



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ELIENE MENDES DE OLIVEIRA

**PERFIL DE MORBIDADE E ESTADO NUTRICIONAL EM CRIANÇAS
INDÍGENAS PETENCENTES AO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL
INDÍGENA LESTE DE RORAIMA (2014-2015)**

Boa Vista - RR

2017

ELIENE MENDES DE OLIVEIRA

**PERFIL DE MORBIDADE E ESTADO NUTRICIONAL EM CRIANÇAS
INDÍGENAS PERTENCENTES AO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL
INDÍGENA LESTE DE RORAIMA (2014-2015)**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde na Área de concentração: Saúde, Educação e Meio Ambiente.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Fabíola Carvalho.

Boa Vista - RR

2017

ELIENE MENDES DE OLIVEIRA

**PERFIL DE MORBIDADE E ESTADO NUTRICIONAL EM CRIANÇAS
INDÍGENAS PERTENCENTES AO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL
INDÍGENA LESTE DE RORAIMA (2014-2015)**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Saúde, Educação e Meio Ambiente. Defendida em 07 de abril de 2017 e avaliada pela seguinte banca examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Fabíola Christian Almeida de Carvalho
Orientadora / Curso de Ciências da Saúde – UFRR

Prof. Dr. Marcos Antonio Pellegrini
Curso de Ciências da Saúde – UFRR

Prof. Ms. Joseneide Viana de Almeida
Curso de Enfermagem - UERR

In memoriam

Mariana Gonçalves de Oliveira, minha mãe.

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo a Deus, por ter permitido a conclusão deste trabalho e por sua graça ao me proporcionar orientação através de uma pessoa tão agradável, humana e paciente.

À Prof^a. Dr^a. Fabíola Carvalho, por ter aceitado o desafio desta pesquisa e por ter colaborado em momentos difíceis na consolidação deste trabalho.

À minha amiga e professora, Gisele Guimarães por ter uma colaboração importante na construção dos resultados desta pesquisa.

À minha amiga e professora, Ana Paula Sá por seu incentivo e apoio ainda na construção do projeto que deu origem a esta pesquisa.

Aos professores do PROCISA que de maneira direta ou indireta contribuíram no despenho desta pesquisadora.

Aos meus filhos, por compreenderem minha ausência de casa e minha indisposição em dias tão cansativos.

Aos colegas de trabalho da Faculdade FARES, pela força que me deram durante esses dois anos.

Aos funcionários da CASAI, pela colaboração durante a obtenção dos dados da pesquisa.

Aos indígenas de Roraima que foram a motivação principal na elaboração deste trabalho que surgiu depois de uma breve vivência na CASAI.

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo principal descrever o perfil de morbidade das crianças indígenas pertencentes ao Distrito Sanitário Especial Indígena Leste de Roraima referenciado para a Casa de Apoio a Saúde Indígena no biênio 2014-2015. O perfil de morbidade das populações indígenas estudadas foi observado por meio de registros de internação cedidos pela CASAI mediante autorização do DSEI Yanomami, órgão responsável pelos dados obtidos na CASAI. Ressaltando que os povos indígenas hoje, são acometidos por agravos não muito diferentes dos agravos que acometem a população em geral. Foram avaliados 543 registros de internação de crianças menores de cinco anos internadas na CASAI nesse período. O Estudo foi quantitativo e descritivo com delineamento documental realizado através de análise das fichas de internação das crianças indígenas menores de cinco anos atendidas na CASAI. O perfil de morbidade das crianças pertencentes ao DSEI Leste é diversificado. As principais causas de internação segundo os capítulos da Classificação Internacional de Doenças foram as doenças do aparelho respiratório (24,3%), doenças infectoparasitárias (18,6%) e má formação (10,3%) e a faixa etária mais referenciada foram os menores de um ano (52,3%). Observou-se que quase as totalidades das crianças foram oriundas do município de Uiramutã (56,4%). Os polos base que mais tiveram crianças referenciadas (32,8%) ficam na TI Raposa Serra do Sol. A principal condição da alta das crianças na CASAI foi a condição melhorado (71,8%). O período do ano que mais houve internações foi o período de seca (50,8%). A prevalência da desnutrição para correlacionar com as outras morbidades não foi realizada, uma vez que não constavam os dados antropométricos nas fichas de internação. O estudo permitiu conhecer o perfil de morbidade das crianças do DSEI Leste atendidas na CASAI de Roraima nesse período e almeja contribuir para a melhoria de informações acerca dessa população. Revelou ainda falhas sobre o correto preenchimento das fichas de internação.

