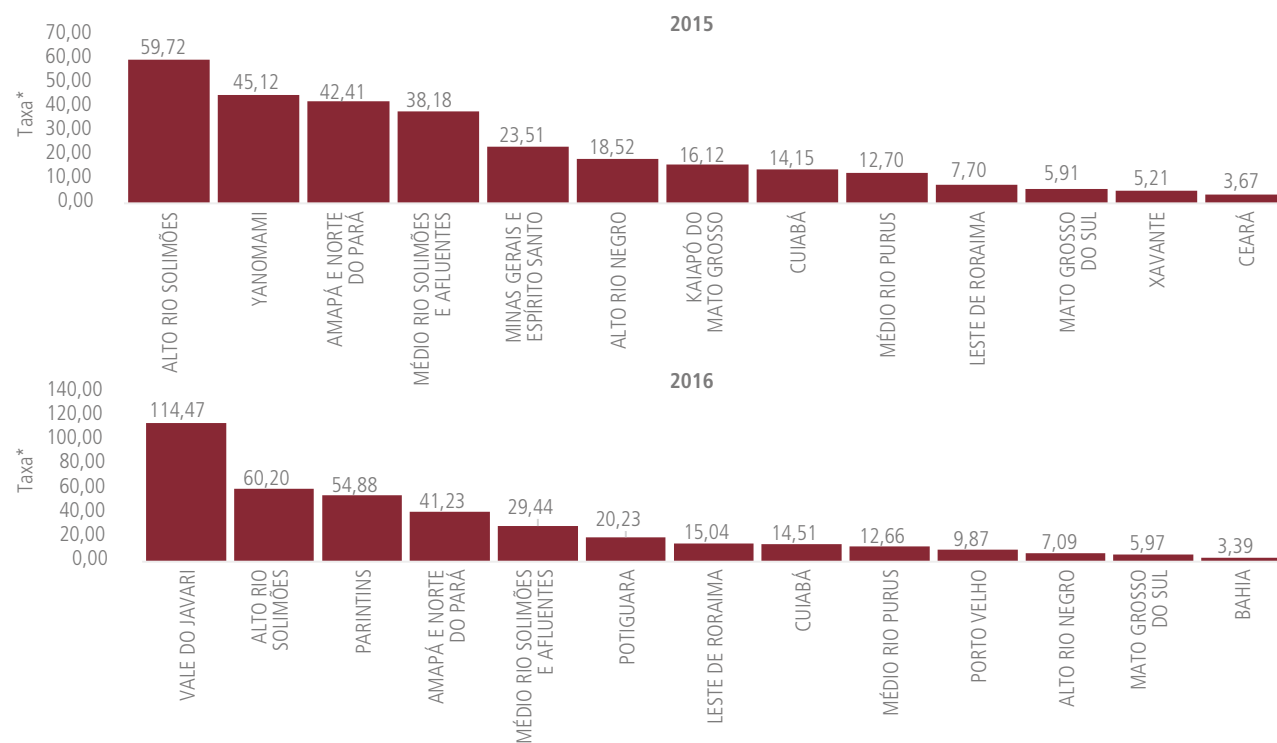
CLAMÍDIA, GONORREIA E TRICOMONÍASE

A gonorreia e a clamídia são doenças infecciosas, de transmissão predominantemente sexual ou perinatal causadas pela bactéria *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*, respectivamente. Provocam manifestações frequentemente assintomáticas, cujas principais complicações são Doença Inflamatória Pélvica, gravidez ectópica e infertilidade. No total, entre 2015 e 2017, 26 DSEI notificaram 282 casos de gonorreia.

Foram notificados cinco casos de gonorreia, com complicações no parto e no nascimento: dois em 2015 e três em 2017 nos DSEI Médio Rio Solimões e afluentes e Alto Rio Negro.

A prevalência do evento em 2015 variou entre 59,72*, no DSEI Alto Rio Solimões, e 3,67*, no DSEI Ceará. Em 2016, as taxas de notificação de gonorreia variam entre 114,47, no DSEI Vale do Javari, e 3,39, no DSEI Bahia. Em 2017, houve um aumento de DSEI com notificação, apesar de não apresentarem aumento geral de casos, conforme gráficos 26 e 27.

Gráfico 26 - Taxa por 100 mil habitantes de casos de gonorreia em 2015 e 2016



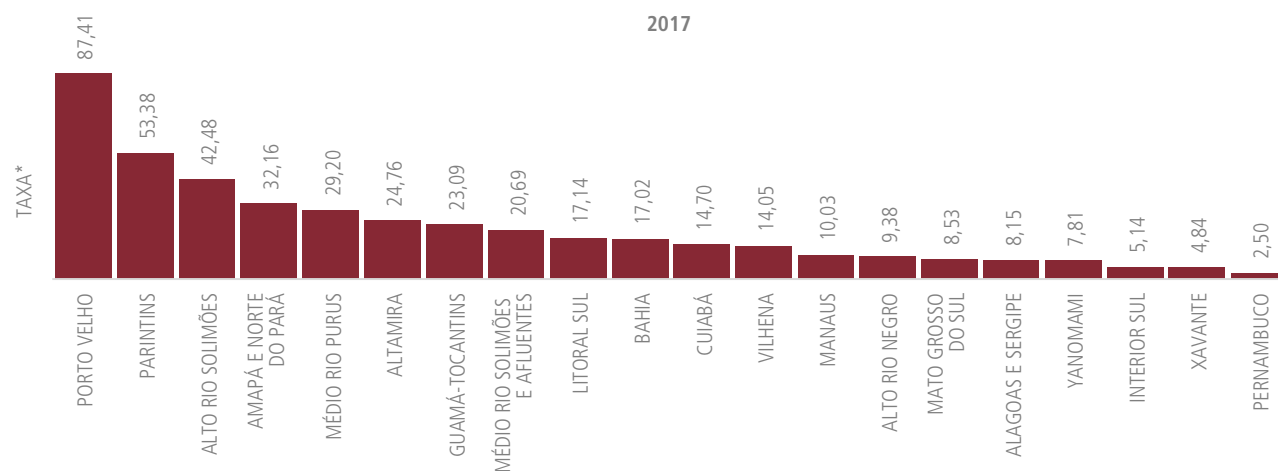
Fonte: SIASI/SESAI/MS.

* por 100 mil habitantes.

O Gráfico 27 mostra que o número de DSEI com caso notificado passou de 13, em 2016, para 20, em 2017. As taxas do evento

variaram nesse ano entre 87,41, no DSEI Porto Velho, e 2,50, no DSEI Pernambuco.

Gráfico 27 – Taxa por 100 mil habitantes de casos de gonorreia em 2017



Fonte: SIASI/SESAI/MS
* por 100 mil habitantes

Em relação à infecção por Clamídia, foram notificados 39 casos entre 2015 e 2017, cujas taxas por DSEI estão representadas nos gráficos 28, 29 e 30.

Gráfico 28 – Taxa por 100 mil habitantes de casos de clamídia nos DSEI/2015*

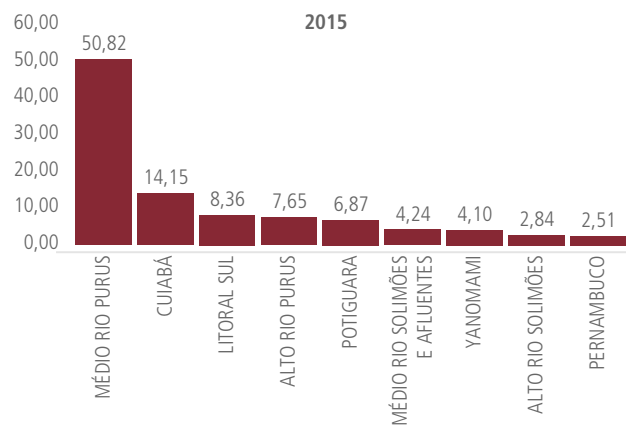


Gráfico 29 – Taxa por 100 mil habitantes de casos de clamídia nos DSEI/2016*

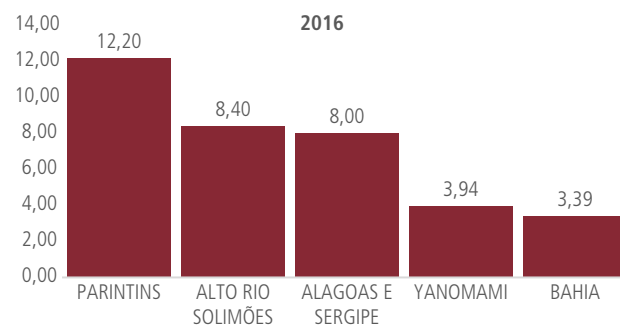
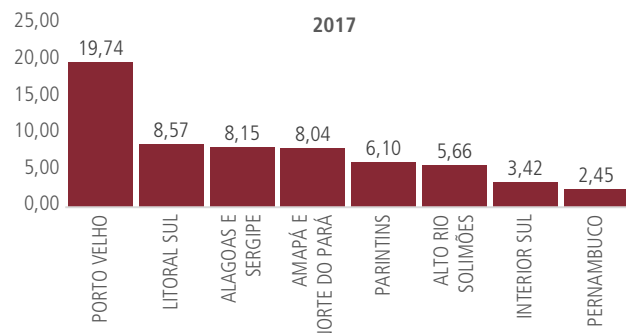


Gráfico 30 – Taxa por 100 mil habitantes de casos de clamídia nos DSEI/2017

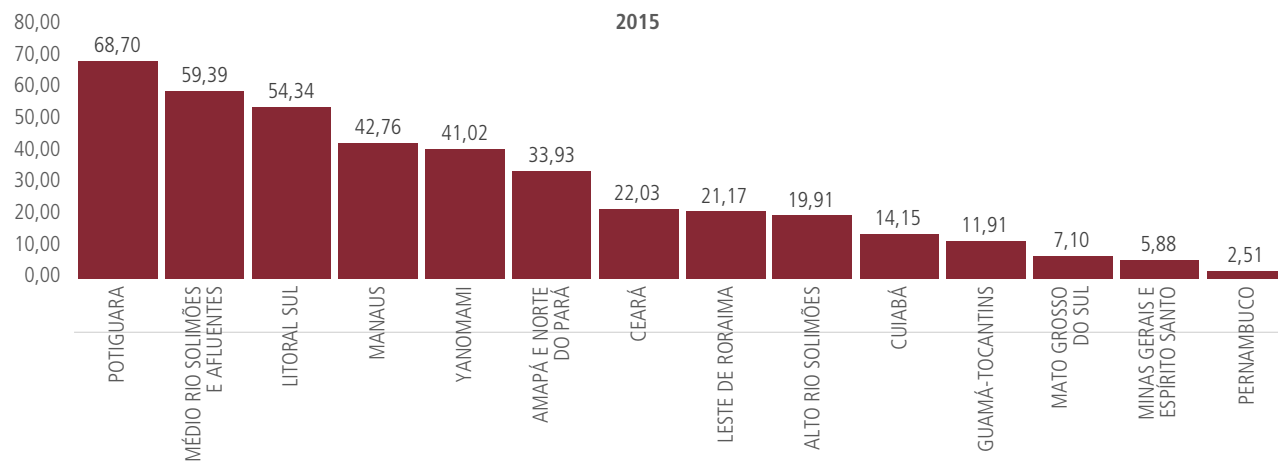


Fonte: SIASI/SESAI/MS.

Foram notificados no SIASI 410 casos de tricomoníase, doença causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*, geralmente assintomática, que pode se tornar crônica. Sua importância está relacionada ao fato de favorecer a transmissão do HIV, em virtude das lesões e sangramento que produz.

Em 2015, foram notificados 105 casos de tricomoníase. O Gráfico 31 apresenta a taxa da infecção por 100 mil habitantes nos DSEI, que variou entre 68,70, no DSEI Potiguara, e 2,51, no DSEI Pernambuco.

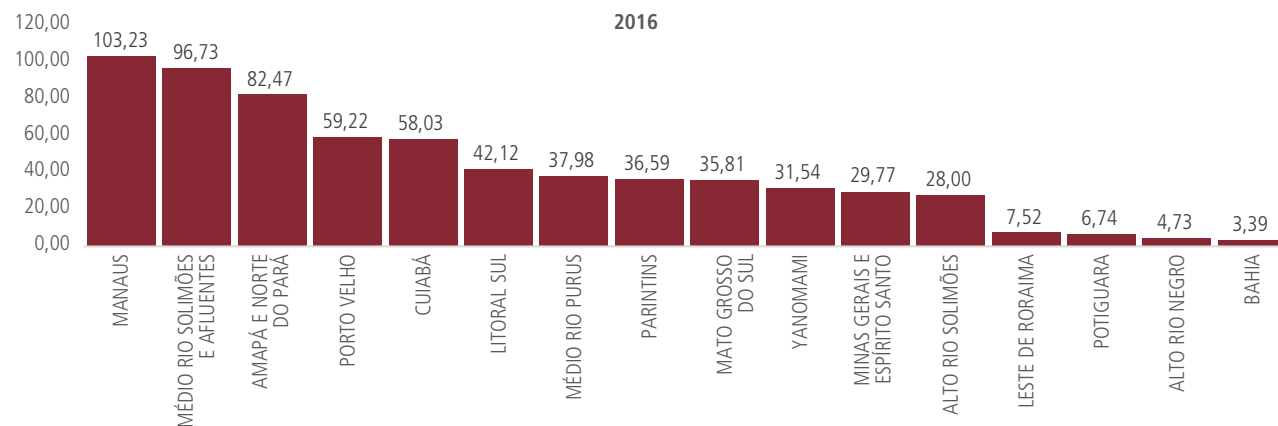
Gráfico 31 – Taxa por 100 mil habitantes de casos de tricomoníase nos DSEI/2015



Fonte: SIASI/SESAI/MS.

Em 2016, foram notificados 164 casos de tricomoníase. As taxas da infecção variaram entre 103,23 casos por 100 mil habitantes, no DSEI Manaus, e 3,39 casos por 10 mil habitantes, no DSEI Bahia, conforme Gráfico 32.

Gráfico 32 – Taxa por 100 mil habitantes de casos de tricomoníase nos DSEI . 2016

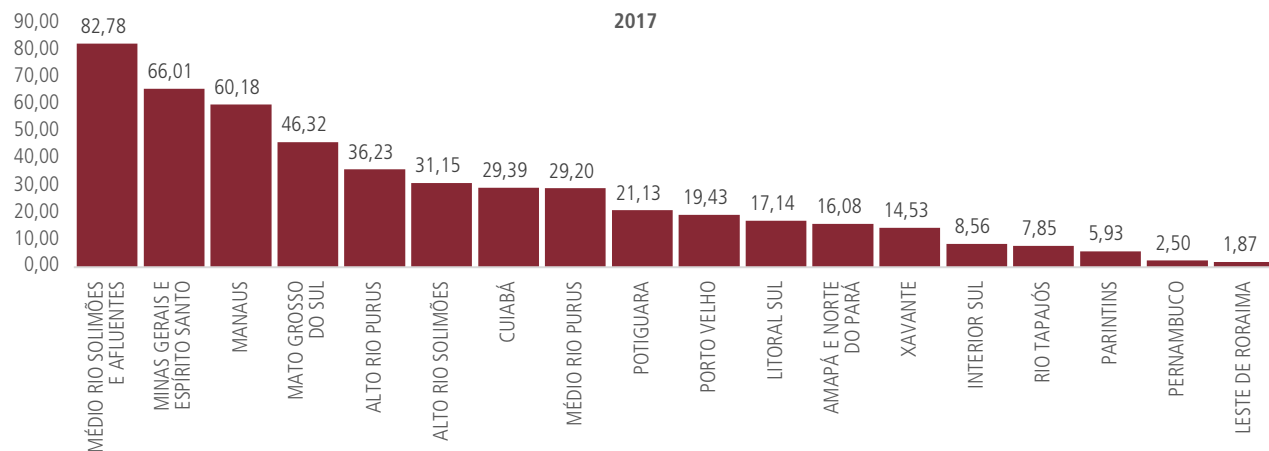


Fonte: SIASI/SESAI/MS.

Em 2017, foram notificados 141 casos de tricomoníase, em 18 DSEI. As taxas variaram entre 82,78 casos por 100 mil habitantes, no DSEI Médio Rio Solimões, e afluentes e 1,87 casos por

100 mil habitantes, DSEI Leste de Roraima, conforme Gráfico 33.

Gráfico 33 – Taxa por 100 mil habitantes de casos de tricomoníase nos DSEI. 2017

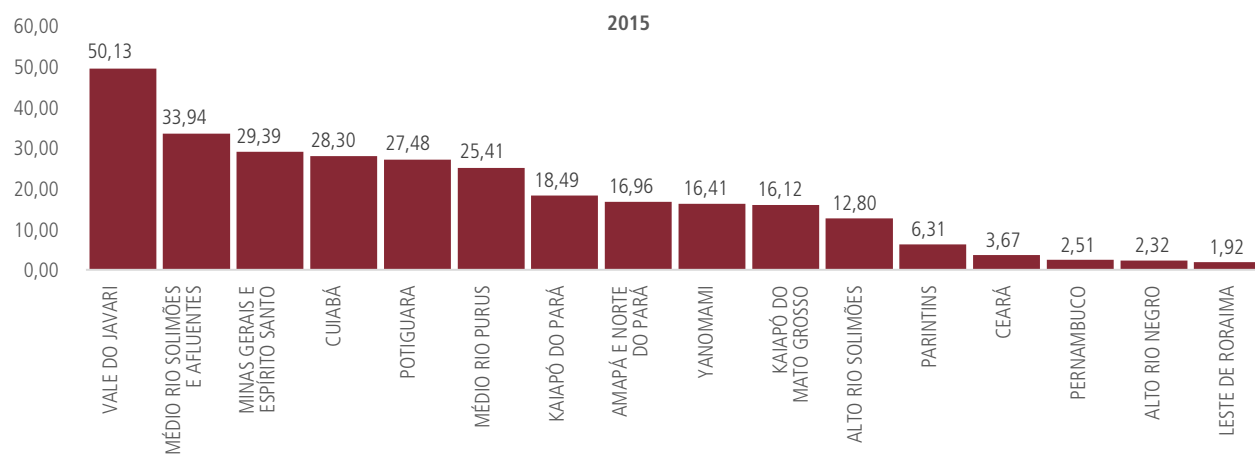


Fonte: SIASI/SESAI/MS.

A herpes genital é causada pelo vírus herpes simples, pode se apresentar em forma de bolhas, que se rompem provocando pequenas úlceras, em ciclos alternados sendo o primeiro episódio, geralmente, o mais grave. Foram notificados nos DSEI 162 casos de Infecções anogenitais causadas pelo vírus do herpes (CID10 A60), entre 2015 e 2017.

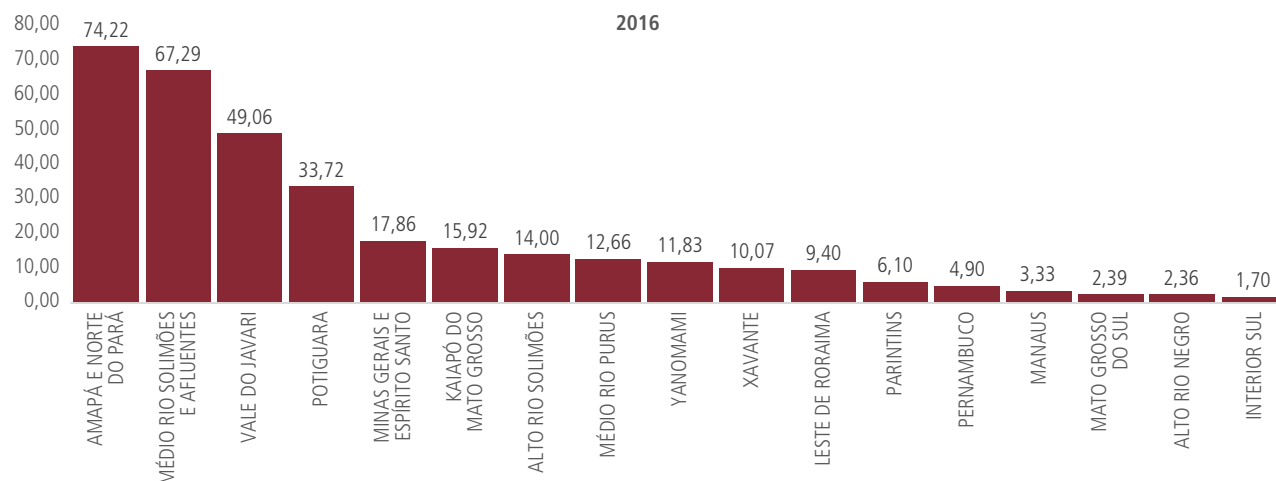
A taxa de casos por 100 mil habitantes teve uma variação em 2015 de 50,13, no DSEI Vale do Javari, a 1,92, no DSEI Leste de Roraima. Em 2016, essa taxa variou entre 74,22, no DSEI Amapá e norte do Pará, e 1,70, no DSEI Interior Sul. Em 2017, a variação foi entre 72,35, no DSEI Amapá e norte do Pará, e 2,50, no DSEI Pernambuco. As taxas anuais estão apresentadas nos gráficos 34, 35 e 36.

Gráfico 34 – Taxa por 100 mil habitantes de casos de infecções anogenitais pelo vírus do herpes simples nos DSEI/2015



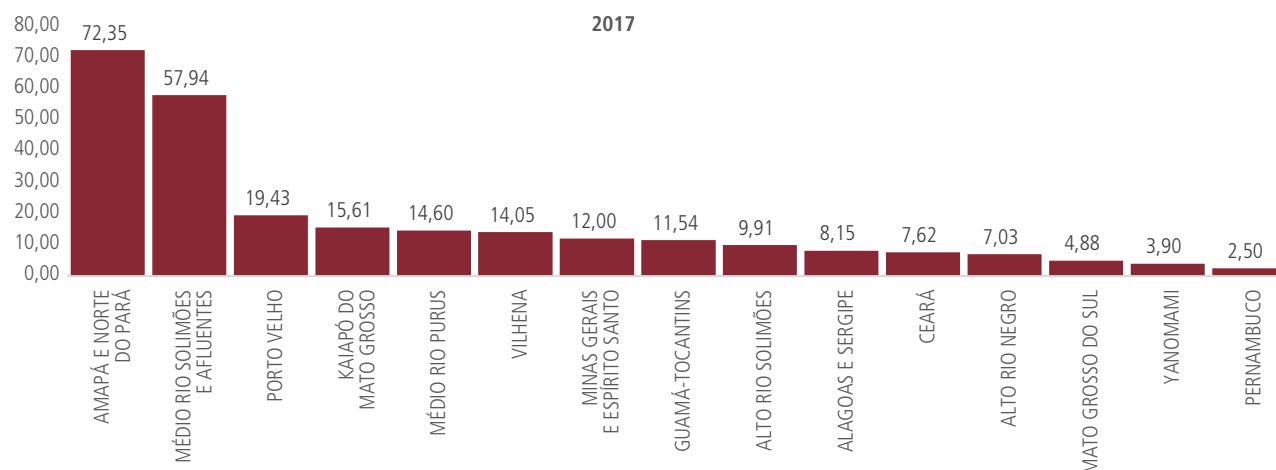
Fonte: SIASI/SESAI/MS.

Gráfico 35 – Taxa por 100 mil habitantes de casos de infecções anogenitais pelo vírus do herpes simples nos DSEI/2016



Fonte: SIASI/SESAI/MS.

Gráfico 36 – Taxa por 100 mil habitantes de casos de infecções anogenitais pelo vírus do herpes simples nos DSEI. 2017



Fonte: SIASI/SESAI/MS.

HPV

O Papiloma Vírus Humano é um vírus de DNA capaz de induzir uma série de lesões anogenitais, sendo uma parte dos subtipos do HPV associados ao carcinoma de colo uterino. Os tipos de HPV que infectam o trato genital se dividem em dois grupos: de baixo e de alto risco oncogênico. Uma parte das infecções é assintomática ou não aparente, entretanto pode também apresentar-se sob a forma de lesões, que são as verrugas genitais ou condilomas (BRASIL, 2015b; 2014).

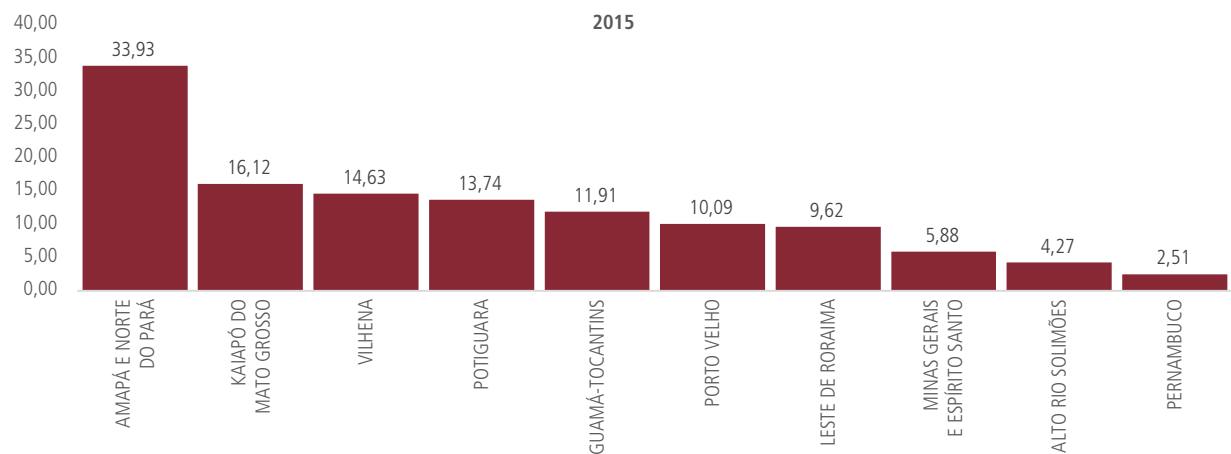
Sua transmissão é predominantemente sexual e sua recidiva pode estar associada à ativação de reservatórios virais ou rein-

fecção pela parceria sexual. A infecção por HPV é uma das IST mais frequentes no mundo (BRASIL, 2015a).

Entre 2015 e 2017, foram notificados por 17 DSEI 66 casos de infecção pelo HPV. Os gráficos 37, 38 e 39 apresentam a prevalência de HPV nos DSEI nos anos de 2015, 2016 e 2017.

Em 2015, 10 DSEI notificaram 20 casos de HPV. A maior taxa foi a do DSEI Amapá e norte do Pará, com 33,93 casos por 100 mil habitantes, enquanto a menor taxa é de 2,51 por 100 mil habitantes no DSEI Pernambuco (Gráfico 37).

Gráfico 37 – Taxa por 100 mil habitantes de casos de HPV nos DSEI em 2015

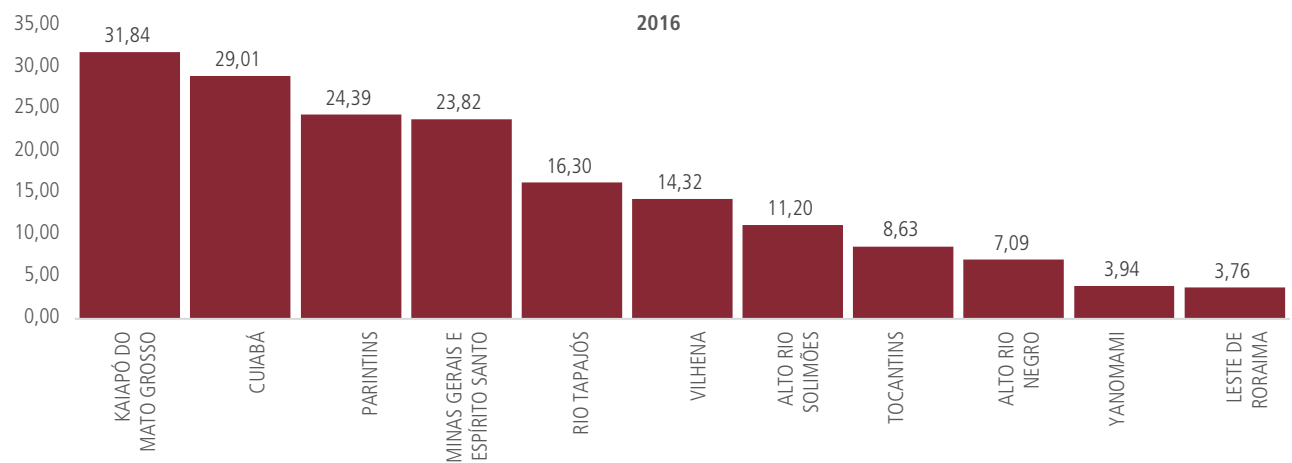


Fonte: SIASI/SESAI/MS.

Em 2016, foram notificados em 11 DSEI 30 casos de HPV, com taxas que variaram entre 31,84 por 100 mil habitantes no DSEI

Kaiapó do Mato Grosso e 3,76 por 100 mil habitantes no DSEI Leste de Roraima.

Gráfico 38 – Taxa por 100 mil habitantes de casos de HPV nos DSEI em 2016

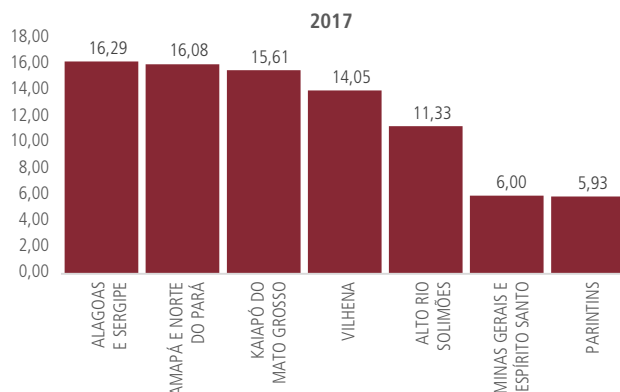


Fonte: SIASI/SESAI/MS.

Em 2017, foram notificados em sete DSEI 16 casos de HPV, com taxas que variaram entre 16,29 por 100 mil habitantes no

DSEI Alagoas e Sergipe e 5,93 por 100 mil habitantes no DSEI Parintins.

Gráfico 39 – Taxa por 100 mil habitantes de casos de HPV nos DSEI em 2017



Fonte: SIASI/SESAI/MS

HEPATITES VIRAIS

As Hepatites virais são doenças causadas por diferentes agentes etiológicos que afetam o tecido hepático. Para esse informe, serão apresentados os dados sobre Hepatites B e C na população indígena atendida pelo SasiSUS.

Hepatite B é uma doença transmissível causada por vírus (HBV, do inglês *Hepatitis B vírus*). Sua transmissão pode ser via pele ou mucosa, compartilhamento de agulhas, seringas, materiais de manicure, lâminas de barbear, procedimentos cirúrgicos ou odontológicos, relações sexuais desprotegidas – sendo esta via a predominante – e por transmissão vertical. A taxa de evolução para a condição crônica na população em geral é entre cinco a 10% das pessoas infectadas. Dessas, cerca de 25% evoluem para doença hepática avançada. A estratégia mais disseminada para controle da Hepatite B é a vacinação e a orientação para prevenção das IST, feita em parceria com os DSEI e as equipes em área (BRASIL, 2017b; 2018b).

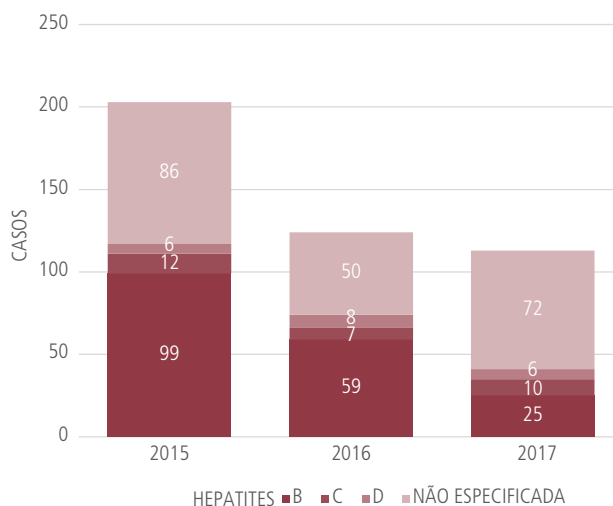
A Hepatite C é uma infecção causada pelo HCV (do inglês *Hepatitis C vírus*), de transmissão sobretudo parenteral, podendo ocorrer também por via vertical, em uma menor parcela dos casos; por via sexual, sendo os principais fatores de risco pessoas com parceiros múltiplos, que têm relação sexual sem preservativo; com outras IST especialmente com úlceras na região anogenital ou com qualquer comportamento ou prática de risco para as IST em geral. É uma doença de evolução silenciosa,

com seus sintomas manifestando-se em fases mais avançadas, sendo o diagnóstico obtido muitas vezes décadas após a infecção (BRASIL, 2017b; 2015b; 2018b).

Os casos de Hepatite em gestante são monitorados como parte da estratégia para o controle da transmissão vertical. Se a infecção ocorre no primeiro trimestre de gestação, o risco de transmissão é de 10%. Entretanto, quando ocorre no segundo ou terceiro trimestre, a transmissão pode ocorrer em mais de 60% dos casos. Sem a profilaxia adequada no momento do parto, o RN poderá desenvolver infecção aguda que pode progredir para uma infecção crônica. No SIASI foi notificado um caso de Hepatite em gestante no DSEI Alto Rio Negro no ano de 2017.

O número de casos notificados de Hepatites tipo B, C e D e Hepatites virais não especificadas está representado no gráfico a seguir.

Gráfico 40 – Número absoluto de casos de Hepatite, por tipo, em todos os DSEI com notificação em 2015, 2016 e 2017



Fonte: SIASI/SESAI/MS.

Os indicadores epidemiológicos para a vigilância das Hepatites estão descritos na Tabela 16.

Em relação as taxas de detecção das Hepatites B e C os gráficos 41, 42 e 43 mostram as taxas nos anos de 2015, 2016 e 2017.

Tabela 15 – Total de casos de Hepatites B, C e Delta

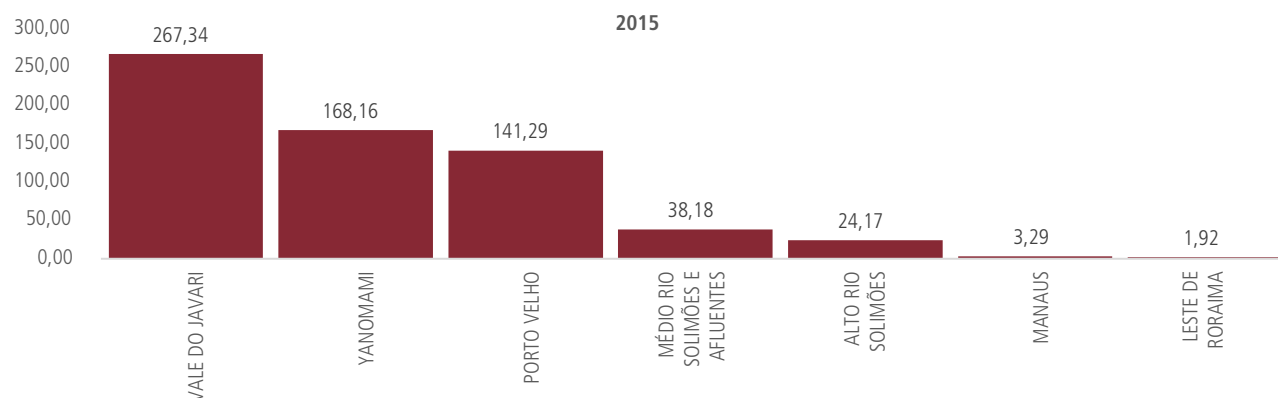
DSEI	Hepatite B			Hepatite C			Hepatite B com Agente Delta		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Alagoas E Sergipe	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Altamira	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alto Rio Negro	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Alto Rio Purus	0	1	5	0	0	0	0	1	0
Alto Rio Solimões	17	24	1	0	0	0	0	1	0
Amapá e Norte do Pará	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Araguaia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bahia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ceará	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cuiabá	0	0	0	6	0	0	0	0	0
Guamá-Tocantins	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Interior Sul	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kaipó do Mato Grosso	0	2	1	0	0	4	0	0	3
Kaipó do Pará	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leste de Roraima	1	2	6	0	0	0	0	0	0
Litoral Sul	0	0	0	0	1	0	0	1	0
Manaus	1	1	1	1	0	0	0	0	0
Mato Grosso do Sul	0	0	0	0	0	3	0	0	0
Médio Rio Purus	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Médio Rio Solimões e Afluentes	9	1	1	1	3	0	0	0	0
Minas Gerais e Espírito Santo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parintins	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pernambuco	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Porto Velho	14	16	6	2	2	0	1	2	0
Potiguar	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rio Tapajós	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Tocantins	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vale do Javari	16	3	0	0	0	0	4	2	2
Vilhena	0	0	0	0	0	2	0	0	0
Xavante	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Yanomami	41	7	4	2	0	0	1	0	0
Total	99	59	25	12	7	10	6	8	6

Fonte: SIASI/SESAI/MS.

Tabela 16 – Indicadores epidemiológicos das Hepatites B, C e Hepatites Virais

Indicador		Uso
Hepatite B	Taxa de detecção de Hepatite B	Medir a ocorrência de casos confirmados de Hepatite B na população em geral.
	Taxa de detecção de Hepatite B em gestantes	Medir a ocorrência de casos confirmados de Hepatite B em gestantes.
	Percentual de coinfeção de Hepatite B com HIV	Medir a ocorrência de casos confirmados de Hepatite B coinfectados com HIV.
	Coeficiente de mortalidade de Hepatite B	Medir o risco de óbitos em consequência da Hepatite B na população em geral.
Hepatite C	Taxa de detecção de Hepatite C	Medir a ocorrência de casos confirmados de Hepatite C na população em geral.
	Percentual de coinfeção de Hepatite C com HIV	Medir a ocorrência de casos confirmados de Hepatite C coinfectados com HIV.
	Coeficiente de mortalidade de Hepatite C	Medir o risco de óbitos em consequência da Hepatite C na população em geral.
Hepatites Virais	Razão de sexo	Medir a relação quantitativa de casos de Hepatites virais entre os sexos.
	Distribuição percentual por escolaridade	Medir a ocorrência anual de casos de Hepatites virais por escolaridade.
	Distribuição percentual por faixas etária	Medir o risco de casos em consequência das Hepatites virais na população geral, por faixas etárias.

Gráfico 41 – Taxa de detecção de Hepatite B por 100 mil habitantes em 2015

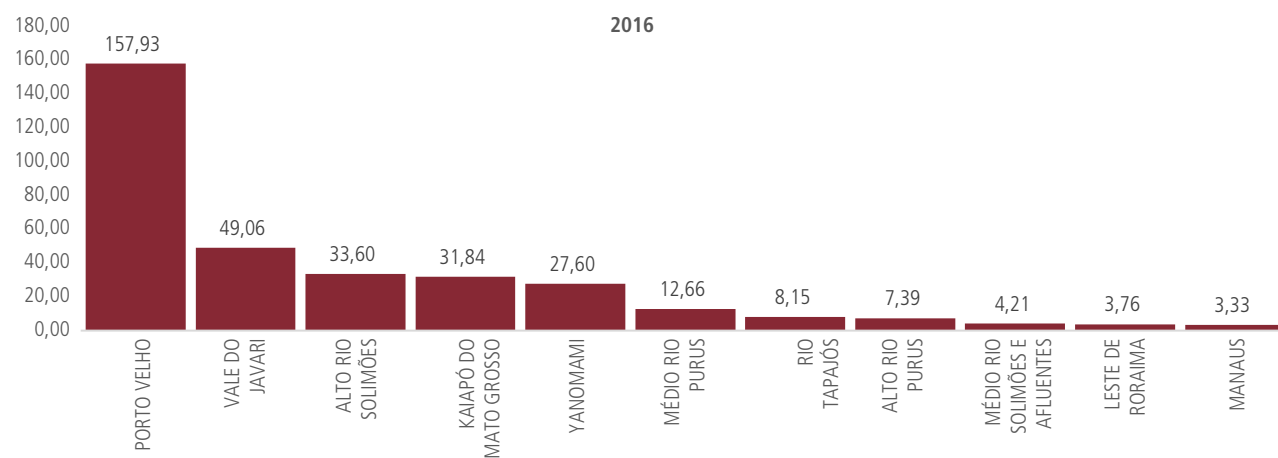


Fonte: SIASI/SESAI/MS.