Palavras-chave: Atenção à Saúde Indígena. Morbidade. Desnutrição. Prevenção.

ABSTRACT

This research had as main objective to describe the morbidity profile of the indigenous children belonging to the East DSEI of Roraima referenced for the CASAI in the biennium 2014-2015. The morbidity profile of the indigenous populations studied was observed through hospitalization records provided by CASAI with authorization from the Yanomami DSEI, the body responsible for the data obtained at CASAI. Emphasizing that indigenous peoples today are affected by diseases not very different from the diseases that affect the population in general. We evaluated 543 records of hospitalization of children under five years of hospitalization at CASAI in this period. The study was quantitative and descriptive, with a documentary design based on an analysis of the hospitalization records of the indigenous children under five years of age at CASAI, in order to describe the variables that guided the research. The observed morbidity profile was diversified. The main causes of hospitalization according to the chapters of the International Classification of Diseases were diseases of the respiratory system (24.3%), infectious diseases (18.6%) and malformation (10.3%), and the most Those under one year old (52.3%). It was observed that almost all the children came from the municipality of Uiramutã (56.4%). The base poles that had the most referenced children (32.8%) were in the TI Raposa Serra do Sol. The main condition of the children in the CASAI was the improved condition (71.8%). And the period of the year that most were hospitalized was the dry period (50.8%). The prevalence of malnutrition to correlate with other morbidities was not performed, since anthropometric data were not included in hospitalization records. It was to allow know the morbidity profile of children from the East DSEI of Roraima attended at CASAI in order to contribute to the improvement of information about this population and to stimulate more detailed studies about the importance of correct completion of hospitalization records.