Em 2015, a taxa de detecção mais alta foi do DSEI Vale do Javari, que alcançou 267,34 casos por 100 mil habitantes, seguida pelo DSEI Yanomami, com uma taxa de 168,16, e o DSEI Porto Velho, com uma taxa de 141,16 casos por 100 mil habitantes.

Em 2016, as taxas variaram entre 157,93 casos por 100 mil habitantes no DSEI Porto Velho e 3,33 no DSEI Manaus. Houve um aumento de DSEI com notificação, passando de sete, em 2015, para 11, em 2016, conforme Gráfico 42.

Gráfico 42 – Taxa de detecção de Hepatite B por 100 mil habitantes em 2016

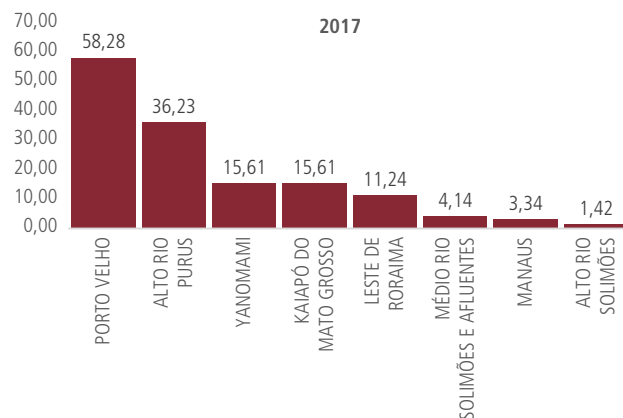


Fonte: SIASI/SESAI/MS.

Em 2017, houve uma queda no número de DSEI com notificação, passando de 11, em 2016, para oito, em 2017, conforme Gráfico 43. Em relação à taxa de detecção, houve queda em relação aos anos anteriores. O DSEI Porto Velho apresentou

uma taxa de 58,28 casos por 100 mil habitantes e foi o de maior frequência, enquanto o Alto Rio Solimões apresentou a menor taxa em toda a série, com 1,42 casos por 100 mil habitantes (Gráfico 43).

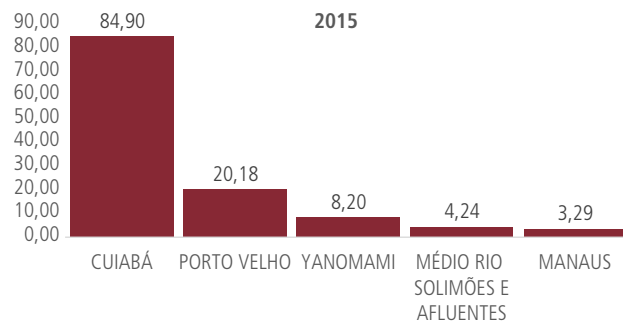
Gráfico 43 – Taxa de detecção de Hepatite B por 100 mil habitantes em 2016



Fonte: SIASI/SESAI/MS.

Foram notificados no SIASI 29 casos de Hepatite C em 11 DSEI. Em 2015, o DSEI com maior taxa foi Cuaibá (84,90 por 100 mil habitantes); com menor taxa, o DSEI Manaus, com uma taxa de 3,29 (Gráfico 44).

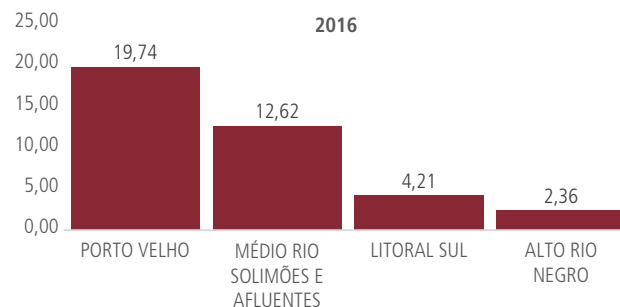
Gráfico 44 – Taxa de detecção de Hepatite C por 100 mil habitantes em 2015



Fonte: SIASI/SESAI/MS.

Em 2016, as taxas de detecção de Hepatite C variaram entre 19,74 no DSEI Porto Velho e 2,36 no DSEI Alto Rio Negro (Gráfico 45)

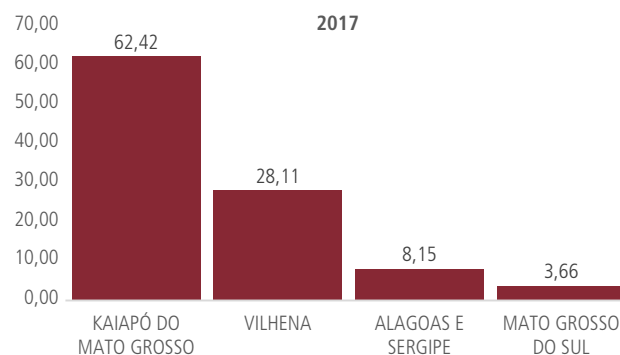
Gráfico 45 – Taxa de detecção de Hepatite C por 100 mil habitantes em 2016



Fonte: SIASI/SESAI/MS

Em 2017, a mais alta taxa de detecção foi de 62,42 no DSEI Kaiapó do Mato Grosso, enquanto a menor taxa foi no DSEI Mato Grosso do Sul, que alcançou o valor de 3,66 por 100 mil habitantes.

Gráfico 46 – Taxa de detecção de Hepatite C por 100 mil habitantes em 2017



Fonte: SIASI/SESAI/MS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A SESAI tem atuado no enfrentamento da sífilis e das Hepatites virais por meio de diversas ações intersetoriais. As medidas de controle dependem em grande parte de uma abordagem causal que explore, além dos agentes etiológicos já conhecidos, os aspectos culturais e territoriais que atuam como determinantes nesse processo.

A ocorrência dessas doenças não é exclusividade da população indígena, e a abordagem intercultural e integral desse tema na saúde indígena pode trazer mudanças nos eventos, a partir de ações qualificadas de prevenção e promoção da saúde.

Compreender esses determinantes é parte da estratégia de prevenção e promoção da saúde em relação a essas doenças. A qualidade da informação é fundamental para o bom planejamento das ações de saúde no território. Evidenciar as deficiências e as desigualdades da saúde indígena por meio das infor-

mações do SIASI é uma estratégia para se alcançar a equidade (COIMBRA; SANTOS, 2001).

Um dos resultados esperados a partir deste relatório é sensibilizar as equipes de saúde a notificarem no SIASI os casos de sífilis e hepatites virais e as demais doenças de notificação compulsória. A informação em saúde é um instrumento importante para orientar as ações de saúde rumo a equidade, autonomia do território, planejamento, vigilância, monitoramento e avaliação de todas as ações. Nesse sentido, recomendamos a leitura atenta deste documento e a posterior verificação dos dados de notificação. Com essa devolutiva produzida pela SESAI, esperamos e sugerimos que as informações qualificadas sejam inseridas no SIASI, no ano em questão para que possamos elaborar em conjunto com os DSEI um boletim epidemiológico e um diagnóstico mais preciso da situação de saúde no território.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Hepatites Virais 2018. **Boletim Epidemiológico**, v. 49, 2018b. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/05/Boletim-Hepatites-2018.pdf>>. Acesso em: 24 out.2018.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. 2015a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58357/pcdt_ist_02_2016_web_pdf_31665.pdf>. Acesso em: 24 out.2018.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)**. Brasília, 2015b. 120 p.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Para Hepatite B e Coinfecções**. Brasília, 2017b. 119 p.

_____. Ministério da Saúde. Saúde S de V em. **Boletim Epidemiológico: Sífilis**, Brasília, 2017a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília, 2014. 812 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde do Indígena. **Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI)**. Brasília, 2018a.

COIMBRA, C. E. A.; SANTOS, R. V. **Perfil Epidemiológico da População Indígena no Brasil: Considerações Gerais**. 2001. Documento de Trabalho nº 3. Disponível em: <<http://www.cesir.unir.br/pdfs/doc3.pdf>>. Acesso em: 24 out.2018.

PANORAMA DA TUBERCULOSE NO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

A tuberculose é considerada um grave problema de saúde pública por acometer milhares de pessoas em todo o mundo e com elevado índice de óbito, por isso, tem sido, incansavelmente, a pauta de organismos governamentais e não-governamentais envolvidos no combate à doença (BRASIL, 2017).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, nas regiões da Américas, no ano de 2016, foram registrados 222.750 casos de tuberculose e cerca de 23.256 óbitos pela doença, entretanto, a previsão é de que cerca de 50 mil novos casos deixem de ser diagnosticados a cada ano (OPAS/OMS, 2018).

No ano de 2014, foi definida a *nova estratégia global para enfrentamento da tuberculose*, por ocasião da Assembleia Mundial de Saúde, na Organização Mundial da Saúde, que visa eliminar a tuberculose como problema de saúde pública até o ano de 2035. O Brasil foi o principal proponente da nova estratégia (BRASIL, 2017).

METODOLOGIA

Foram analisados os casos de Tuberculose entre indígenas atendidos pelo SasiSUS entre os anos de 2015 a 2017. Os dados de Tuberculose e demográficos foram obtidos no SIASI. Para tratamento do banco de dados foram identificadas e excluídas as duplicidades no módulo de morbidade do SIASI utilizando as variáveis código do indígena, nome do indígena e data de nascimento. Após exclusão restaram, em 2015, 469, de 512 no-

A população indígena brasileira está entre os grupos vulneráveis ao adoecimento por tuberculose, juntamente com a população privada de liberdade, população em situação de rua e pessoas vivendo com HIV/AIDS. (BRASIL, 2011). O adoecimento por tuberculose está intrinsecamente relacionado às más condições socioeconômicas e, de acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social, de cada dez pessoas indígenas, quatro estão em situação de extrema pobreza (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, o objetivo deste informe é descrever a ocorrência de casos de todas as formas tuberculose notificados no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) e avaliar o coeficiente de incidência de tuberculose nos DSEI utilizando as variáveis faixa etária e sexo para caracterização demográfica.

tificações, para 2016, 605 de 640 notificações e, para 2017, 510, de 541 notificações de tuberculose no SIASI.

Os indicadores utilizados foram o coeficiente de incidência, calculados para cada 100 mil indígenas, por DSEI, sexo e faixa etária (BRASIL, 2011).

RESULTADOS

Nos anos de 2015, 2016 e 2017, o coeficiente de incidência de Tuberculose foi, respectivamente, 63,09, 78,91 e 66,61 por 100.000 habitantes. Observou-se grandes diferenças entre os

DSEI, sendo que as maiores incidências estiveram nos DSEI Kaiapó do Mato Grosso e Xavante (Tabela 17).

Tabela 17 – Casos novos de Tuberculose e Coeficiente de Incidência (por 100 mil hab.) entre indígenas atendidos pelo SasiSUS, por DSEI, 2015 a 2017

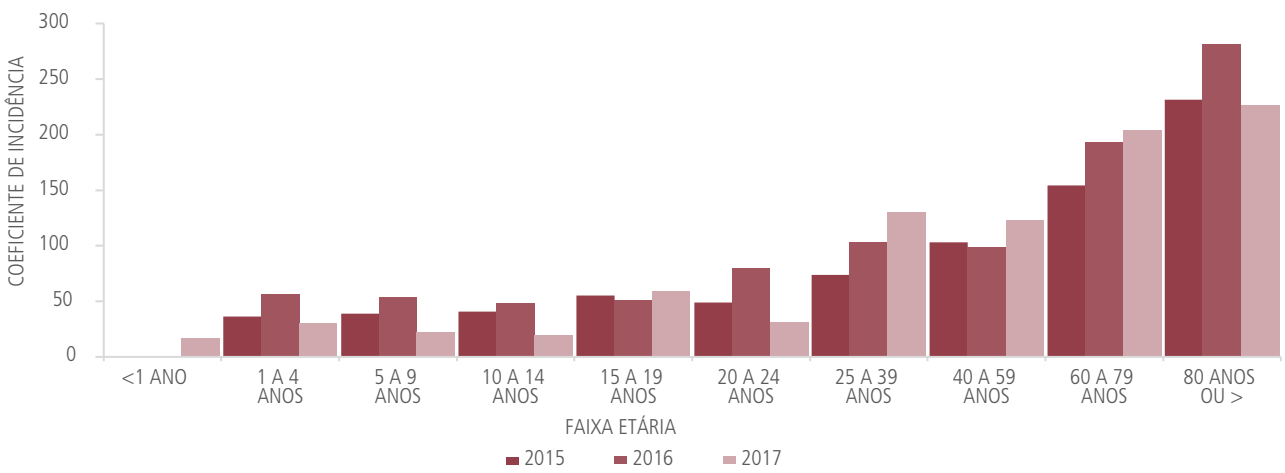
DSEI	2015		2016		2017	
	Casos Novos	CI	Casos Novos	CI	Casos Novos	CI
ALAGOAS E SERGIPE	0	0,00	1	8,00	3	24,44
ALTAMIRA	0	0,00	2	50,88	7	173,31
ALTO RIO JURUÁ	0	0,00	4	23,17	8	45,58
ALTO RIO NEGRO	28	64,83	17	40,18	33	77,38
ALTO RIO PURUS	2	15,31	2	14,78	13	94,21
ALTO RIO SOLIMÕES	21	29,86	21	29,40	26	36,81
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	0	0,00	0	0,00	0	0,00
ARAGUAIA	2	39,32	8	153,67	4	75,37
BAHIA	1	3,40	1	3,39	2	6,81
CEARÁ	8	29,37	11	41,38	4	15,24
CUIABÁ	8	113,20	6	87,04	7	102,88
GUAMÁ-TOCANTINS	9	107,18	9	105,40	10	115,45
INTERIOR SUL	3	5,28	6	10,22	18	30,81
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	10	161,21	24	382,04	38	593,01
KAIAPÓ DO PARÁ	21	388,24	20	357,59	11	193,39
LESTE DE RORAIMA	9	17,32	10	18,80	9	16,86
LITORAL SUL	0	0,00	1	4,21	15	64,29
MANAUS	14	46,05	26	86,58	19	63,53
MARANHÃO	12	33,61	46	129,31	41	113,44
MATO GROSSO DO SUL	16	18,92	96	114,61	105	127,99
MÉDIO RIO PURUS	12	152,46	8	101,28	10	145,99
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	20	84,85	22	92,52	14	57,94
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	1	5,88	3	17,86	5	30,00
PARINTINS	7	44,16	11	67,08	8	47,45
PERNAMBUCO	4	10,02	2	4,90	5	12,48
PORTO VELHO	2	20,18	12	118,45	9	87,41
POTIGUARA	1	6,87	2	13,49	1	7,04
RIO TAPAJÓS	23	195,16	25	203,70	33	259,01
TOCANTINS	3	26,58	9	77,71	6	50,74
VALE DO JAVARI	4	66,83	1	16,35	1	16,06
VILHENA	21	307,33	11	157,50	14	196,77
XAVANTE	200	1042,37	175	881,26	7	33,91
XINGU	5	69,55	0	0,00	0	0,00
YANOMAMI	12	49,22	13	51,26	24	93,67
Total Geral	479	63,09	605	78,91	510	66,61

Fonte: SIASI/SESAI/MS, sujeitos à revisão.

Observou-se um acréscimo na incidência de Tuberculose com o aumento da idade nos três anos analisados. Notou-se que a taxa de incidência segue um padrão de crescimento entre

os indígenas com 25 anos ou mais. As maiores incidências foram observadas nos indígenas com idade a partir dos 60 anos (Gráfico 47).

Gráfico 47 – Coeficiente de Incidência de Tuberculose (por 100 mil hab.) entre indígenas atendidos pelo SasiSUS, segundo faixa etária, 2015 a 2017, Brasil

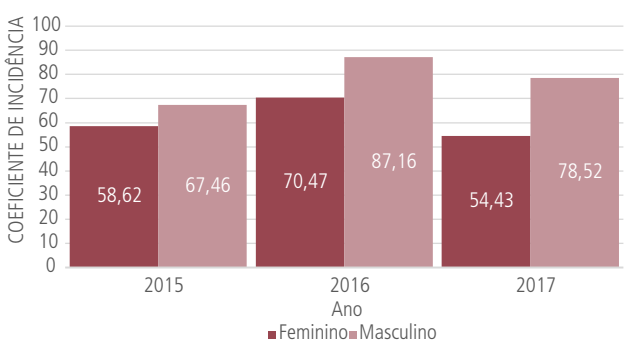


Fonte: SIASI/SESAI/MS.
Dados sujeitos à revisão.

Houve diferenças na incidência de Tuberculose entre os sexos, para todos os anos analisados. Os homens indígenas possuem as maiores taxas de incidência, em todos os anos analisados (Gráfico 48).

Tuberculose, apresentando maiores taxas de incidência em relação ao grupo de mulheres indígenas.

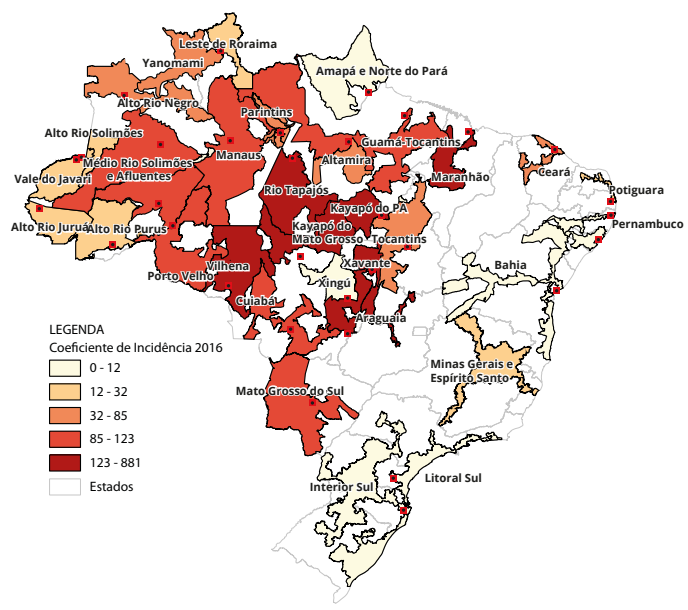
Gráfico 48 – Incidência de Tuberculose entre indígenas atendidos pelo SasiSUS, segundo sexo, 2015 a 2017, Brasil



Fonte: SIASI/SESAI/MS.
Dados sujeitos à revisão.

A distribuição geográfica demonstra que houve uma concentração de casos entre os DSEI localizados entre a Região Amazônica e na Região Centro-Oeste, de maneira que esses DSEI possuem as maiores taxas de incidência (Figura 6).

Figura 6 – Coeficiente de Incidência de Tuberculose (por 100 mil hab.) entre indígenas atendidos pelo SasiSUS, por DSEI, 2016, Brasil



Fonte: SIASI/SESAI/MS.
Dados sujeitos à revisão.

Em relação às faixas etárias, observa-se aumento da incidência com o acréscimo de idade, principalmente a partir dos 40 anos, demonstrando-se que a frequência de casos de tuberculose é maior entre os indígenas adultos e idosos.

Em relação ao local, os DSEI da Região Amazônica e parte da Região Centro-Oeste apresentaram as maiores taxas de Tuberculose em comparação aos DSEI de outras localidades do país.

Ressalta-se que uma das dificuldades da vigilância da tuberculose é o diagnóstico adequado. Por exemplo, entre os anos de 2015 e 2016 houve um incremento significativo do número de casos notificados entre os indígenas atendidos pelo SasiSUS no DSEI Xavante. Os diagnósticos foram confirmados apenas pela clínica e exame de Raios X de tórax, sem a confirmação labo-

ratorial, conforme recomendado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT).

Destaca-se ainda que o coeficiente de incidência é um indicador que representa o risco de adoecer por Tuberculose em determinado período. Entretanto, para populações muito pequenas, como é o caso de alguns DSEI, o coeficiente pode apresentar um valor superestimado. Como forma de demonstrar a magnitude da situação apresentada, foram explicitados também os valores absolutos de casos novos de Tuberculose entre os DSEI.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O controle da tuberculose é uma prioridade do governo brasileiro que assumiu o compromisso de eliminar a doença como problema de saúde pública até o ano de 2035 (1). Os povos indígenas apresentam maiores riscos ao adoecimento, sendo ainda a redução de casos de tuberculose um desafio a ser superado, embora tenha havido um avanço significativo nas medidas de prevenção e controle da doença.

A tuberculose é uma doença que exige tanto dos trabalhadores da saúde quanto do paciente e seus familiares uma sensibilidade para a importância do tratamento correto, da disciplina no plano de cuidado e de mecanismos que possibilitem a adesão pelo doente.

Dentre os avanços, destacam-se o fortalecimento da rede de atenção à saúde no que concerne aos exames de diagnóstico e de controle, o tratamento oportuno, incluindo uma maior cobertura no Tratamento Diretamente Observado.

A participação da comunidade, das instituições interessadas, dos profissionais de saúde torna-se premente para a qualidade das ações e atividades ofertadas à população.

É fundamental ampliar o espectro das relações interinstitucionais e intersetoriais pertinentes à melhoria da atenção à saúde, além da mobilização social e da participação dos demais atores interessados.

Nesse sentido, a SESAI tem investido na qualificação das EMSI no Manejo Clínico da Tuberculose, no mapeamento dos avanços e desafios para o controle da tuberculose local, na qualificação dos dados registrados no SIASI, na vigilância epidemiológica da tuberculose, nas parcerias com os programas municipais e estaduais de controle da tuberculose, a fim de planejarem atividades que garantam a implementação do Programa de Controle da Tuberculose local.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil livre da tuberculose**: Plano Nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública. Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de recomendação para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Tuberculose, população indígena e determinantes sociais. **Boletim epidemiológico**, v. 45, n. 18, p. 1-13, 2014. Disponível em: <<http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/agosto/13/BE-2014-45--18---Tuberculose.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **OPAS convoca líderes de todos os níveis e setores para pôr fim à tuberculose nas Américas até 2030**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5619:opas-convoca-lideres-de-todos-os-niveis-e-setores-para-por-fim-a-tuberculose-nas-americas-ate-2030&Itemid=812>. Acesso em: 24 out. 2018.

ANÁLISE DO ACESSO A SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA BÁSICA NO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA, 2015 A 2017

O Ministério da Saúde (MS), sob a coordenação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), publicou, em 2011, o Componente Indígena da Política Nacional de Saúde Bucal, conhecido como Programa Brasil Sorridente Indígena (BRASIL, 2011). O Programa apresenta-se como uma extensão adaptada às especificidades e complexidades da saúde indígena do Programa Brasil Sorridente, lançado em 2004 (BRASIL, 2004), com o objetivo de ampliar o acesso e a qualidade da atenção à saúde bucal da população indígena assistida pelos 34 DSEI.

O conceito de acesso tem significado amplo de representar o grau de adequação entre o usuário e o sistema de saúde. Implica a garantia de ingresso no sistema de saúde sem obstáculos físicos, financeiros ou de outra natureza, de forma que os indivíduos possam usufruir desses serviços de maneira contínua e organizada (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Desta forma, esse trabalho apresenta uma análise descritiva de indicadores de acesso aos serviços odontológicos no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no período de 2015 a 2017, restringindo-se à oferta e utilização de tais serviços, tendo como base os indicadores descritos a seguir.

A primeira Consulta Odontológica Programática (COP) diz respeito ao primeiro atendimento em que é realizada a avaliação das condições gerais de saúde e o exame clínico odontológico com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de plano preventivo-terapêutico. Assim, esse indicador permi-

te inferir a proporção de pessoas que tiveram acesso ao tratamento odontológico do programa de saúde bucal desenvolvido pela equipe de saúde (BRASIL, 2009; 2012). No entanto, o acesso à assistência odontológica também deve levar em consideração outros atendimentos, como os de retorno, manutenção, atendimentos eventuais de urgência/emergência/consulta dia, que não têm seguimento previsto.

Os atendimentos podem ser realizados por agendamento ou por demanda espontânea, sendo a forma de marcação um importante indicador para análise da organização dos serviços. O atendimento por agendamento é definido com base no planejamento da equipe e não apenas nas situações em que se define previamente hora/data para a atendimento. Já os atendimentos por demanda espontânea são realizados nos casos de urgência/emergência e nas situações onde não houve um planejamento anterior ao atendimento (BRASIL, 2009).

Uma vez realizado o atendimento odontológico, os serviços devem buscar a continuidade do tratamento, até que ele seja concluído. Na atenção primária, o tratamento odontológico básico concluído é considerado quando a infecção intrabucal está controlada e todas as ações que se propôs realizar no plano preventivo-terapêutico foram executadas. Sendo assim, a resolubilidade do atendimento odontológico básico pode ser estimada a partir da proporção de primeiras consultas odontológicas programáticas que alcançaram os tratamentos odontológicos básicos concluídos (BRASIL, 2009; 2012).

MÉTODO

Selecionou-se para análise os seguintes indicadores: (i) cobertura de primeira consulta odontológica programática (COP), estimada a partir do número total de COP realizadas em determinado local e período, dividido pela população total no mesmo local e período, multiplicado por 100; (ii) número total de consultas odontológicas realizadas (atendimentos por demanda espontânea + por agendamento); (iii) proporção de consultas por agendamento, calculada pela divisão do número de consultas agendadas pelo total de consultas, multiplicado por 100; (iv) percentual de primeiras consultas odontológicas programáticas com conclusão de tratamento odontológico básico (TC), calculado a partir da divisão do número de TC pelo número de COP, multiplicado por 100.

Os dados foram extraídos da base nacional do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), especificamen-

te do “Consolidado Mensal de Odontologia – Procedimentos Individuais” do módulo de Saúde Bucal, em 12 de junho de 2018, apurados entre o dia 1 de janeiro a 31 de dezembro de cada ano. Os dados demográficos foram extraídos também do SIASI, em 29 de junho de 2018. Utilizou-se a população indígena registrada em 31 de dezembro de cada ano, excluindo-se os registros com endereços em logradouros, referente à população residente nos centros urbanos. Os dados são preliminares e estão sujeitos à revisão.

Os dados foram tabulados e processados utilizando-se o programa Microsoft Excel 2013. Os resultados de primeira cobertura odontológica programática foram estratificados e apresentados por DSEI e ano. Os demais resultados estão apresentados por consolidado nacional e ano.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

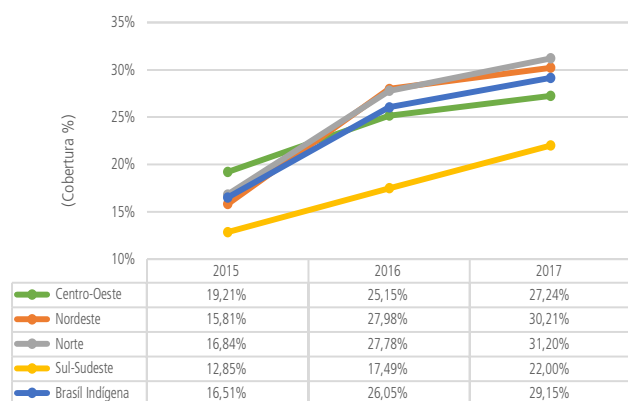
Conforme apresentado no Gráfico 49, observa-se que a cobertura de primeira consulta programática nacional indígena aumentou de 16,51%, em 2015, para 29,15%, em 2017, o que representa um incremento de 12,63% no período analisado. Dessa forma, pode-se afirmar que 29,15% da população indígena realizou ao menos uma consulta odontológica em 2017, uma vez que esse indicador não contabiliza as consultas de retorno, as consultas de urgências e outros atendimentos sem segmento previsto.

A tendência de aumento ocorreu em todas as regiões brasileiras, sendo que a Região Sul-Sudeste apresentou as menores coberturas para todos os anos em análise.

A Tabela 18 e as Considerações finais e a Figura 8 apresentam a cobertura de primeira consulta programática por DSEI entre 2015 a 2017. O DSEI Altamira, Alto Rio Juruá e Médio Rio Purus apresentaram coberturas praticamente nulas em 2015, enquanto em 2017 apenas o DSEI Xingu apresentou valores nulos.

Os dados apresentados permitem verificar grande heterogeneidade na cobertura de primeira consulta entre os DSEI, sendo que, no geral, a maioria dos DSEI (n=28) apresentaram aumento nas coberturas entre 2015 e 2017. Em 2015, apenas 14 DSEI apresentaram coberturas acima de 20% e três acima de 40%. Houve expressiva melhora em 2017, uma vez que 26 DSEI alcançaram coberturas superiores a 20% e 14 superiores a 40%.

Gráfico 49 – Cobertura de primeira consulta odontológica programática em indígenas assistidos pelo SasiSUS por região, 2015 a 2017



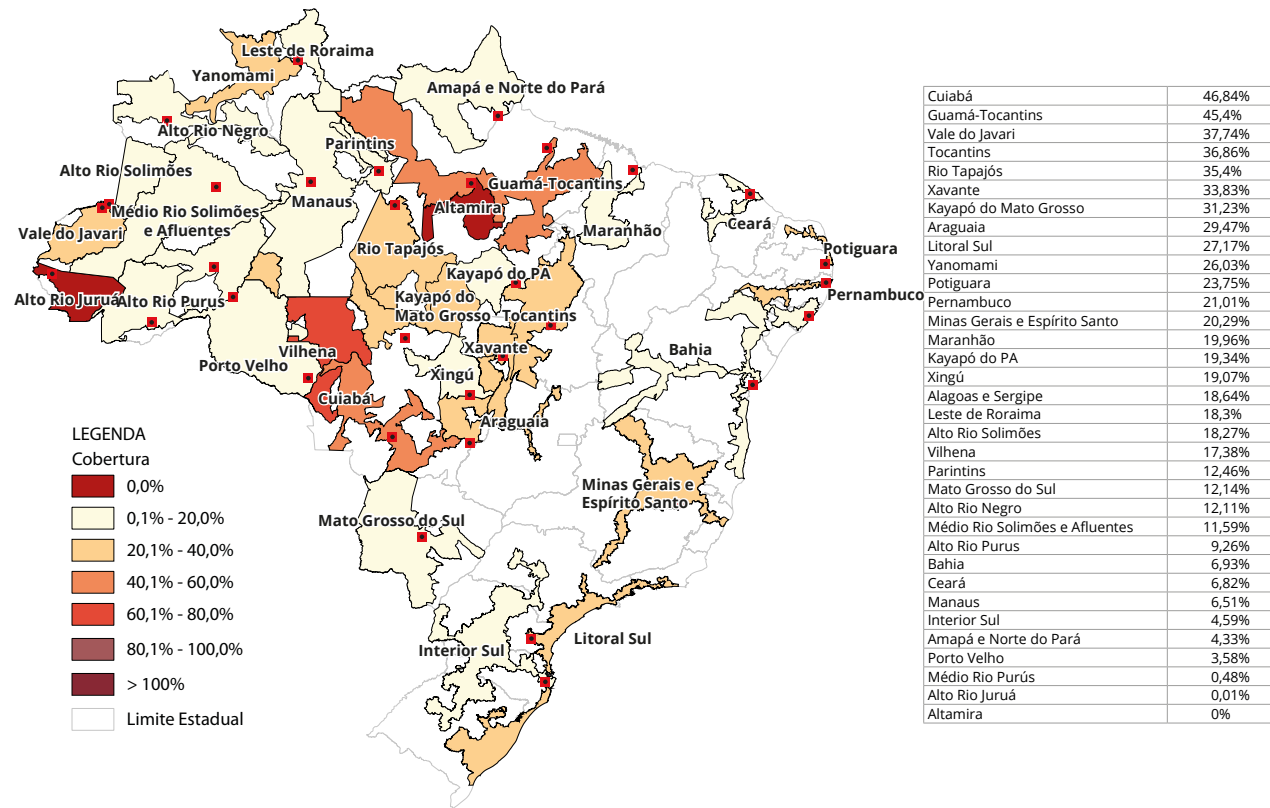
Fonte: SIASI/SESAI/MS, 2018 – Extração realizada em 12/06/2018, dados de 2017 sujeitos à revisão.

Tabela 18 – Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática (COP) por ano e por DSEI, 2015 a 2017

DSEI	Região	População			Número de COP			Cobertura de COP (%)			
		2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	Incremento 2015 a 2017
Alagoas e Sergipe	Nordeste	12.545	12.502	12.275	2.339	3.136	3.588	18,64	25,08	29,23	10,59
Altamira	Norte	3.787	3.931	4.039	-	42	529	0,00	1,07	13,10	13,10
Alto Rio Juruá	Norte	17.078	17.264	17.550	1	5.086	4.531	0,01	29,46	25,82	25,81
Alto Rio Negro	Norte	43.193	42.307	42.645	5.230	7.819	8.203	12,11	18,48	19,24	7,13
Alto Rio Purus	Norte	13.066	13.529	13.799	1.210	3.105	4.106	9,26	22,95	29,76	20,50
Alto Rio Solimões	Norte	70.334	71.430	70.626	12.850	17.572	26.811	18,27	24,60	37,96	19,69
Amapá e Norte do Pará	Norte	11.789	12.126	12.439	510	620	1.618	4,33	5,11	13,01	8,68
Araguaia	Centro-Oeste	5.087	5.206	5.307	1.499	2.140	2.815	29,47	41,11	53,04	23,58
Bahia	Nordeste	29.441	29.529	29.383	2.041	5.445	7.465	6,93	18,44	25,41	18,47
Ceará	Nordeste	27.240	26.585	26.253	1.858	10.693	12.089	6,82	40,22	46,05	39,23
Cuiabá	Centro-Oeste	7.067	6.893	6.804	3.310	2.862	3.756	46,84	41,52	55,20	8,37
Guamá-Tocantins	Norte	8.397	8.539	8.662	3.812	3.428	3.869	45,40	40,15	44,67	-0,73
Interior Sul	Sul_Sudeste	56.766	58.706	58.422	2.608	4.926	7.717	4,59	8,39	13,21	8,61
Kaipó do Mato Grosso	Centro-Oeste	6.203	6.282	6.408	1.937	2.059	2.577	31,23	32,78	40,22	8,99
Kaipó do Pará	Norte	5.409	5.593	5.688	1.046	2.070	1.910	19,34	37,01	33,58	14,24
Leste de Roraima	Norte	51.958	53.190	53.393	9.508	16.465	7.470	18,30	30,96	13,99	-4,31
Litoral Sul	Sul_Sudeste	23.925	23.739	23.332	6.500	7.414	7.172	27,17	31,23	30,74	3,57
Manaus	Norte	30.401	30.030	29.909	1.979	4.345	7.922	6,51	14,47	26,49	19,98
Maranhão	Nordeste	35.701	35.573	36.144	7.126	13.066	14.561	19,96	36,73	40,29	20,33
Mato Grosso do Sul	Centro-Oeste	84.553	83.765	82.038	10.264	11.069	15.405	12,14	13,21	18,78	6,64
Médio Rio Purus	Norte	7.871	7.899	6.850	36	3.256	3.525	0,46	41,22	51,46	51,00
Médio Rio Solimões e Afluentes	Norte	23.572	23.778	24.161	2.731	4.570	9.764	11,59	19,22	40,41	28,83
Minas Gerais e Espírito Santo	Sul_Sudeste	17.015	16.796	16.664	3.452	5.021	6.761	20,29	29,89	40,57	20,28
Parintins	Norte	15.851	16.398	16.860	1.975	2.919	3.450	12,46	17,80	20,46	8,00
Pernambuco	Nordeste	39.904	40.778	40.067	8.385	8.367	7.319	21,01	20,52	18,27	-2,75
Porto Velho	Norte	9.909	10.131	10.296	355	4.184	5.833	3,58	41,30	56,65	53,07
Potiguar	Nordeste	14.557	14.826	14.200	3.457	4.006	2.802	23,75	27,02	19,73	-4,02
Rio Tapajós	Norte	11.785	12.273	12.741	4.172	6.765	4.333	35,40	55,12	34,01	-1,39
Tocantins	Norte	11.288	11.581	11.826	4.161	5.718	7.292	36,86	49,37	61,66	24,80
Vale do Javari	Norte	5.985	6.115	6.226	2.259	2.598	2.499	37,74	42,49	40,14	2,39
Vilhena	Norte	6.833	6.984	7.115	4.604	5.708	5.675	67,38	81,73	79,76	12,38
Xavante	Centro-Oeste	19.187	19.858	20.642	6.452	14.088	10.432	33,63	70,94	50,54	16,91
Xingu	Centro-Oeste	7.189	7.213	7.213	1.371	283	-	19,07	3,92	0,00	-19,07
Yanomami	Norte	24.381	25.361	25.623	6.346	8.850	9.358	26,03	34,90	36,52	10,49
Brasil Indígena		759.267	766.710	765.600	125.384	199.695	223.157	16,51	26,05	29,15	12,63

Fonte: SIASI, 2018 – Extração realizada em 12/06/2018, sujeito à revisão.

Figura 7 – Cobertura de primeira consulta odontológica programática em indígenas por DSEI, 2015



Fonte: SIASI/SESAI/MS.

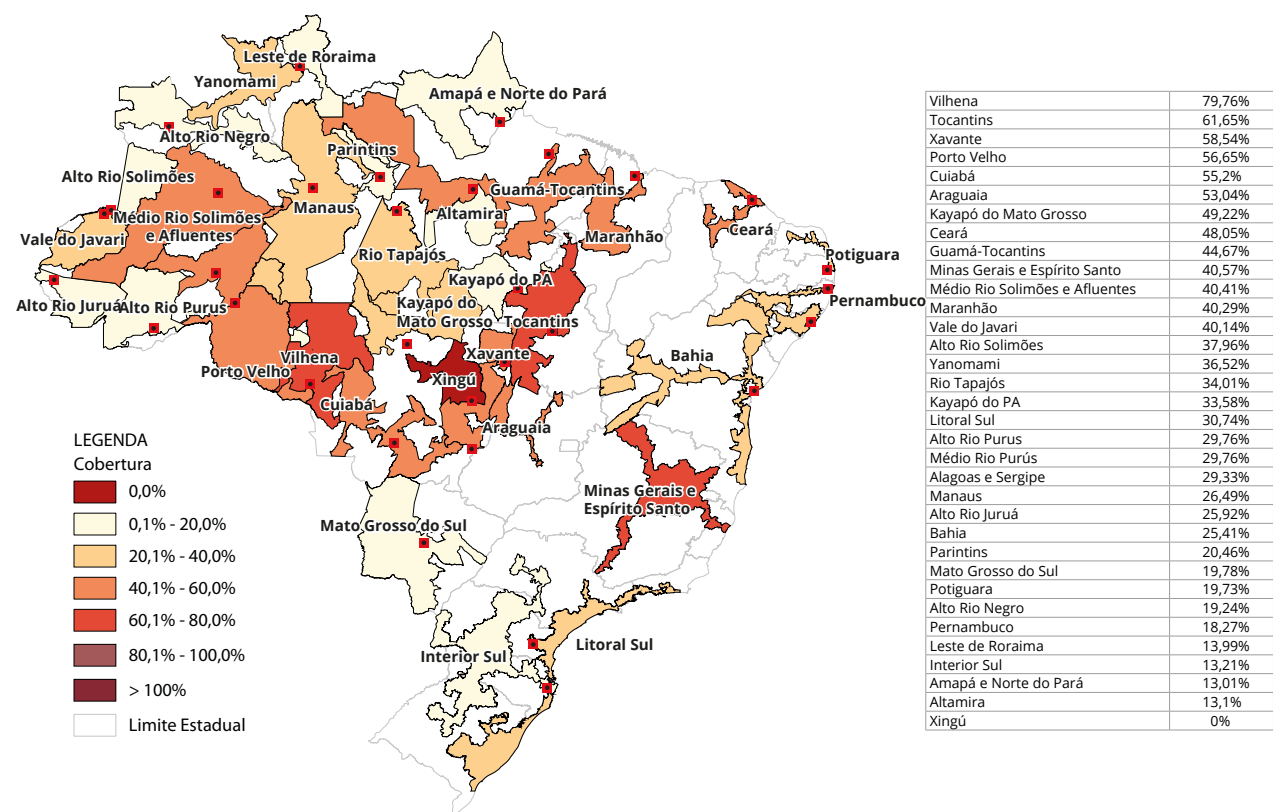
A Divisão de Ações de Saúde Indígena (DIASI/CGAPSI/DASI/SESAI/MS) realiza o monitoramento anual quanto à alimentação do sistema oficial de informação, comparando as informações do SIASI com as informações dos DSEI, que mantêm registros primários das informações de saúde bucal. O monitoramento realizado identificou expressiva ampliação da alimentação do SIASI, com redução da estimativa de subnotificação do número de primeiras consultas odontológicas programáticas na ordem 40,75%, em 2015, para 19,91%, em 2016, e 8,27% em 2017. Dessa forma, as menores coberturas observadas nos anos anteriores foram influenciadas pela subnotificação.