Key Words: Attention to Indigenous Health. Morbidity. Malnutrition. Prevention.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Pirâmide da população indígena brasileira por faixa etária..... | 17 |
| Figura 2 - Pirâmide da distribuição da população não indígena por sexo, segundo os grupos de idade | 17 |
| Figura 3 - Distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil | 21 |
| Figura 4 - Rede hierarquizada de serviços de saúde prestados pelo DSEI | 23 |
| Figura 5 - Mapa de distribuição das populações do DSEI Leste por municípios | 37 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-------------|---|----|
| Tabela 1 - | Distribuição das crianças indígenas menores de cinco anos internadas na CASAI/RR no biênio (2014-2015) segundo o sexo..... | 47 |
| Tabela 2 - | Distribuição das crianças indígenas menores de cinco anos internadas na CASAI – RR no biênio (2014-2015) segundo a faixa etária..... | 47 |
| Tabela 3 - | Distribuições das crianças indígenas menores de cinco anos internadas na CASAI – RR no biênio (2014-2015) segundo a etnia..... | 49 |
| Tabela 4 - | Distribuições das crianças indígenas menores de cinco anos internadas na CASAI – RR no biênio (2014-2015) segundo o município de origem..... | 50 |
| Tabela 5 - | Distribuições das crianças indígenas menores de cinco anos internadas na CASAI – RR no biênio (2014-2015) segundo a condição da alta..... | 50 |
| Tabela 6 - | Distribuições das crianças indígenas menores de cinco anos internadas na CASAI – RR no biênio (2014-2015) segundo o período de internação..... | 51 |
| Tabela 7 - | Distribuições das crianças indígenas menores de cinco anos internadas na CASAI – RR no biênio (2014-2015) segundo o polo base..... | 52 |
| Tabela 8 - | Distribuições das crianças indígenas menores de cinco anos internadas na CASAI – RR no biênio (2014-2015) segundo o polo base..... | 56 |
| Tabela 9 - | Distribuição das principais causas de internação entre crianças indígenas menores de cinco anos segundo as causas específicas internadas na CASAI – RR no biênio (2014-2015)..... | 57 |
| Tabela 10 - | Distribuição das principais causas de internação entre crianças indígenas menores de cinco internadas na CASAI – RR no biênio (2014-2015) segundo a etnia..... | 58 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|--|
| AIH | Autorização de Internação Hospitalar |
| AIS | Agente Indígena de Saúde |
| AM | Amazonas |
| CASAI | Casa de Saúde do Índio |
| CID | Classificação Internacional de Doenças |
| DSEI | Distrito Sanitário Especial Indígena |
| EMSI | Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena |
| FUNAI | Fundação Nacional do Índio |
| FUNASA | Fundação Nacional de Saúde |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IRA | Infecção Respiratória Aguda |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PNDF | Pesquisa Nacional de Despesa Familiar |
| PNSN | Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição |
| PNUD | Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento |
| PNDS | Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde |
| P/I | Peso Para Idade |
| PNASPI | Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas |
| RR | Roraima |
| SASI | Subsistema de Atenção à Saúde Indígena |
| SESAI | Secretaria Especial de Saúde Indígena |
| SIASI | Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena |
| SPI | Serviço de Proteção ao Índio |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SISVAN | Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional |
| TI | Terra Indígena |
| TMI | Taxa de Mortalidade Infantil |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 12 |
| 1.1 | OS POVOS INDÍGENAS NO BRASIL | 15 |
| 1.2 | A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL | 19 |
| 1.3 | PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS POVOS INDÍGENAS NO BRASIL | 24 |
| 1.3.1 | Estado Nutricional das Crianças Indígena | 28 |
| 1.4 | SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA..... | 32 |
| 1.4.1 | Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) no DSEI Leste-RR..... | 34 |
| 1.5 | DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA LESTE DE RORAIMA | 36 |
| 1.5.1 | Caracterização da população atendida pelo DSEI-Leste de Roraima..... | 38 |
| 1.5.2 | A Casa de Apoio à Saúde Indígena de Roraima – CASAI/RR | 40 |
| 2 | OBJETIVOS | 43 |
| 2.1 | OBJETIVO GERAL | 43 |
| 2.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 43 |
| 3 | MATERIAIS E MÉTODOS | 44 |
| 3.1 | DELINEAMENTO DA PESQUISA | 45 |
| 3.2 | AMOSTRA | 45 |
| 3.3 | COLETA DE DADOS | 45 |
| 3.4 | ASPECTOS ÉTICOS | 46 |
| 3.5 | ANÁLISES DOS DADOS | 46 |
| 4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES | 47 |
| 4.1 | QUANTITATIVO DE CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS INTERNADAS COM DESNUTRIÇÃO NA CASAI-RR NO BIÊNIO 2014-2015 | 47 |
| 4.2 | PERFIL DAS CRIANÇAS INDÍGENAS MENORES DE CINCO ANOS ATENDIDAS NA CASAI DE RORAIMA NO BIÊNIO (2014-2015) | 48 |
| 4.3 | PREVALÊNCIA DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO EM CRIANÇAS INDÍGENAS PERTENCENTES AO DSEI LESTE REFERENCIADAS PARA A CASAI/RR NO BIÊNIO (2014-2015) | 55 |
| 4.4 | CORRELAÇÃO DA DESNUTRIÇÃO COM AS PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÕES EM CRIANÇAS INDÍGENAS MENORES DE CINCO ANOS REFERENCIADAS PARA A CASAI NO BIÊNIO (2014-2015) | 60 |

| | | |
|----------|--------------------------|-----------|
| 5 | | |
| | CONCLUSÕES | 63 |
| | REFERÊNCIAS | 64 |
| | APÊNDICES..... | 74 |
| | ANEXOS | 76 |

1 INTRODUÇÃO

O perfil de morbidade das populações indígenas tem passado por grandes transformações nas últimas décadas. Tais mudanças afetam diversas dimensões da vida destes povos e os expõem a maiores riscos de desenvolvimento de problemas nutricionais, com todas as implicações que esses processos podem trazer à saúde (GARNELO; PONTES, 2012). Assim, o conhecimento do perfil de morbidade é de fundamental importância para o planejamento de ações em saúde uma vez que torna possível, traçar metas e reduzir o número de internações por causas evitáveis.

Os estudos envolvendo populações indígenas no Brasil vem surgindo com mais frequência desde os anos 90, principalmente na região da Amazônia Legal onde reside uma grande parte da população indígena do Brasil. Com base nos resultados desses estudos que retratam os perfis de adoecimento e morte, é possível afirmar que ocorreu uma sensível transformação, trazendo consigo muitos desafios para a saúde indígena (BASTA, 2012).