Buscando aprofundar a análise de acesso à assistência odontológica, incluindo todos os tipos atendimentos realizados, observa-se aumento do número total de atendimentos odontológicos realizados de 241.298, em 2015, para 359.787, em

2016, e de 376.127, em 2017, nos 34 DSEI, o que representa uma ampliação de 58,87% entre 2015 a 2017. Analisando-se os atendimentos realizados, observa-se uma pequena ampliação ao longo dos anos na proporção de atendimentos programados em relação aos atendimentos por demanda espontânea. As consultas programadas representaram 55,47% em 2015, 59,37%, em 2016, e 57,44%, em 2017, do total de atendimentos.

No que diz respeito à resolubilidade da assistência odontológica básica, observa-se que se manteve estável no período analisado, uma vez que a proporção de primeiras consultas odontológicas programáticas que tiveram os tratamentos odontológicos básicos concluídos foi de 51,70%, 50,76% e de 50,43% em 2015, 2016 e 2017 respectivamente, considerando o consolidado de todos os DSEI.

Figura 8 – Cobertura de primeira consulta odontológica programática em indígenas por DSEI, 2017



Fonte: SIASI/SESAI/MS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente análise permite concluir que, de acordo com os registros do SIASI, o SasiSUS apresentou crescimento expressivo do acesso da população indígena à assistência odontológica básica entre 2015 e 2017. Pode-se apontar ainda os esforços empreendidos pela SESA para o aumento da notificação das informações de saúde bucal no SIASI, fortalecendo e qualificando

o sistema oficial de informação, como estratégia fundamental para instrumentalizar o planejamento, monitoramento e avaliação para o aprimoramento das políticas públicas em saúde desenvolvidas no SasiSUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Componente Indígena da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretriz_indigena.pdf>. Acesso em: 24 out.2018.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção primária (PMAQ)**: Manual Instrutivo – Anexo, Ficha de Qualificação dos Indicadores. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004. 16 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 24 out.2018.

_____. Ministério da Saúde; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Diretrizes para Atenção à Saúde Bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas**: Manual Técnico. 2. ed. Brasília, 2009.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. S190-S198, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso%3E>. Acesso em: 24.out.2018. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>>.

PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO ÂMBITO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) apresentam-se como o principal problema de saúde no mundo e estão relacionadas ao grande número de mortes prematuras e de perda da qualidade de vida, incluindo alto grau de limitação e incapacidade, assim como de impactos econômicos para as famílias, as comunidades e a sociedade em geral (MALTA; MOURA; SILVA JÚNIOR, 2018).

As principais DCNT são as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, câncer e diabetes (WHO, 2005; 2011; BRASIL, 2011). Elas são responsáveis por quase 70% das mortes ocorridas no mundo inteiro, e no Brasil correspondem a 72% das causas de morte (MALTA; MOURA; SILVA JÚNIOR, 2018; BRASIL, 2011).

METODOLOGIA

Analisou-se os dados de morbidade e mortalidade por DCNT entre indígenas assistidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) nos anos de 2015 a 2017. Os dados de morbidade, mortalidade e demográficos foram obtidos no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Os diagnósticos e causas básicas de morte pesquisados para as DCNT foram agrupados segundo a Classificação Internacional de Doenças 10ª revisão (CID-10) da seguinte maneira: doenças cardiovasculares (DCV) (I00 – I99), doenças respiratórias crônicas (DR) (J30 – J98), neoplasias [tumores] (C00 – C97) e diabetes *mellitus* (E10 – E14) (MALTA; MOURA; SILVA JÚNIOR, 2018;

Existem outras doenças crônicas que contribuem igualmente para o sofrimento de indivíduos, famílias e da sociedade, entre elas estão: desordens mentais e neurológicas, ósseas e articulares, osteoporoses, desordens genéticas, doenças bucais e doenças autoimunes, assim como patologias oculares e auditivas (MALTA; MOURA; SILVA JÚNIOR, 2018; WHO, 2005).

As DCNT acometem pessoas de todas as camadas socioeconômicas e de maneira mais intensa aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como idosos e os de baixa escolaridade e renda (MALTA; MOURA; SILVA JÚNIOR, 2018; DUNCAN et al., 2011), assim como são mais frequentes em países de média e baixa renda (ABENGUNDE et al., 2007; ALWAN, A. et al., 2010).

WHO, 2005; 2011; ; BRASIL, 2011; 2013; DUNCAN et al., 2011; ABENGUNDE et al., 2007; ALWAN, A. et al., 2010; CUNHA, 2014).

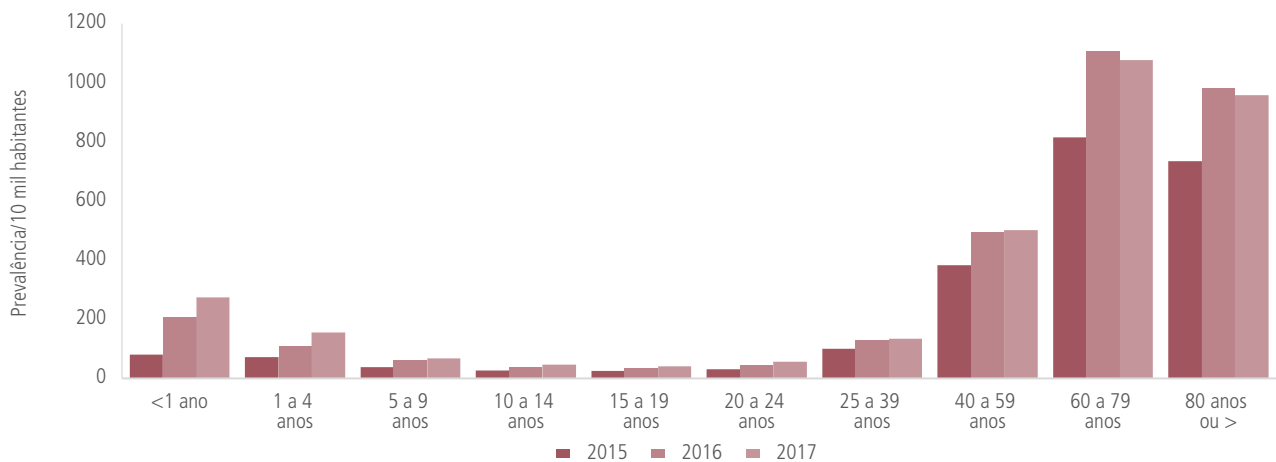
Para a exclusão das duplicidades no banco de dados de morbidade, utilizou-se a as seguintes variáveis código do indígena: nome do indígena, data de nascimento e CID-10. Os indicadores utilizados foram as taxas de prevalência, calculadas para cada 10 mil indígenas. Os resultados apresentados foram estratificados por agrupamento de doenças, por DSEI, consolidado nacional e ano. Em relação à mortalidade, utilizou-se as taxas de mortalidade proporcional.

RESULTADOS

Foram notificados no SIASI, entre 2015 e 2017, 42.583 casos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, incluindo os grupos de doenças cardiovasculares, doenças respiratórias agudas, diabetes mellitus e neoplasias, em indígenas assistidos pelo SasiSUS. A prevalência das DCNT, quando observado todos os grupos foi

de 138,49, 191,14 e 203,46 por 10.000 habitantes, para os anos 2015, 2016 e 2017 respectivamente (Gráfico 50). O Gráfico 50, ainda, descreve a distribuição das DCNT, por faixa etária para os anos de 2015, 2016 e 2017.

Gráfico 50 – Prevalência de DCNT (por 10 mil hab.) em indígenas assistidos pelo SasiSUS, segundo faixa etária, 2015 a 2017



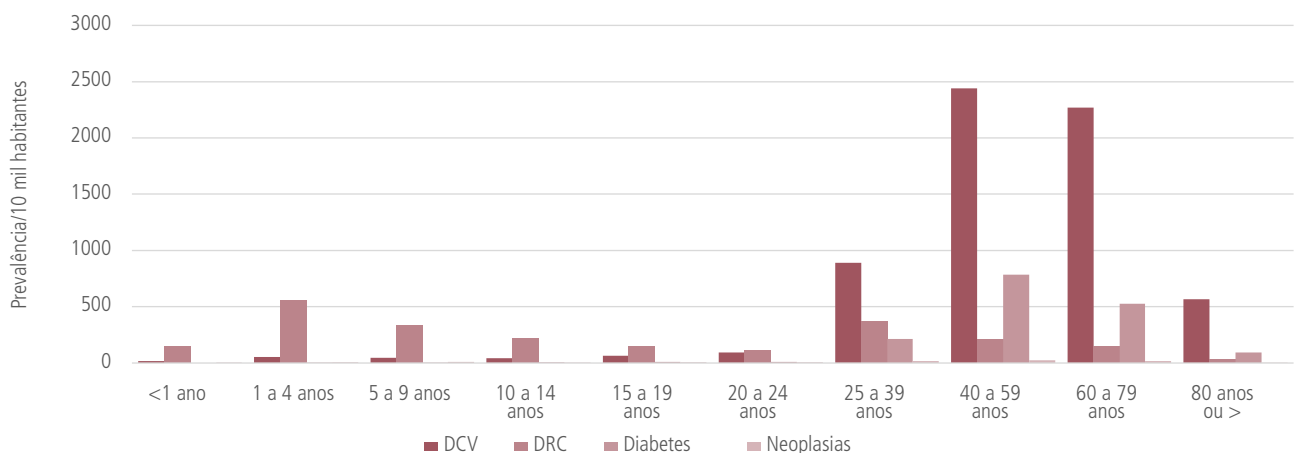
Fonte: SIASI/SESAI/MS, 2018.

Os Gráficos 51, 52 e 53 mostram a frequência das DCNT, por faixa etária na população assistida pelo SasiSUS. No conjunto de dados, observa-se que há um padrão de distribuição semelhante dos grupos de causas ao longo dos três anos descritos.

Os dados mostram que, em relação às faixas etárias, quando avaliados os grupos de causa separadamente as DCV e a dia-

betes são mais prevalentes entre os indígenas com 40 anos ou mais, enquanto que as doenças respiratórias crônicas são mais frequentes entre os indígenas menores de um ano até nove anos de idade e entre a população de indígenas com idade a partir dos 60 anos.

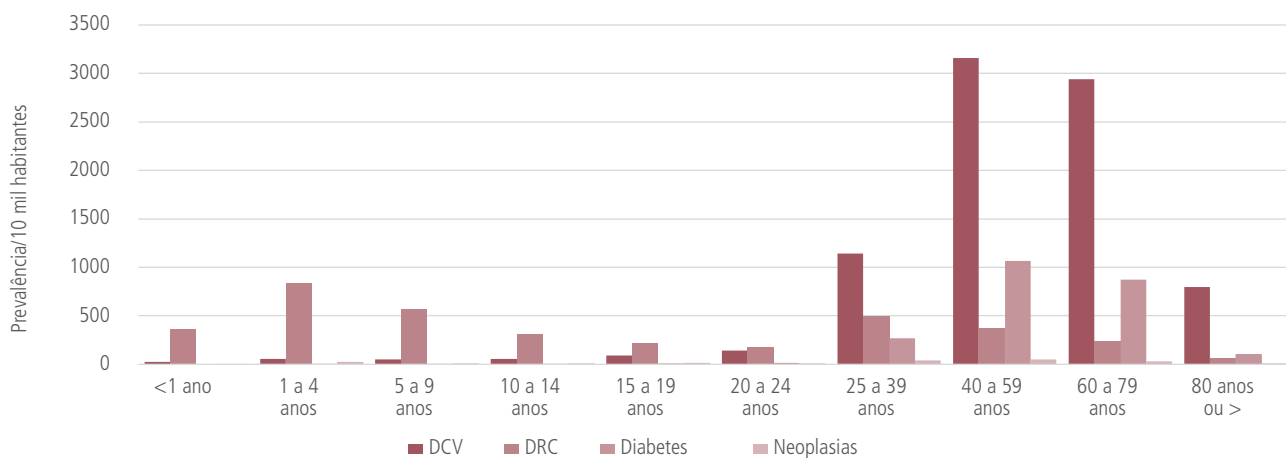
Gráfico 51 – Prevalência de DCNT (por 10 mil hab.) em indígenas atendidos pelo SasiSUS, por grupo de causa, segundo faixa etária, 2015



Fonte: SIASI/SESAI/MS.

* DCV – doenças cardiovasculares; DRC – doenças respiratórias crônicas.

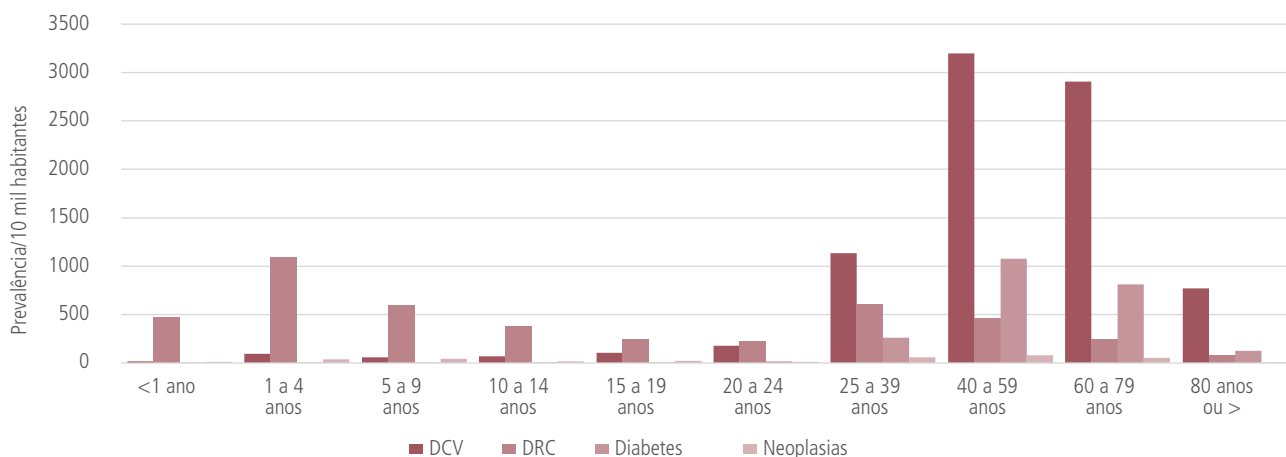
Gráfico 52 – Prevalência de DCNT (por 10 mil hab.) em indígenas atendidos pelo SasiSUS, por grupo de causa, segundo faixa etária, 2016



Fonte: SIASI/SESAI/MS.

* DCV – doenças cardiovasculares; DRC – doenças respiratórias crônicas.

Gráfico 53 – Prevalência de DCNT (por 10 mil hab.) em indígenas atendidos pelo SasiSUS, por grupo de causa, segundo faixa etária, 2017

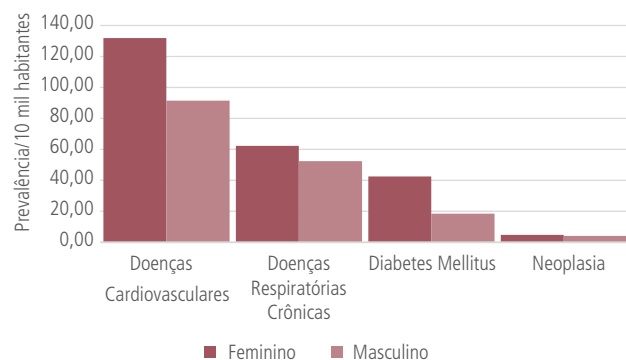


Fonte: SIASI/SESAI/MS.

* DCV – doenças cardiovasculares; DRC – doenças respiratórias crônicas

Em relação ao sexo, em todos os grupos de causa, observa-se uma maior frequência das DCNT entre as mulheres, como exemplificado no Gráfico 54, podendo estar relacionado ao maior acesso das mulheres ao serviço de atenção primária à saúde, repetindo o mesmo padrão da população brasileira em geral. Entretanto, em relação a mortalidade, dados mostram que as mulheres indígenas também são o grupo com maior proporção de óbitos e taxa de mortalidade específica por DCNT.

Gráfico 54 – Prevalência das principais DCNT entre indígenas atendidos pelo SasiSUS, segundo sexo, no ano de 2017



Fonte: SIASI/SESAI/MS.

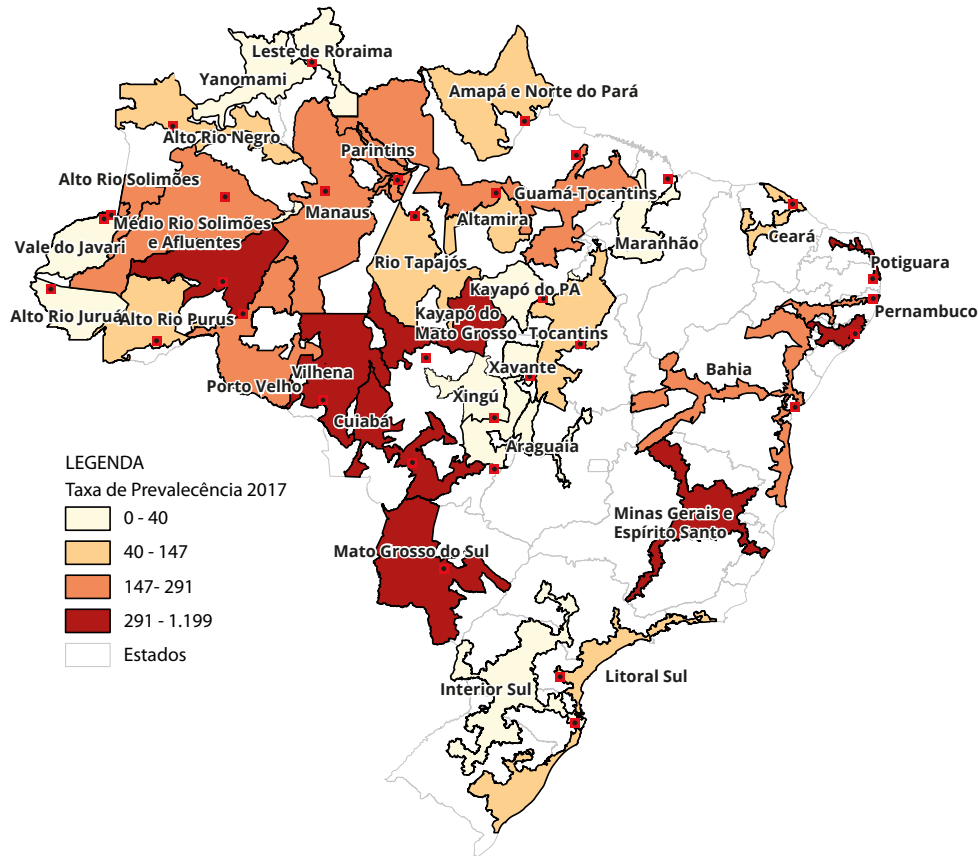
Os DSEI localizados nas regiões Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste do país apresentaram maiores taxas de morbimortalidade, fato que pode estar relacionado ao contato mais frequente entre a população não-indígena e a população indígena, o que pode influenciar os padrões de adoecimento e mortalidade por DCNT na população indígena. (Tabela 19 e Figura 9).

Tabela 19 – Prevalência de DCNT (por 10 mil hab.) entre os indígenas atendidos pelo SasiSUS, segundo região, 2015 a 2017

Região	2015	2016	2017
NORDESTE	278,00	305,02	300,78
CENTRO-OESTE	200,10	230,16	281,20
SUDESTE E SUL	141,85	206,77	223,64
NORTE	56,61	125,64	131,50
Total Geral	138,49	191,14	203,46

Fonte: SIASI/SESAI/MS.

Figura 9 – Prevalência (por 10 mil hab.) de DCNT por grupo de causa nos 34 DSEI. 2017



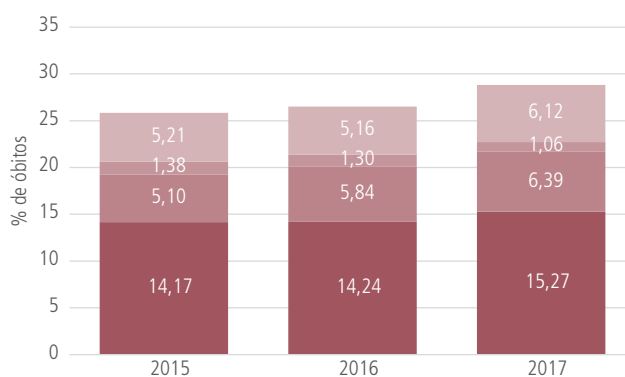
Fonte: SIASI/SESAI/MS.

ÓBITOS

Entre os anos de 2015 a 2017, foram registrados 2.371 óbitos por doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes *mellitus* em indígenas assistidos pelo SasiSUS. Essas causas contribuíram com aproximadamente 27% dos óbitos indígenas. Observa-se ainda que as doenças cardiovasculares – grupo no qual estão inseridas as doenças hipertensivas – são as causas de morte por DCNT mais frequentes entre a população estudada (Gráfico 55).

Dentre os indígenas assistidos pelo SasiSUS, as DCV são a causa mais comum de morte dentre as DCNT, seguidas pelas doenças respiratórias crônicas. Apesar da maior morbidade por diabetes ser maior que pelas neoplasias, a proporção de óbitos por neoplasias é maior.

Gráfico 55 – Proporção de óbitos pelas principais DCNT em indígenas assistidos pelo SasiSUS entre os anos de 2015 a 2017



Fonte: SIASI/SESAI/MS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transição demográfica e epidemiológica tem ocorrido de maneira variada em todas as populações, incluindo-se a população indígena. Os dados do SIASI descrevem a variação da distribuição das DCNT por grupo de causa, sexo, localização do DSEI e faixa etária. As doenças cardiovasculares são as mais prevalentes e representam maior proporção entre os óbitos. As diferenças entre sexo demonstram que as mulheres indígenas são mais acometidas por essas doenças.

A SESA, como órgão do Ministério da Saúde, assumiu o compromisso com o Plano de Ações Estratégicas, para o enfrenta-

mento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011 – 2022”, sobretudo com o desenvolvimento de ações voltadas à (i) organização da vigilância de DCNT, à análise das informações e à avaliação e monitoramento dessas doenças nos territórios atendidos pelo SasiSUS; (ii) às ações de promoção da saúde e educação em saúde; e (iii) ao cuidado integral dos indígenas atendidos pelo SasiSUS.

REFERÊNCIAS

- ABENGUNDE, D. O. et al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. **The Lancet**, London, v. 370, p. 1929-1938, 2007.
- ALWAN, A. et al. Monitoring and surveillance of chronic noncommunicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. **The Lancet**, London, v. 376, p. 1861-1868, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Morbidade hospitalar e ambulatorial em doenças crônicas não transmissíveis no Sistema Único de Saúde – DCNT. In: _____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2012: uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunizações**. Brasília, 2013. p. 243-271.
- _____. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília, 2011.
- CUNHA, A. B. O. et al. Prevenção, Atenção e Controle de Doenças Crônicas não Transmissíveis. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.
- DUNCAN, B. et al. Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2009 e tendências de 1991 a 2009. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde**. Brasília, 2011. p. 117-134.
- MALTA, D. C.; MOURA, L.; SILVA JÚNIOR, J. B. Epidemiologia das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. (Org.). **Rouquayrol: epidemiologia & Saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2018.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva, 2011.
- _____. **Preventing chronic diseases: a vital investment**. Geneva, 2005.

ANÁLISE DESCRITIVA DOS ÓBITOS POR SUICÍDIO NA POPULAÇÃO INDÍGENA ASSISTIDA PELO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA DE 2010 A 2017

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio está entre as 20 principais causas de morte e tem apresentado uma tendência de aumento em todo o mundo (WHO, 2014). Mundialmente, esse fenômeno chega a ocupar a terceira posição entre as principais causas de morte nas faixas etárias de 15 a 44 anos.

Os Povos Indígenas estão entre os grupos que apresentam maiores taxas de mortalidade por suicídio em diversos países, por exemplo entre as populações nativas do Canadá, de Ilhéus no Pacífico Sul, Micronésia, Papua-Nova Guiné, Austrália, entre outros (OLIVEIRA; LOTUFO NETO, 2003).

O suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial, sendo definido pela Classificação Internacional de Doença como um óbito derivado de “lesões autoprovocadas intencionalmente” e relaciona-se etiológicamente com uma gama de fatores, que vão desde os de natureza sociológica, econômica, política, cultural, passando pelos psicológicos e psicopatológicos até os genéticos e biológicos.

O suicídio tem se mostrado como um problema de saúde desafiador, especialmente entre os Povos Indígenas. O suicídio nesse tipo de população interage com situações sociais e culturais específicas, que mudam radicalmente a epidemiologia e a etiologia do fenômeno, não sendo possível, portanto, justificar sua ocorrência por explicações simplistas e/ou unívocas.

A mediação da experiência por modelos explicativos próprios e tradicionais, além do histórico de contato com as sociedades envolventes, faz com que esse evento ganhe um caráter específico em cada povo ou localidade.

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), a taxa de suicídio aumentou 12% entre 2011 e 2015, chegando a 5,7 óbitos por 100 mil habitantes no Brasil em 2015. Esse valor não representa uma alta mortalidade por suicídios em comparação a outros países, porém existem grupos específicos com taxas de mortalidade significativas, como é o caso dos indígenas. Os dados mostram que os indígenas são os que mais cometem suicídio (15,2 óbitos/100 mil habitantes), quando comparados aos brancos (5,9/100 mil habitantes) e negros (4,7/100 mil habitantes).

Em torno desse fenômeno multifacetado estão presentes aspectos de grande complexidade, que envolvem desde os estudos científicos sobre o tema à vigilância em saúde, elaboração de políticas públicas de enfrentamento à situação, divulgação de informações sobre o assunto na mídia, processo de elaboração do luto individual, familiar e comunitário entre sobreviventes, perspectivas culturais e situações socioeconômicas envolvidas com o evento, entre muitos outros.

O objetivo deste capítulo é descrever o perfil epidemiológico dos óbitos por suicídio na população indígena assistida pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SUS (SasiSUS) entre os anos de 2010 e 2017.

MÉTODO

Foi realizado um estudo descritivo dos óbitos por suicídio na população indígena assistida pelo SasiSUS. Para coleta de dados, foi utilizado o banco de dados do módulo demográfico do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI).

Foram descritas as proporções de óbitos por suicídio por sexo, faixa etária, etnia, meio utilizado para autoprovar a lesão (enforcamento, intoxicação exógena, arma de fogo e outras formas), Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) e ano de ocorrência do óbito.

Para este estudo, foi utilizada a definição de suicídio proposta pelo Ministério da Saúde, proveniente do Código Internacional de Doenças da OMS em sua 10ª Revisão (CID-10), que define como óbito decorrido de lesão autoprovocada intencionalmente aqueles entre os CID X60 a X84, intoxicação exógena de intenção indeterminada (CID Y10 a Y19) e sequela de lesões

autoprovocadas intencionalmente (CID Y87). As duas últimas categorizações foram incluídas na análise, considerando-se a literatura que descreve a mudança de classificação dos óbitos devido a possíveis falhas na codificação da causa (OLIVEIRA; LOTUFO NETO, 2003)².

Foram extraídos do SIASI 727 registros de suicídio ocorridos entre 2010 e 2017. Desses, dois registros foram excluídos devido à faixa etária de óbito implausível para causa analisada (menores de 2 anos). Com isso, o banco analisado passou a totalizar 725 registros.

- 712 (98,2%) tinham como causa básica lesões autoprovocadas intencionalmente (CID X60 a X84);
- 13 (2,0%) tinham como causa básica intoxicação exógena de intenção indeterminada (Y10 a Y19).

RESULTADOS

Analisando-se os óbitos por características sociodemográficas, apurou-se que, dos 725 óbitos ocorridos entre 2010 a 2017, 32,1% eram de indígenas do sexo feminino e 67,9% do sexo masculino (Tabela 20). Os homens indígenas chegam a mor-

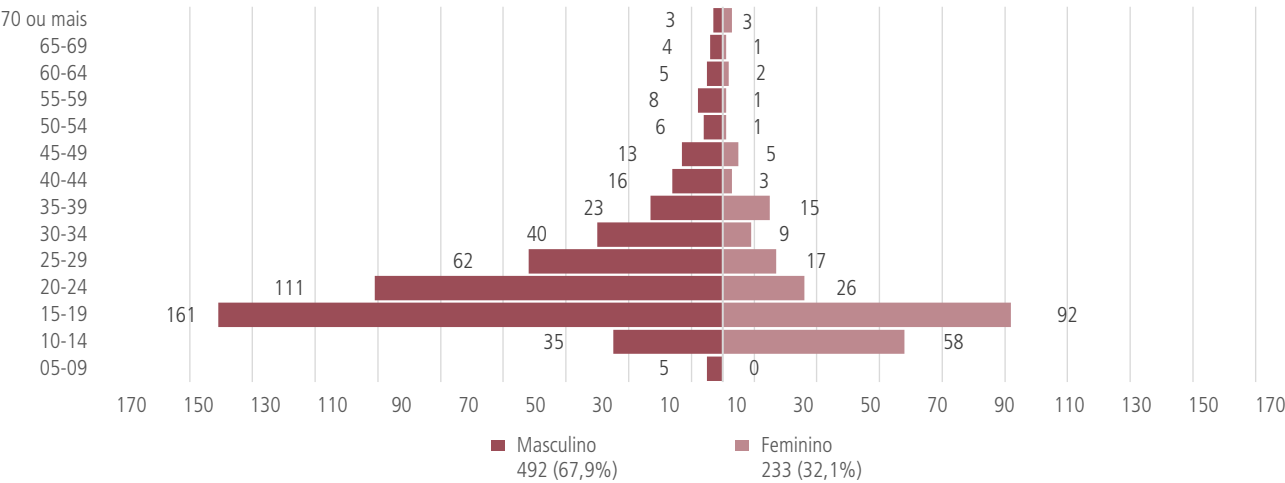
rer por suicídio duas vezes mais em comparação às mulheres. Apenas na faixa etária entre 10 e 14 anos, a proporção de óbito do sexo feminino é maior que do sexo masculino.

Tabela 20 – Óbitos por suicídio registrados no SIASI de 2010 a 2017 por faixa etária, Brasil

Fx etária	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total	%
05-09 ANOS	0 (0,0)	5 (100,0)	5	0,7
10-14 ANOS	58 (62,4)	35 (37,6)	93	12,8
15-19 ANOS	92 (36,4)	161 (63,6)	253	34,9
20-24 ANOS	26 (19,0)	111 (81,0)	137	18,9
25-29 ANOS	17 (21,5)	62 (78,5)	79	10,9
30-34 ANOS	9 (18,4)	40 (81,6)	49	6,8
35-39 ANOS	15 (39,5)	23 (60,5)	38	5,2
40-44 ANOS	3 (15,8)	16 (84,2)	19	2,6
45-49 ANOS	5 (27,8)	13 (72,2)	18	2,5
50-54 ANOS	1 (14,3)	6 (85,7)	7	1,0
55-59 ANOS	1 (11,1)	8 (88,9)	9	1,2
60-64 ANOS	2 (28,6)	5 (71,4)	7	1,0
65-69 ANOS	1 (20,0)	4 (80,0)	5	0,7
70 OU MAIS	3 (50,0)	3 (50,0)	6	0,8
Total Geral	233 (32,1)	492 (67,9)	725	100,0

Fonte: SIASI/SESAI/MS. Dados extraídos em 29/08/2018. Dados de 2017 estão sujeitos à revisão.

Gráfico 56 – Óbitos por suicídio registrados no SIASI de 2010 a 2017 por faixa etária e sexo, Brasil



Fonte: SIASI/SESAI/MS. Dados extraídos em 29/08/2018, Dados de 2017 estão sujeitos à revisão.

Em relação à faixa etária, observou-se que 47,7% (n=346) dos óbitos ocorreram entre indígenas de 10 a 19 anos de idade (Gráfico 56), com maior proporção entre 15 e 19 anos (34,9%), o que demonstra que o suicídio indígena ocorre, na maior parte das vezes, na passagem para a vida adulta, que tem sido um período crítico para os jovens indígenas.

Em relação ao meio do ato suicida, observou-se que o enforcamento foi o método utilizado em 81,6% (592) dos óbitos, segui-

do por autointoxicação (9,2% n=67) e disparo de arma de fogo (4,4% n=32). Destaca-se que a autointoxicação é o único método em que óbitos em mulheres são semelhantes aos homens (50,7%), sendo que nos outros métodos, mais violentos, a maioria dos óbitos é majoritariamente do sexo masculino (Tabela 21). A distribuição das causas de óbitos apresentada a seguir segue os agrupamentos propostos pela SVS (OLIVEIRA; LOTUFO NETO, 2003).

Tabela 21 – Agrupamento de causas de óbito por suicídio por CID de 2010 a 2017 registrados no SIASI, Brasil

CAUSA DO ÓBITO (CID)	Fem (%)	Masc (%)	n	%
Enforcamento (CID X70)	187 (80,3)	405 (82,3)	592	81,66
Autointoxicação (CID X60 a X69)	33 (14,2)	34 (6,9)	67	9,24
Disparo de arma de fogo (CID X72 a X74)	4 (1,7)	28 (5,7)	32	4,41
Outras Formas (X71; X78 a X84)	6 (2,6)	153(3,0)	21	2,90
Intoxicação exógena por intenção indeterminada (Y10 a Y19)	3 (1,3)	10 (2,0)	13	1,79

Fonte: SIASI/SESAI/MS. Dados extraídos em 29/08/2018. Dados de 2017 estão sujeitos à revisão.

A Tabela 22 apresenta as taxas de óbito por suicídio por 100 mil habitantes/ano por DSEI e o número total de óbitos, organizada pela taxa acumulada de 2010 a 2017.

Aqui, observa-se que não há um padrão na distribuição dos óbitos, quando analisados por DSEI. Entretanto, é possível constatar um aumento no registro de óbitos por suicídio no SIASI, levando a uma taxa acumulada entre 2010 e 2017 de 12,2 óbitos por 100 mil habitantes entre indígenas assistidos pelo SasiSUS, o que representa um valor mais de duas vezes maior que a taxa de mortalidade por suicídio na população brasileira, que é de 5,7 por 100 mil habitantes (2015). Observa-se também que 17

DSEI apresentam taxas maiores do que a taxa na população brasileira; e oito DSEI têm taxas de óbitos por suicídio acima do geral encontrado entre indígenas assistidos pelo SasiSUS. Devido a diferente distribuição dos surtos de suicídio e a grande variação das taxas de mortalidade por esse agravamento, optou-se também pelo cálculo da taxa acumulada de 2010 a 2017. Mesmo com essa forma de controle, o DSEI Araguaia (110,4 óbitos por 100 mil habitantes) apresenta uma taxa de mortalidade por suicídio de 2010 a 2017 quase 10 vezes maior que a média nacional para a população indígena assistida pelo SasiSUS no mesmo período.

Tabela 22 – Taxa de Óbito por suicídio por 100 mil habitantes por DSEI e ano de 2010 a 2017 registrados no SIASI, Brasil

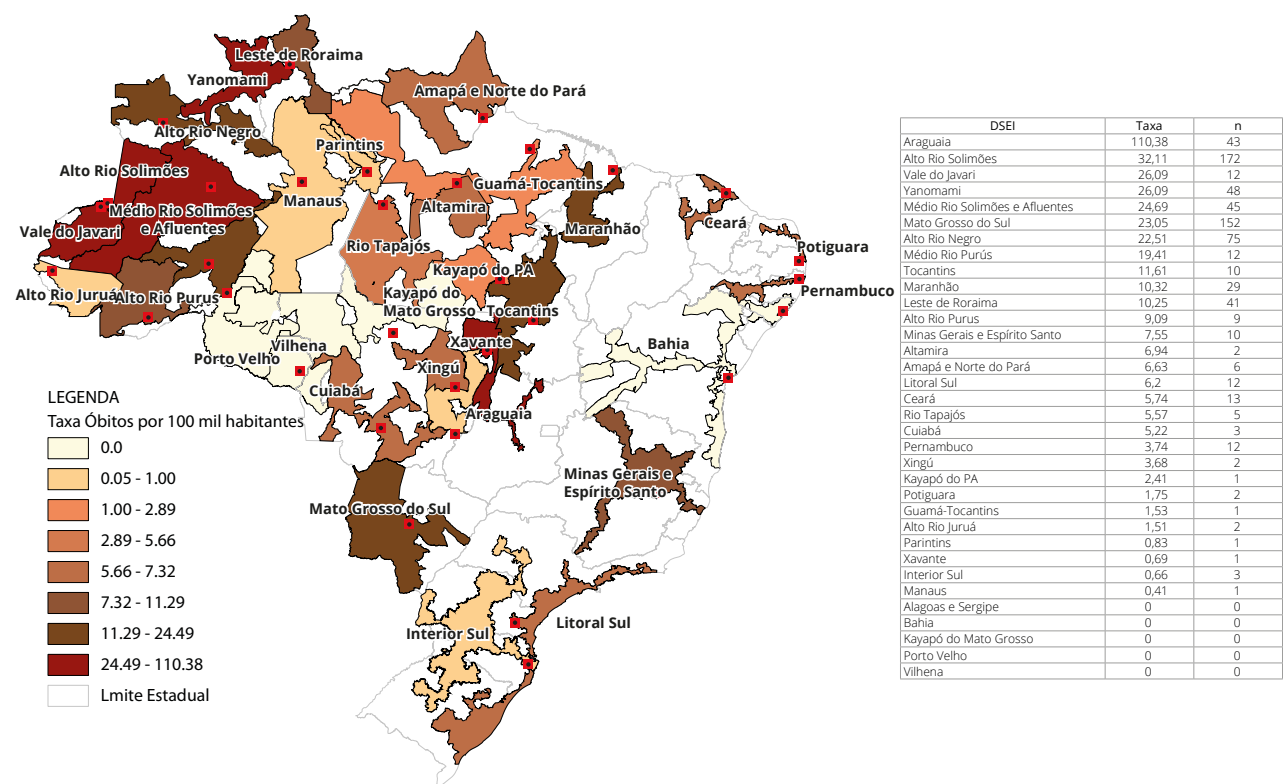
DSEI	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		Taxa total	
	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n
ARAGUAIA	45,78	2	133,33	6	127,77	6	0	0	80,65	4	176,92	9	153,67	8	150,7	8	110,4	43
ALTO RIO SOLIMÕES	47,84	29	44,63	28	24,76	16	39,04	26	32,02	22	18,48	13	19,6	14	33,98	24	32,11	172
VALE DO JAVARI	0	0	19,03	1	18,39	1	0	0	51,78	3	0	0	49,06	3	64,25	4	26,37	12
YANOMAMI	49,31	10	38,4	8	9,21	2	26,67	6	8,58	2	32,81	8	31,54	8	15,61	4	26,09	48
MÉDIO RIO SOLIMÕES	0	0	0	0	13,65	3	39,56	9	21,95	5	42,42	10	21,03	5	53,81	13	24,69	45
MATO GROSSO DO SUL	19,94	16	13,42	11	23,46	19	24,32	20	33,49	28	23,65	20	7,16	6	39,01	32	23,05	152
ALTO RIO NEGRO	28,02	11	27,39	11	14,61	6	4,77	2	16,42	7	23,15	10	18,91	8	46,9	20	22,51	75
MÉDIO RIO PURUS	0	0	0	0	12,47	1	0	0	0	0	63,52	5	75,96	6	0	0	19,41	12
TOCANTINS	0	0	0	0	0	0	28,25	3	9,11	1	17,72	2	17,27	2	16,91	2	11,61	10
MARANHÃO	3,01	1	5,85	2	5,7	2	8,48	3	19,64	7	14,01	5	8,43	3	16,6	6	10,32	29
LESTE DE RORAIMA	2,11	1	4,24	2	8,41	4	4,1	2	1,98	1	17,32	9	20,68	11	20,6	11	10,25	41
ALTO RIO PURUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7,65	1	22,17	3	36,23	5	9,09	9
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	0	0	6,18	1	18,39	3	12,09	2	5,96	1	0	0	0	0	18	3	7,55	10
ALTAMIRA	0	0	0	0	29,15	1	28,45	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6,94	2
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	0	0	0	0	18,47	2	8,97	1	0	0	8,48	1	0	0	16,08	2	6,63	6
LITORAL SUL	4,06	1	8,13	2	8,17	2	0	0	0	0	12,54	3	0	0	17,14	4	6,2	12
CEARÁ	0	0	10,07	3	10,32	3	0	0	10,34	3	0	0	11,28	3	3,81	1	5,74	13
RIO TAPAJÓS	10,14	1	9,71	1	0	0	9,18	1	0	0	8,49	1	8,15	1	0	0	5,57	5
CUIABÁ	0	0	0	0	0	0	13,33	1	13,09	1	0	0	14,51	1	0	0	5,22	3
PERNAMBUCO	12,32	5	0	0	0	0	2,51	1	9,95	4	0	0	4,9	2	0	0	3,74	12
XINGU	0	0	0	0	30,52	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,68	2
KAIAPÓ DO PARÁ	0	0	0	0	0	0	19,62	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2,41	1
POTIGUARA	7,05	1	7,03	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,75	2
GUAMÁ-TOCANTINS	0	0	0	0	0	0	0	0	12,12	1	0	0	0	0	0	0	1,53	1
ALTO RIO JURUÁ	0	0	6,33	1	6,18	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,51	2
PARINTINS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6,31	1	0	0	0	0	0,83	1
XAVANTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5,04	1	0	0	0,69	1
INTERIOR SUL	0	0	1,8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,42	2	0,66	3
MANAUS	0	0	0	0	0	0	0	0	3,32	1	0	0	0	0	0	0	0,41	1
ALAGOAS E SERGIPE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BAHIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PORTO VELHO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VILHENA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Geral	11,02	78	10,99	79	10,21	74	10,74	79	12,14	91	12,91	98	11,09	85	18,42	141	12,23	725

Fonte: SIASI/SESAI/MS. Dados extraídos em 29/08/2018. Dados de 2017 estão sujeitos à revisão.