O Estado de Roraima, como destacam Frank e Cirino (2010) tem 46,4% dos seus poucos mais de 220 mil km² reservados exclusivamente aos indígenas, que totalizam 18% da população estadual. Está localizado no extremo Norte do Brasil, fronteira com a República Bolivariana da Venezuela e a República Cooperativista da Guayana, onde se encontra grande parte da população indígena, cerca de 63 mil distribuídos em nove etnias. Os indígenas que habitam Terras Indígenas são assistidos pelos Distritos Sanitários Especiais Indígena (DSEI) Leste e Yanomami, sendo que o último além de assistir às populações do Estado atende também indígenas oriundos do Amazonas (FRANK; CIRINO, 2010., SIASI/DSEI/LESTE, 2016).

Das 32 Terras Indígenas (TI) presentes no estado, somente quatro encontram-se em região de floresta. As TI Yamomami, Waimiri-Atroari, Wai Wai e um pequeno contingente de Ye'kuana, cuja área alcança 7,15 milhões de hectares de Roraima, restando um total de 3,28 milhões de hectares para as demais, um total de 28 TI estão em região de savana ou em faixa de transição entre floresta e savana (FRANK., CIRINO 2010). Segundo os autores os povos indígenas que habitam o estado fazem parte de oito etnias, sendo elas: Wai-Wai, Macuxi, Wapixana, Taurepang, Ingarikó, Patamona, Yekuana, e Yanomami, as duas últimas pelas quais se responsabiliza o Distrito Yanomami e as outras sete o DSEI Leste.

Atualmente pouco se conhece acerca das morbidades que afligem os indígenas assistidos pelo DSEI Leste de Roraima, que atende a uma população de 44.000 mil indígenas, pertencentes a sete das nove etnias presentes no Estado (SIASI/DSEI LESTE, 2016). Desta forma, e

considerando que o DSEI Leste assiste a um quantitativo importante de indígenas, a realização de estudos voltados para avaliar às condições de saúde desta população é de grande relevância.

No tocante à saúde e nutrição dos povos indígenas de Roraima ainda são poucos os estudos publicados. Em uma pesquisa que avaliou o perfil nutricional de idosos do DSEI Leste em Roraima foi observado que 2,9% dos idosos apresentaram desnutrição, 33,8% sobrepeso, 1,5% obesidade e 61,8% apresentaram valores considerados normais (GUERRERO et al, 2005). O estado nutricional de um indivíduo depende de vários fatores, nesse caso específico foi abordada uma população idosa que pela própria fisiologia está mais propensa a desenvolver problemas nutricionais. Os resultados apontaram para a necessidade de estudos mais aprofundados sobre os casos de obesidade, tendo em vista que entre os idosos indígenas há indícios de uma má alimentação, assim, o sobrepeso está mais relacionado à falta do que ao excesso de alimentos (GUERRERO et al, 2005).

Barreto (2016) em um estudo que teve como objetivo observar a presença de beribéri entre os povos indígenas do DSEI Leste de Roraima no período de 2008-2014, revelou em seus resultados que só nesse período foram notificados 709 casos da doença na população estudada. O beribéri é uma doença nutricional ocasionada pela ausência da Tiamina (vitamina B1), considerando que, entre os indígenas a base da alimentação é a farinha de mandioca, que é rica em carboidratos simples, uma alimentação monótona típica contribuiu para o desenvolvimento da doença (BARRETO, 2016; BRASIL, 2002). Ficou evidenciado que existe a necessidade de estudos mais aprofundados sobre a situação nutricional dessa população.

As doenças nutricionais estão vinculadas às condições de vida das pessoas e à facilidade de acesso aos serviços de saúde, assim, as crianças indígenas estão mais vulneráveis a esse tipo de agravo. Em um estudo realizado no DSEI Yamomami, Pantoja (2012) avaliou o perfil nutricional de crianças menores de cinco anos. O resultado revelou que das crianças estudadas, a média de escore $z < -2$ foi superior a 50,3% para os índices estatura (E/I) e peso para idade (P/I). Para a autora, a deficiência encontrada foi a maior já registrada em todos os pólos base estudada (escore $z < -2$ significa que a criança está abaixo do P/I e P/E).

Em outro estudo com crianças Yamomami, Caldart (2014) avaliou a morbidade hospitalar materna-infantil nos anos de 2008-2012, onde as principais causas de internação, segundo a Classificação Internacional de Doenças, foram as doenças do aparelho respiratório representando 53,9%; doenças infecciosas e parasitárias, 19,5%; e doenças nutricionais, 12,1%.

A pesquisa mostrou-se relevante tanto pela necessidade de se conhecer a situação epidemiológica particular de populações indígenas de Roraima; quanto por reconhecer a importante participação da faixa etária de zero a cinco anos de idade na população indígena

brasileira; por colaborar para diminuir a falta de informações no Sistema de Informação sobre a Assistência à Saúde Indígena (SIASI) e gerar indicadores de saúde na população indígena de Roraima que poderá subsidiar na melhoria da implementação de políticas públicas, visando a diminuição desses agravos. Assim, o estudo se justifica por sua pertinência, na medida em que seus resultados refletem uma demanda do SUS gerada pelas crianças indígenas, podendo auxiliar na melhoria da estruturação dos serviços de saúde para essa população particular.

Diante do exposto, o estudo embasou-se em informações extraídas de autores que estudaram morbidade de populações indígenas. Os poucos estudos existentes são unânimes em afirmar uma carência de indicadores de saúde e causas de adoecimento e morte em populações indígenas brasileiras. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do censo de 2010, mostraram que a taxa de mortalidade infantil entre as crianças indígenas no Brasil é quase o dobro quando comparadas com crianças não indígenas. Isto revela a necessidades de estudos voltados para a área, que não somente mostrem a problemática das condições de vida entre os indígenas, mas estimulem a melhoria na qualidade da assistência a esses povos.

Frente a este cenário, a pesquisadora busca retratar o perfil de morbidade de parte da população que recorre a Casa de Apoio à Saúde Indígena de Roraima, cenário principal na motivação do desenvolvimento deste estudo. Tal motivação surgiu depois de uma experiência obtida em monitoria de estágios na instituição, onde pôde ser aprimorado o interesse pela causa indígena, tendo em vista as desigualdades sociais vivenciadas por estes povos durante décadas. Entende-se que é necessário contribuir para melhoria na criação de políticas públicas que coloquem em prática os princípios do SUS dentro do panorama indígena com enfoque para a atenção primária, considerando que, quando se previne, impede-se que ocorra tamanha demanda como hoje é observada na CASAI. Aponta-se ainda que as desigualdades sociais foram observadas na literatura estudada durante a formação acadêmica (graduação/especialização) da pesquisadora, o que possibilitou a elaboração de um artigo científico sobre saúde coletiva com ênfase para saúde indígena.

A dissertação está estruturada em cinco capítulos distintos. No primeiro momento foi realizada uma revisão de literatura sobre os povos indígenas no Brasil, perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil, Política de Atenção a Saúde Indígena, Sistema de Informação em Saúde Indígena, a desnutrição como morbidade indígena e um breve histórico sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena Leste de Roraima. No segundo capítulo são apresentados os objetivos do estudo. Posteriormente é delineada a metodologia da pesquisa no intuito de responder aos objetivos propostos. No quarto capítulo são apresentados os resultados e discussões e por último as considerações finais.

1.1. OS POVOS INDÍGENAS NO BRASIL

Os povos indígenas eram nativos do Brasil antes mesmo da colonização, embora não fossem contabilizados até então. No entanto há registros que na colonização havia cerca de seis milhões de índios e que com os impactos causados na época houve uma redução significativa, fosse pela guerra, trabalho escravo ou pelas doenças infecciosas que se agregaram ao processo de mudança (CUNHA, 2012).

Estimar dados sobre os povos indígenas no Brasil torna-se um desafio, as fontes disponíveis variam sobre o quantitativo desses povos, situação que se torna ainda mais desordenada no tocante aos dados de morbimortalidade. As limitações na qualidade das fontes de dados refletem na dificuldade de realização de estudos demográficos envolvendo povos indígenas (PAGLIARO et al., 2005).

Os dados populacionais eram baseados em históricos de recenseamentos pouco confiáveis dos governos provinciais, censos periódicos e registros de eventos vitais do Serviço de Proteção aos Índios (SPI), além de dados sobre algumas populações, levantadas pela Fundação Nacional do Índio (PAGLIARO et al., 2005). Os dados utilizados no século IX eram baseados em indígenas que habitavam próximos aos postos da FUNAI, deste modo grande parte não era contada durante os levantamentos, ou seja, não era possível calcular de maneira precisa a quantidade de indígenas existentes no país (PAGLIARO et al., 2005 apud AZEVEDO, 1994, p.14).