Apresenta-se a seguir o mapa de distribuição das taxas de mortalidade por suicídio por DSEI entre 2010 e 2017 (Figura 10), sendo possível observar que as maiores taxas de suicídio na população indígena ocorrem nas áreas de abrangência dos

DSEI Araguaia, Mato Grosso do Sul e em DSEIs localizados na fronteira oeste do país, como Alto Rio Solimões, Vale do Javari, Yanomami e Médio Rio Solimões.

Figura 10 – Taxa de mortalidade por suicídio por DSEI na população indígena assistida pelo SasiSUS de 2010 a 2017, Brasil (N=725)

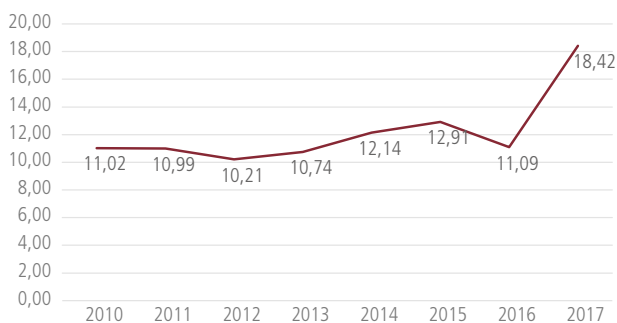


Fonte: SIASI/SESAI/MS. Dados extraídos em 29/08/2018. Dados de 2017 estão sujeitos à revisão.

Analisando-se a série histórica das taxas de suicídio na população indígena, observa-se uma variação das taxas de óbitos de 11,0 (2012) para 18,4 (2017) óbitos por 100 mil habitantes, levando-se em consideração os anos de 2010 a 2017 (Gráfico 57). Houve um aumento de 67,2% das taxas de óbitos por suicídio registrados na população indígena entre 2010 e 2017.

Apesar desse resultado alarmante, é possível afirmar que esse aumento pode ser atribuído à maior notificação dos casos no sistema oficial da Saúde Indígena, o SIASI, visto que em 2016 foram extintas planilhas paralelas de fluxo de informação e foi implementado no Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde um indicador sobre redução da mortalidade por suicídio, que tem como fonte exclusiva o SIASI, provocando assim um aprimoramento da vigilância do óbito e consequente melhoria das informações epidemiológicas.

Gráfico 57 – Série histórica de taxa de mortalidade por suicídio na população indígena assistida pelo SasiSUS de 2010 a 2017 (N=725)



Fonte: SIASI/SESAI/MS. Dados extraídos em 29/08/2018. Dados de 2017 estão sujeitos à revisão.

DISCUSSÃO

O boletim epidemiológico sobre óbitos por suicídio do Ministério da Saúde analisou o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e, da mesma forma que este estudo, encontrou uma taxa de mortalidade por suicídio na população indígena quase três vezes maior que na população em geral. Essa informação demonstra a magnitude desse evento sobre a saúde dos povos indígenas, em especial da população jovem, não apenas devido a sua maior incidência, mas também por diminuir a expectativa de vida da população e trazer intensos prejuízos socioeconômicos a comunidades inteiras.

Cabe destacar que, embora a análise do banco de dados do SIM demonstre informações sobre indígenas, a análise baseada no recorte raça-cor não representa integralmente os indígenas atendidos pelo SasiSUS nem sua territorialidade, captada apenas pelo SIASI.

Desde 2016, a SESAI incluiu como meta nacional em seu planejamento estratégico a redução de 10% da taxa de óbitos para esse agravo até 2019. Esse objetivo é baseado no Plano de Ação de Saúde Mental da OMS, que estipulou a mesma meta para a população mundial até 2020. Essa meta é analisada por meio dos óbitos registrados no SIASI, e o aumento da vigilância pode

ter contribuído para que em 2017 houvesse um incremento de 67,2% na notificação de óbitos decorrentes dessa causa em relação a 2010. A análise de dados primários coletados em momentos distintos aponta para um processo de qualificação da vigilância do óbito por suicídio, que suscitou no aumento da incidência desse evento, em virtude da ampliação da notificação nos sistemas oficiais. Dessa forma, infere-se que o aumento da taxa de óbitos por suicídio entre 2010 e 2017 (Figura 10) deve-se à qualificação e ao fortalecimento do registro de dados no SIASI.

Deve-se considerar que esse fenômeno é mediado por diferentes concepções de sofrer e morrer próprias de cada povo indígena, que tem seus modelos explicativos tradicionais sobre a ocorrência desses óbitos e devem ser levados em consideração na formulação de qualquer estratégia de prevenção desse agravo. Além disso, a literatura científica relaciona as maiores taxas de suicídio ao contato discriminatório e violento com a sociedade envolvente, à dificuldade de acesso à terra e à mudança nas relações familiares, especialmente concernentes às mudanças nas regras de casamento (BRASIL, 2017; SOUZA; ORELLANA, 2012).

AÇÕES DA SESAI PARA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO ENTRE OS POVOS INDÍGENAS

Em setembro de 2017, a SESAI lançou a Agenda estratégica de ações de prevenção do suicídio em populações indígenas 2017 – 2018, que inclui, entre outras ações: qualificação das informações sobre óbitos por suicídio e tentativas; mapeamento, acolhimento e acompanhamento das pessoas em risco de suicídio; qualificação antropológica de profissionais; incentivo e realização de atividades esportivas e de lazer nas aldeias; participação nos comitês estaduais de prevenção do suicídio; qualificação das EMSI para assistência qualificada em saúde mental da atenção primária: <<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/Agenda-Estrategica-Prevencao-Suicidio-SESAI-2017.pdf>>.

Entre 2012 e 2017, a SESAI ampliou a contratação de profissionais de psicologia de 40 para 105 trabalhadores, que realizaram 16.956 atendimentos em 2017, o que representa 22,1 atendimentos a cada 1000 habitantes. Esses profissionais colaboram na qualificação das ações de saúde mental realizadas pelas próprias EMSI, através de ações de apoio matricial, que totalizaram, em 2017, 1.754 ações como discussões de caso, consultas conjuntas, ações de educação permanente, elaboração de Projetos terapêuticos singulares.

As EMSI passam por processos de qualificação profissional permanente para realizarem o acolhimento, identificação e acompanhamento de pessoas em risco de suicídio e para outras ações relacionadas à saúde mental na atenção primária à saúde indígena. A SESAI qualificou 585 profissionais, sendo 185 em 2018, 230 em 2017 e 165 em 2016, além de ter realizado duas Oficinas nacionais de Prevenção do Suicídio (a primeira em 2015 e a segunda em 2017) com participação dos 16 DSEI prioritários para esse agravo.

A SESAI lançou a Cartilha de Prevenção do Suicídio em povos indígenas com proposta de Linha de Cuidado locais. Nos DSEI que implantaram as ações organizadas de acolhimento e acompanhamento de pessoas em sofrimento psíquico, observou-se uma diminuição de 10,2% de óbitos entre os anos de 2015 e 2016, como no caso dos DSEI Tocantins, Minas Gerais e Espírito Santo, Alto Rio Solimões e Mato Grosso do Sul.

No âmbito de articulação interfederativa, houve inclusão de ações para a população indígena nos planos de prevenção do suicídio dos seis estados com maiores taxas de incidência. Além disso, a SESAI está ampliando o acesso dos indígenas à Rede

de Atenção Psicossocial, por meio da inclusão dos CAPS no Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI). Todos os DSEI estão construindo planos de metas e ações junto aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de seus territórios, para que essas unidades passem a receber recursos para o desenvolvimento de atenção diferenciada à população indígena:

- 6 Planos de Metas e Ações homologados (4 CAPS já estão recebendo o IAE-PI);

- 8 Planos de Metas e Ações em processo de revisão nos DSEI.

Diante desse fenômeno complexo, torna-se imprescindível aprofundar conhecimento sobre o perfil epidemiológico desse agravo, que impacta fortemente a saúde de diversas etnias indígenas. Por isso, esse estudo ganha maior relevância e importância para o desenvolvimento de políticas públicas de prevenção e promoção da saúde para povos indígenas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. **Boletim Epidemiológico**, v. 48, n. 30, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Agenda estratégica de ações de prevenção do suicídio em populações indígenas 2017-2018**. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/Agenda-Estrategica-Prevencao-Suicidio-SESAI-2017.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

LAZZARINI, T. A. et al. Suicide in Brazilian indigenous communities: clustering of cases in children and adolescents by household. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, 2018.

OLIVEIRA, C. S.; LOTUFO NETO, F. Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 30, n. 1, p. 4-10, 2003.

SOUZA, M. L. P.; ORELLANA, J. D. Y. Suicide among the indigenous people in Brazil: a hidden public health issue. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 489-90, dez. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guidelines for the primary prevention for mental, neurological and psychological disorders: suicide**. Geneve, 1993. 44 p. Available in: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/58959/1/WHO_MNH_MND_93.24.pdf>. Access on: 10 aug. 2017.

_____. **Injuries and violence: the facts 2014**. Geneva, 2014. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/149798>>. Acesso em: 27 nov. 2015.

ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES POR VIOLÊNCIAS CONTRA INDÍGENAS NO PERÍODO 2006 A 2017

A violência nas suas diversas formas tem importante impacto na morbimortalidade e na perda da qualidade de vida da população, com aumento dos custos sociais da saúde, previdência e outros. Ela provocou 46,5% (72.576) dos óbitos por causas externas no Brasil no ano de 2016 (BRASIL, 2016a).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), são consideradas violências as condutas intencionais (ação ou omissão) que causam ou venham a causar dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político, econômico ou patrimonial (BRASIL, 2016b). Engloba a agressão, o homicídio, a violência sexual, a negligência / abandono, a violência psicológica, a lesão autoprovocada, entre outras.

O envolvimento dos indivíduos em situações de violência é apontado (BRASIL, 2016b) como fator de risco para vários agravos de saúde mental, sexual e reprodutiva, além da maior utilização dos serviços de saúde. Isso justifica a priorização da identificação, vigilância e cuidado da pessoa em situação de violência pelo setor saúde, que em muitos casos tem o primeiro contato com ela.

No entanto, a atenção a esse agravo é complexa e encontra algumas dificuldades, visto que a sua abordagem não se limita à esfera do conhecimento biomédico (BRASIL, 2015). No contexto da saúde indígena, esses desafios se relacionam às complexidades da atuação em contexto intercultural – em que a violência,

como fenômeno social, pode adquirir significados diversos – e às situações de vulnerabilidade das comunidades indígenas.

Adicionalmente, deve-se reconhecer que a violência marcou a história da colonização e o processo de contato de diversas etnias com a sociedade não-indígena. Isso levou ao extermínio de povos inteiros, a desestruturação da organização social de alguns grupos ou esgarçamento de seus tecidos sociais. O impacto desse histórico se deu de diferentes formas e pode estar relacionado aos processos de violência vivenciados atualmente.

O Ministério da Saúde implementa o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) desde 2006 e a violência passou a integrar a “Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública” no ano de 2011, universalizando a obrigatoriedade da notificação por todos os serviços de saúde públicos e privados.

A notificação de violência é realizada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), por meio da Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal / Autoprovocada, que considera a seguinte definição de caso:

“Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica / intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar / comunitária, somente serão objetos de

notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT”.

A SESAI tem fomentado, especialmente a partir de 2013, a notificação das violências pelos DSEI. A Portaria nº 1.271, de 06/06/2014, fortaleceu esse processo com a inclusão das unidades de saúde indígena como unidades notificadoras e da inclusão dos indígenas na definição de caso de violência para fins de notificação, incorporando as vítimas de todos os sexos e idades.

MÉTODO

Estudo descritivo das notificações de violências inseridas no VIVA SINAN no período de 2006 a 2017. A seleção da população foi realizada a partir do filtro do campo raça / cor e considerando exclusivamente a opção indígena (pessoa que se declarou indígena ou índia).

RESULTADOS

Não houve registro de violência contra indígenas no ano de 2006, sendo os primeiros três casos notificados em 2007. O número total de casos de violências contra indígenas registrados de 2007 a 2017 foi 13.589, representando 0,78% do total de casos que foram notificados no Brasil. Para as análises por sexo, foram excluídos dois registros que tiveram essa informação ignorada, totalizando 13.587 casos.

Tabela 23 - Número de Casos de Violência Notificados no período de 2007 a 2017 no Brasil por sexo e pela população total e indígenas

	Ignorado		Masculino		Feminino		Total
	n	%	n	%	n	%	
Brasil (Total)	872	0,05	572.999	33,15	1.154.443	66,80	1.728.314
Indígenas	2	0,01	5.364	39,47	8.223	60,51	13.589

Fonte: SINAN/SVS/MS.

Observou-se no período analisado um importante incremento das notificações de violência, que aconteceu de forma gradual e foi intensificado a partir de 2013, quando houve um salto de

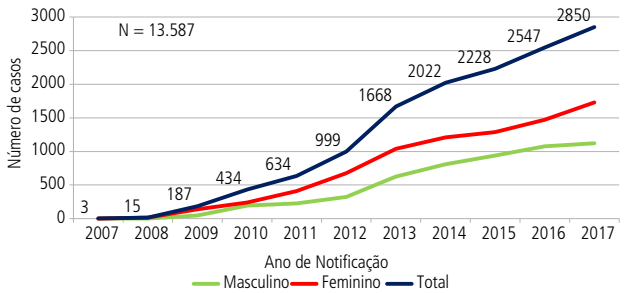
O Setor Saúde tem papel fundamental na vigilância das violências e deve estar integrado com a rede de atenção e de proteção integral às pessoas em situação de violências, envolvendo a assistência social, educação, segurança pública, órgãos do sistema de justiça, conselhos tutelares, conselhos de direitos, e outros atores da comunidade. No caso da população indígena, é importante o envolvimento do órgão responsável pela política indigenista, do controle social e das associações indígenas e indigenistas.

Foram calculadas medidas de frequência absoluta e relativa para as variáveis relacionadas ao perfil das pessoas que foram vítimas, tempo, local, características do agravo e do provável autor da agressão, com o objetivo de traçar um panorama em âmbito nacional do fenômeno da violência nas populações indígenas.

999 casos registrados, em 2012, para 1.668. O gráfico ilustra a evolução das notificações por ano (Gráfico 58).

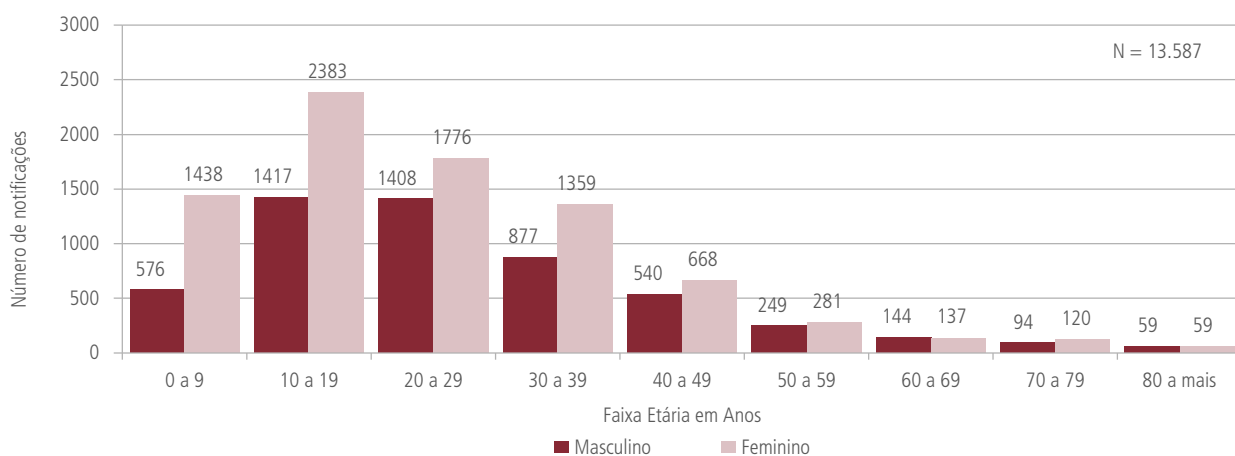
A maior parcela dos casos notificados envolvia mulheres: 60,5% (8.221). Em relação à faixa etária, o maior número de casos foi de dez a 19 anos: 29,0% (2.383) em mulheres indígenas e 26,4% (1.417) em homens indígenas (Gráfico 59).

Gráfico 58 - Casos de violência contra indígenas notificados no período de 2006 a 2017 por sexo e ano de notificação, Brasil



Fonte: SINAN/SVS/MS.