Mesmo com todo o processo de mudança que os indígenas têm atravessado durante décadas, é notada sua capacidade de superação na luta por melhorias e reconhecimento dos seus direitos. A impressão que se tem é que, desde os anos 80, a previsão do desaparecimento dos povos indígenas deu lugar à constatação de uma retomada demográfica geral, onde os indígenas já se estabeleceram como população específica no Brasil (CUNHA, 2012; PAGLIARO et al., 2005). Uma evidência dessa reconquista são os dados do censo do IBGE (2010) que mostraram um crescimento, seguido pelo fortalecimento do movimento indígena e maior visibilidade política da questão indígena nas últimas décadas (CUNHA, 2012; PAGLIARO et al., 2005; BANIWA, 2006).

Ademais os registros demográficos dos povos indígenas no Brasil, desde a década de 1990 foram implementadas iniciativas de sistematização e coleta de dados sobre a população

existente no país, inserindo a variável cor/raça que até então não era visível em censos anteriores. Diante de todas as limitações no acesso aos dados demográficos que envolvem populações indígenas, na atualidade pode-se contar com um recurso mais acessível que dispõe de um banco de dados sobre os povos indígenas, o Sistema de Informação em Saúde Indígena (SIASI), criado pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), é recurso de âmbito nacional e teve na sua criação o intuito de armazenar informações sobre as condições de saúde destes povos em TI (AZEVEDO; SANTOS, 2005).

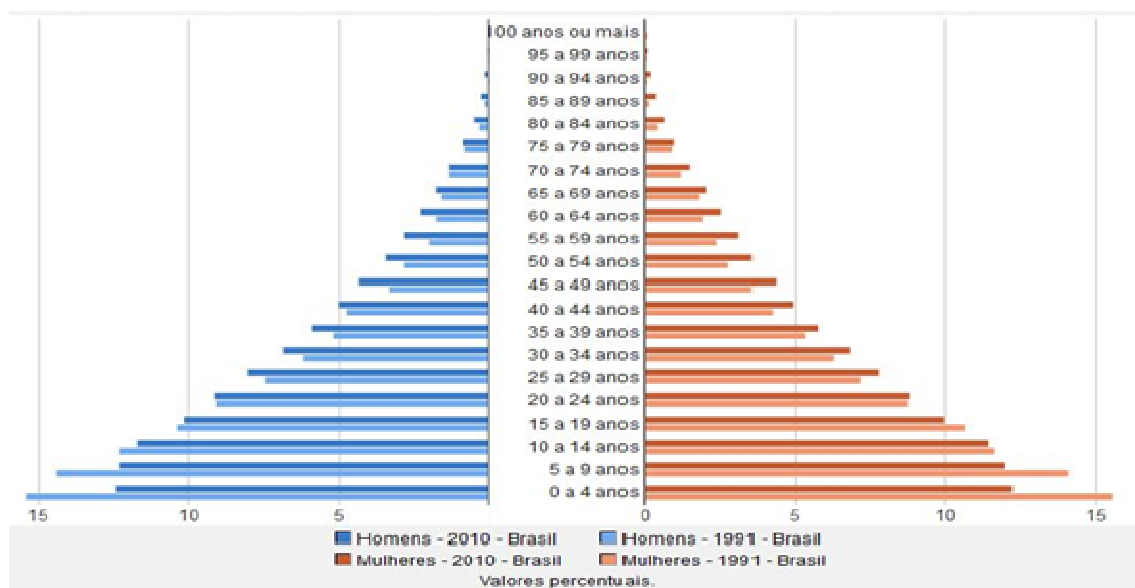
Pantoja (2012) destaca que o SIASI é um instrumento necessário e de grande valia na geração de indicadores de saúde. Esse sistema utiliza como base populacional aquela assistida pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), que é responsável por realizar a coleta, processamento e análise de dados para o acompanhamento da saúde das populações indígenas.

Dados mais recentes mostraram que os povos indígenas no Brasil são estimados em aproximadamente 817 mil pessoas, pertencentes a 305 etnias, falantes de 274 línguas, 572 mil (63,8%) vivem na área rural e 517 mil (57,5%) em Terras Indígenas (TI) oficialmente reconhecidas (IBGE, 2010).

Os povos indígenas estão distribuídos em todo o país. A distribuição de acordo com as regiões revela que a maior extensão de TI se encontra nas regiões Norte e Centro Oeste do país (98%), nelas habitam 63% da população cadastrada no SIASI, outra parcela importante (37%), vive dispersa pelas Regiões Nordeste, Sudeste e Sul em menos de 2% das TI. No país são cerca de 615 TI indígenas, situadas em praticamente todos os estados e ocupam 15% do território nacional (FUNASA, 2009; IBGE, 2010; GARNELO, 2012). Segundo dados do IBGE (2010), cerca de 38,2% da população indígena reside na região Norte, 25,9% no Nordeste, 16% no Centro-Oeste, 11,1% no Sudeste e 8,8% no Sul.

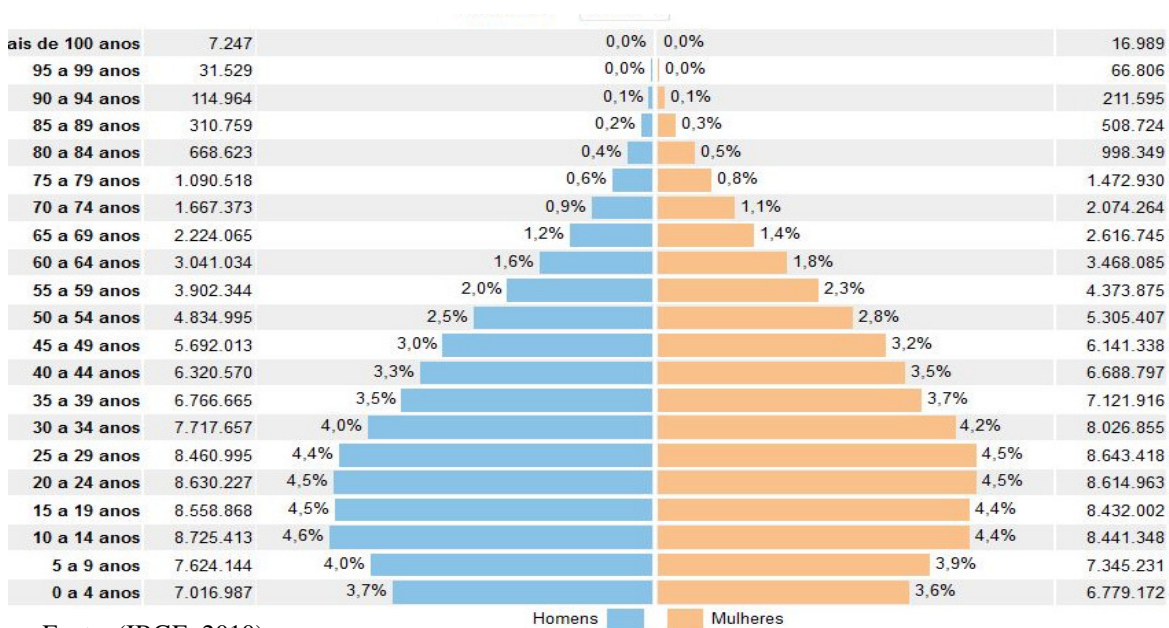
Os indígenas representam menos de 1% da população geral do Brasil, e embora tenham passado por uma quase dizimação, esta população vem se recuperando rapidamente. Esse fato pode ser observado na pirâmide populacional indígena brasileira (Figura 1).

Figura 1- Pirâmide da população indígena brasileira por faixa etária.



É observado um aumento da população jovem quando comparado com a população adulta. Em oposição à pirâmide populacional brasileira, que de maneira geral expressa um aumento da população idosa e uma queda da taxa de natalidade (Figura 2).

Figura 2 – Pirâmide da distribuição da população não indígena por sexo, segundo os grupos de idade .



As pirâmides diferem entre si, entre os indígenas existe um alargamento da pirâmide na faixa etária de crianças e jovens com idade entre zero e quinze anos e queda da população idosa.

Para a população não indígena se pode notar uma diminuição da população jovem e um aumento da população idosa, bem característico do Brasil, considerando que caminha para uma melhoria na qualidade de vida da população e diminuição da taxa de natalidade (BRASIL, 2010).

A população indígena é constituída na sua maioria por jovens, fato explicado pela elevação nas taxas de fecundidade e mortalidade indígena. Os dados do censo do IBGE de 2010 que envolveu as variáveis raça e cor mostraram que entre os anos de 2000 a 2010, houve um aumento na proporção de indígenas menores de quinze anos. Essa faixa etária passou de 32,6% para 36,2%, a faixa etária de quinze a sessenta e quatro anos caiu de 61,6% para 58,2%, nesse mesmo período e metade da população indígena tinha até 22 anos de idade (BRASIL, 2010).