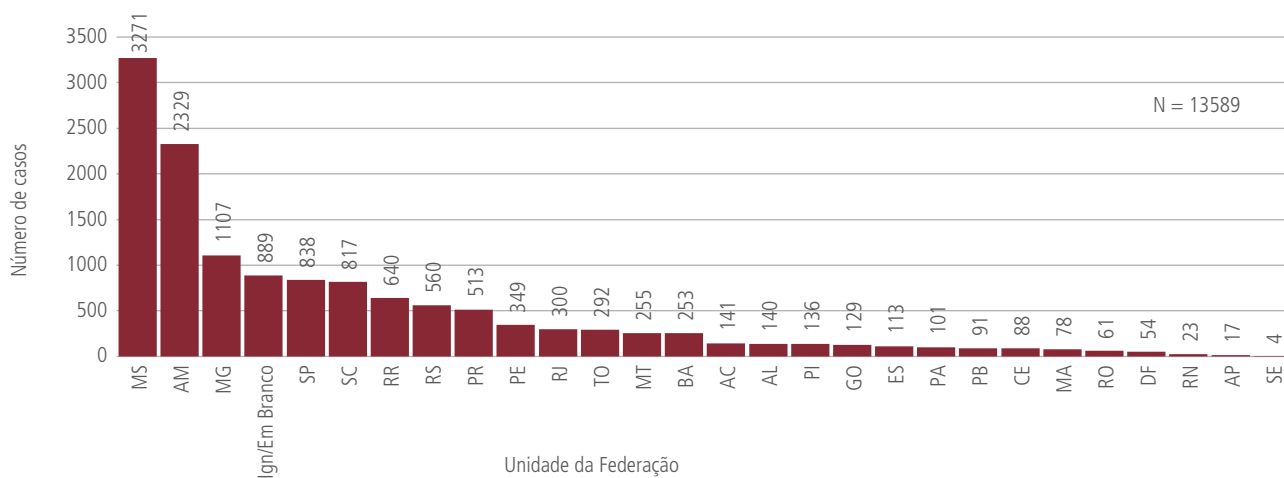
Gráfico 59 – Casos de violência contra indígenas notificados no período de 2006 a 2017 por sexo e faixa etária, Brasil



Fonte: SINAN/SVS/MS.

As unidades federativas que apresentaram maior número de notificações envolvendo indígenas foram o Mato Grosso do Sul e o Amazonas – 25,2% (3.429) e 18,6% (2.624) respectivamente (Gráfico 60).

Gráfico 60 – Notificação de violências contra indígenas no período de 2006 a 2017, por Unidade da Federação

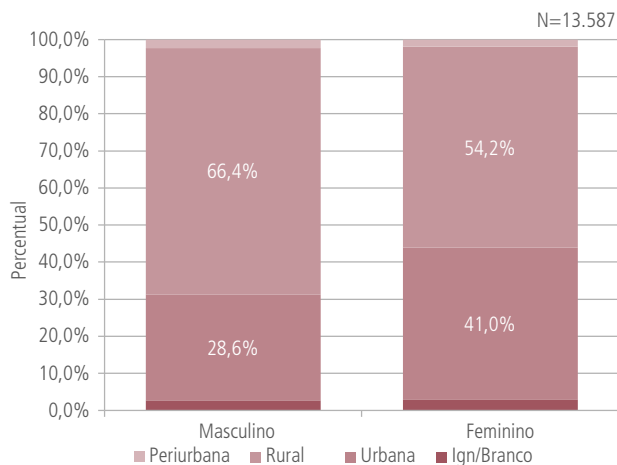


Fonte: SINAN/SVS/MS.

Com relação à zona de residência: 59% (8.017) residiam em zona rural; 36% (4.906) em área urbana; e 2%(277) em zona periurbana. Essa distribuição foi semelhante à identificada para a população indígena no Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que registrou a maior parte

dos indígenas vivendo em contexto rural 572.083 (63,8%), sendo que 515.383 (57,7%) são Terras Indígenas oficialmente reconhecidas. Os outros 324.834 (36,2%) indígenas residiam em meio urbano (Gráfico 61).

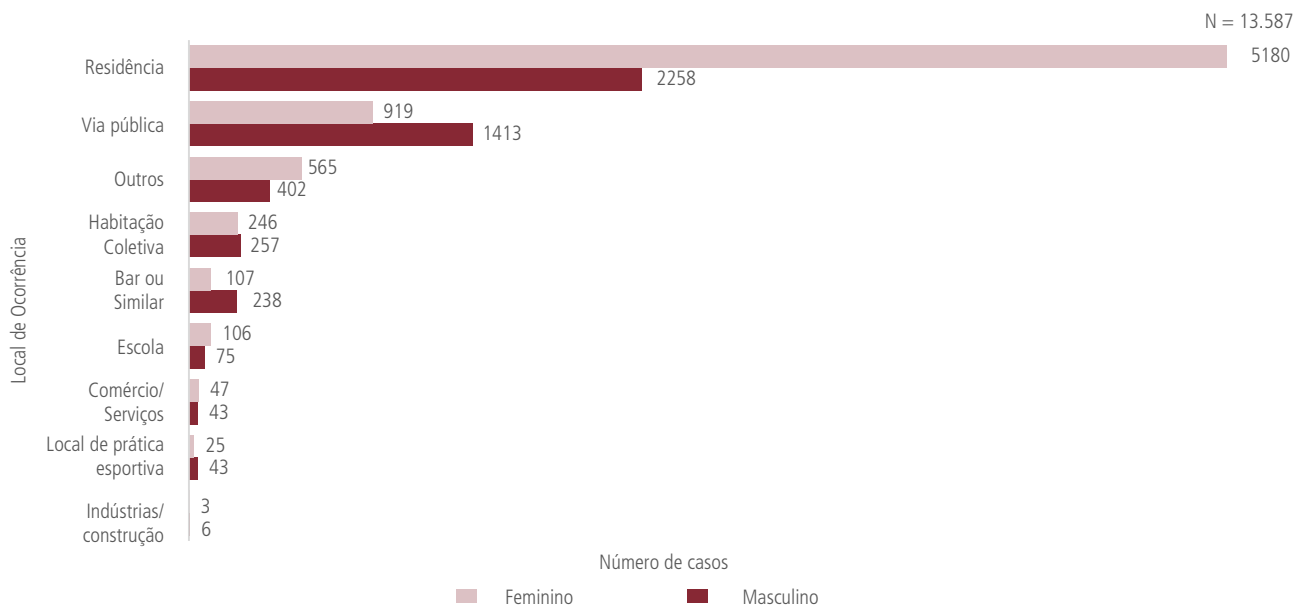
Gráfico 61 – Distribuição da zona de residência dos indígenas em situação de violência notificada no período de 2006 a 2017 por sexo, Brasil



Fonte: SINAN/SVS/MS.

Com relação ao local de ocorrência, 62% (7.438) dos casos aconteceram na residência e 19,5% (2.333) em via pública (Gráfico 62). Entre as mulheres, 72% (5.180) dos casos ocorreram na residência. Entre os homens, o maior número de casos também aconteceu na residência, mas representa somente 44,7% (2.258) dos casos. Os casos que aconteceram em locais públicos, como via pública, bar e similar foram majoritariamente com homens.

Gráfico 62 – Distribuição da notificação de violência contra indígenas no período de 2006 a 2017 por sexo e local de ocorrência, Brasil

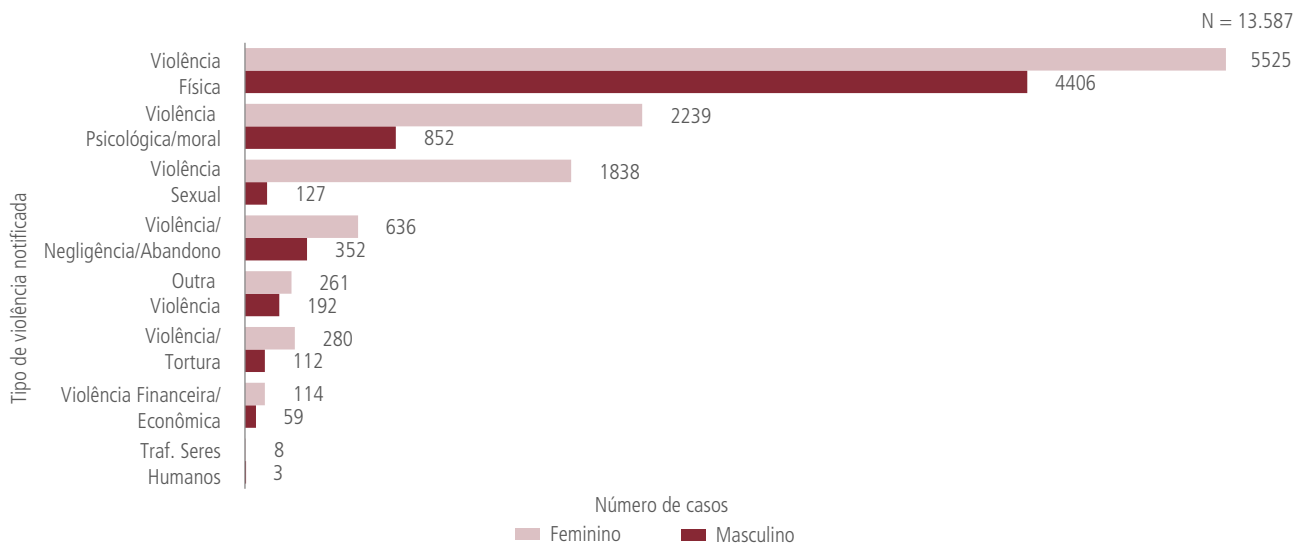


Fonte: SINAN/SVS/MS.

A violência física foi o tipo de violência mais reportada – 73% (9.932) –, seguida da violência psicológica – 22,7% (3.091) – e da violência sexual – 14,5% (1.965) (Gráfico 63). Observamos uma diferença importante na distribuição dos tipos de violência com

relação ao sexo das vítimas, visto que 72% (2.239) dos casos de violência psicológica / moral e 94% (1.838) dos casos de violência sexual ocorreram com mulheres.

Gráfico 63 – Distribuição dos tipos de violências notificadas contra indígenas no período de 2006 a 2017 por sexo e tipo de violência, Brasil

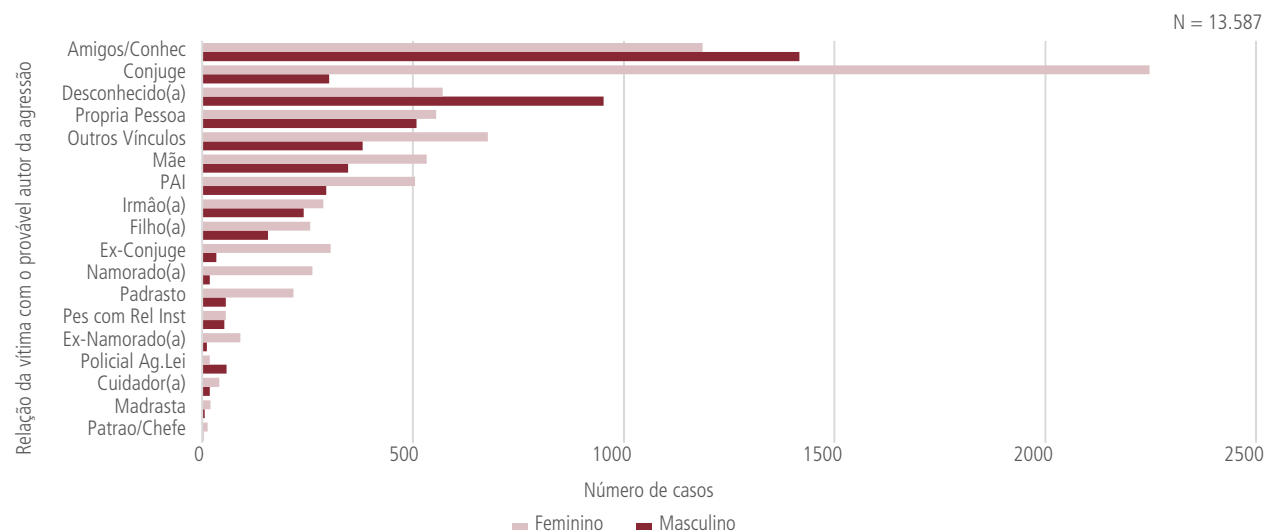


Fonte: SINAN/SVS/MS.

Com relação ao autor da violência, foi identificado que 67,8% (9.210) dos agressores eram homens; 15,3% (2.073), mulheres; e 4,1% (557) de ambos os sexos. Em 7,4% (1.011) das notificações a informação foi ignorada e 5,4% (738) o campo ficou em branco (Gráfico 645).

As três principais classificações sobre a relação da vítima com o provável autor da violência foram “amigos ou conhecidos”, “cônjuge”, “desconhecidos”. Quando juntamos as categorias cônjuge, ex-cônjuge, namorado e ex-namorado, retratando o grupo de parceiros íntimos, ele passa a representar o maior número de casos – 24% (3.269) do total e 35,3% (2904) dos casos em que a agressão foi contra mulheres indígenas.

Gráfico 64 – Relação da vítima com o provável autor das agressões notificadas no período de 2006 a 2017, por sexo, Brasil

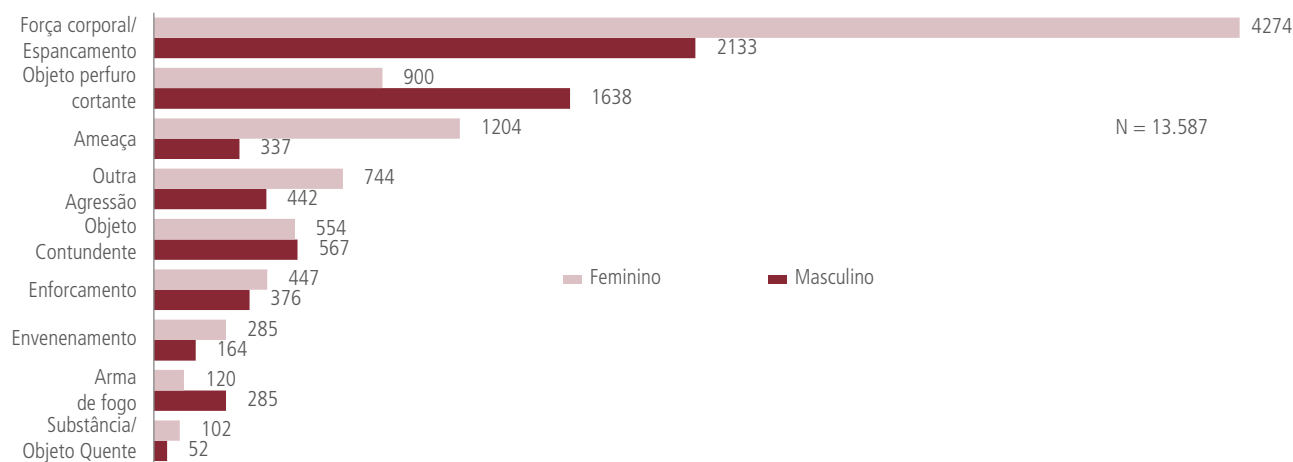


Fonte: SINAN/SVS/MS.

O principal meio de agressão utilizado nas violências notificadas foi a força corporal ou espancamento – 47,2% (6408) dos casos (Gráfico 65). Esse meio destaca-se para ambos os sexos, mas aconteceu em 66,7% (4.274) dos casos com mulheres. Elas também sofreram o maior número das ameaças, representan-

do 78,1% (1.541) do total. Outros meios tiveram um maior número de casos quando a pessoa que sofreu violência era do sexo masculino, como objeto perfurocortante – 64% (1638) dos casos –, e arma de fogo – 70,4% (285).

Gráfico 65 – Meio de agressão utilizado nos casos de violência contra indígenas notificados no período de 2006 a 2017, Brasil



Fonte: SINAN/SVS/MS.

Outro dado importante é que em 47% (6324) dos casos de violência notificados o agressor teria feito uso de álcool, e 31,5%

(4.291) da violência ocorreu outras vezes. Desses últimos, 73,4% (3.152) envolviam mulheres.

DISCUSSÃO

O estudo mostrou um crescimento importante e gradual no número de registros de violência contra indígenas ao longo de 11 anos (2007 a 2017). As notificações foram intensificadas a partir de 2013, possivelmente devido ao fortalecimento da implementação do Sistema VIVA, a mudança na definição de caso, com a inclusão de “unidade de saúde indígena” como unidade notificadora e outros esforços desenvolvidos pela SESAI para a qualificação das notificações e abordagem das situações de violência contra indígenas.

Nesse período, foram realizadas capacitações com profissionais dos DSEI e elaborada a Cartilha de Atenção e Prevenção às Situações de Violência em Povos Indígenas, que serve de material orientador para a abordagem dessa problemática em Povos Indígenas. Além disso, foram desenvolvidas iniciativas locais de articulação de redes de proteção e prevenção da violência em Povos Indígenas.

Ainda persistem desafios relacionados à subnotificação e à qualificação das notificações, porém o número de casos registrados de violência contra indígenas pode ser considerado alto, visto que apesar de ser 0,78% (13.587) do total de casos de violência notificadas no SINAN neste período, a população indígena representou 0,47% (896.917) da população registrada no censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2010 (IBGE; FUNAI, 2013).

Os dados permitiram identificar que a maioria das pessoas que sofreram violência residiam na “zona rural”, o que supomos,

a partir dos dados demográficos de distribuição dessa população, que se trate majoritariamente de Territórios Indígenas atendidos pelo SasiSUS. Observamos, entretanto, que há um número importante de notificações de violência contra mulheres indígenas que residiam em “zona urbana”, que representou 41% do total de mulheres.

O número de notificações do Mato Grosso do Sul é alta e representa um quarto do total dos casos de violências notificados. Entretanto, cabe destacar que não se deve fazer uma simples comparação entre as unidades da Federação, visto que o trabalho apresentou o número absoluto de casos registrados, não o coeficiente, e a distribuição dos indígenas no território nacional é bastante heterogênea.

Além disso, o processo de implantação do Sistema VIVA SINAN ocorre de modo distinto entre os municípios e os Estados e o quantitativo de notificações não necessariamente implica maior ocorrência de situações de violência, mas pode também refletir uma maior sensibilidade e um estágio mais avançado de implementação do Sistema (BRASIL, 2015).

Este estudo identificou que a violência contra mulheres indígenas é bastante relevante na população indígena e esse segmento tem um perfil similar ao caracterizado na violência contra mulheres no Brasil (BRASIL, 2015).

A notificação de violência contra mulheres foi maior em todo o período analisado, inclusive após a mudança na definição de

caso (2014), que incluiu a notificação da violência extrafamiliar e comunitária contra homens indígenas. A residência foi o principal local das ocorrências em todos os casos, mas principalmente nas notificações de violências contra mulheres. As violências sexual e psicológica / moral atingiram na grande maioria mulheres, sendo que aproximadamente um terço dos prováveis agressores de mulheres indígenas era parceiro íntimo (cônjuge, ex-cônjuge, namorado e ex-namorado) e os principais meios de agressão utilizados foram a força corporal / espancamento e ameaça.

O estudo mostrou também que a violência extrafamiliar e comunitária está mais associada aos homens indígenas. Os casos que ocorreram em via pública, bar ou similar, comércio ou serviço, lugares de práticas esportivas foram mais frequentes

entre homens. Eles também foram atingidos majoritariamente nos casos em que o provável autor da agressão era desconhecido e os meios de agressão “objeto perfurocortante” e “arma de fogo” foram utilizados principalmente contra homens.

Um dado que chama especial atenção foi que a suspeita de uso de álcool pelo autor da violência é muito alta nos casos notificados contra indígenas, tendo sido registrada em quase metade deles. A literatura científica da saúde pública identifica o álcool como fator associado à violência e a fragilização de laços familiares e comunitários (SOUZA, 2013). Assim, cabe investigar em que medida as vulnerabilidades sociais provocadas pelos processos históricos que impactaram as comunidades indígenas influenciam nos fenômenos de violência intra e extrafamiliar vivenciados atualmente.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Fernando Pessoa de. **Relatório sobre construção de estratégias e fluxos para abordagem das situações de violência**. Brasília: OPAS, 2018. (Documento técnico Interno).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1271, de 6 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. 2014a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>. Acesso em: 14 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM**, 2016a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10br.def>>. Acesso em: 20 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: Instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. 2. ed. Brasília, 2016b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. Coordenação Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena. **Cartilha de Atenção e Prevenção às Situações de Violência em Povos Indígenas**. Brasília, 2014b. Material não publicado.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SINAN Relatórios: Manual de Operação**.: Versão do produto: 4.7. Ed. 1.0. Brasília, out. 2014c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação: Dicionário de Dados – SINAN NET – Versão 5.0/Patch 5.1**. Brasília, 2016c.

_____. Ministério da Saúde: Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Parte II – Causas Externas no Brasil. Violência doméstica no Brasil: análise das notificações do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes por ciclo de vida. In: _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Brasília, 2015. p. 305-325.

IBGE; FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO. **O Brasil Indígena**. 2013. (Folder).

SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de (Org.). **Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