A representação que a pirâmide populacional indígena é semelhante com um estudo realizado sobre os Xavantes no Mato Grosso do Sul (LEITE et al; 2005). Tais dados revelaram que 56,3%, da população Xavante tinha idade abaixo de 15 anos apenas 2,3%, da população tinha mais de 65 anos e a idade média da população era de 21 anos. Vale considerar que essa taxa varia de acordo com a região, já o quantitativo de povos indígenas de cada local, eles habitam em todo território nacional exceto Piauí e Rio Grande do Norte (IBGE, 2010).

No DSEI Leste, conforme relatório técnico fornecido pela instituição, a população de crianças menores de cinco anos é de 7.154, equivalente a 16% da população e os idosos acima de 60 anos somam 2.341, ou seja, 5,2% de toda população do DSEI que habitam em comunidades (SIASI/SISVAN/DSEI LESTE, 2016). Estima-se que 35.176, 79% da população do DSEI Leste tem idade entre cinco e sessenta anos, esses dados confirmam o que retrata a pirâmide populacional indígena, levando-se em consideração que o estado de Roraima tem uma participação importante no perfil populacional indígena.

As limitações encontradas durante a realização de estudos envolvendo povos indígenas é uma realidade em todas as regiões do país. E se constitui no principal obstáculo na obtenção de dados para a construção desse tipo pesquisa. No intuito de diminuir essas desigualdades foram implantadas medidas como a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) que atua de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), e tem como primazia a universalidade, a equidade e integralidade na assistência à saúde, tanto de índios como de não índios.

1.2. A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

A política indigenista foi estruturada por volta do século XIX pelo estado com a participação de instituições religiosas. Teve como conjectura a extinção das populações indígenas como grupos diferenciados. Porém, ao crescimento da população indígena, intensificam-se as lutas e reivindicações pelos seus direitos e reconhecimento de sua cultura (GARNELO, 2012).

Segundo Oliveira e Freire (2006), a política indigenista foi desenvolvida ainda no período colonial, e fragmentava a população autóctone em dois grupos polarizados, os aliados e os inimigos. Os indígenas deveriam se submeter às regras impostas, e não lhes era concedido o direito de recusa, e aqueles que não aceitavam o regime eram tidos como “bravos”.

Esse pensamento perdurou durante muito tempo. Em 1910 foi criado um órgão representativo das instituições públicas Serviço de Proteção ao Índio (SPI), substituído mais tarde pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI) em 1967, ambas as instituições tiveram atribuições de prestar assistência aos indígenas em diversas áreas, como: Saúde, educação e direitos fundiários. A FUNAI foi uma espécie de órgão tutelar, o qual tinha autonomia sobre os indígenas, conseqüentemente o poder de decisão dos índios foi tirado totalmente (GARNELO, 2012).

Com esse tipo de gestão, a FUNAI não conseguiu exercer sua função com sucesso, por não levar em consideração as necessidades reais que os indígenas apresentavam na ocasião. Com isso, desencadeou total insatisfação por parte dos indígenas. Na saúde a situação era ainda mais grave, a falta de aporte financeiro, materiais e as precárias condições de saneamento básico constituíam os principais problemas que predominavam na época (GARNELO, 2012).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no Brasil se vinculou aos avanços alcançados e ao planejamento para abertura de novos caminhos a serem percorridos. No contexto social, político e econômico, o conhecimento acerca PNASPI faz-se importante, uma vez que torna possível a compreensão da função do Estado dentro deste cenário. Mesmo com todos os avanços conquistados, os indígenas ainda são vítimas de preconceito e alvo de interesses políticos deturpados, o que é altamente prejudicial na conquista dos seus objetivos.

Para Carvalho (2013), os obstáculos enfrentados e o vácuo existente na prestação de cuidados à saúde das populações indígenas brasileiras expressam que mesmo com todos os avanços eles continuam a amargar o gosto das desigualdades sociais, configurando um dos principais desafios a defrontar no campo da saúde.

Somente a partir do século XX, o panorama começou a ser alterado com a Constituição Federal – CF de 1988. Em seu capítulo VIII, artigo 231 estabelece que são reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens.

A nova Constituição garantiu aos povos indígenas acesso universal aos serviços de saúde, frisando a atenção à saúde que respeite suas especificidades culturais e práticas tradicionais e participação (DIEHL; LANGDON, 2015).

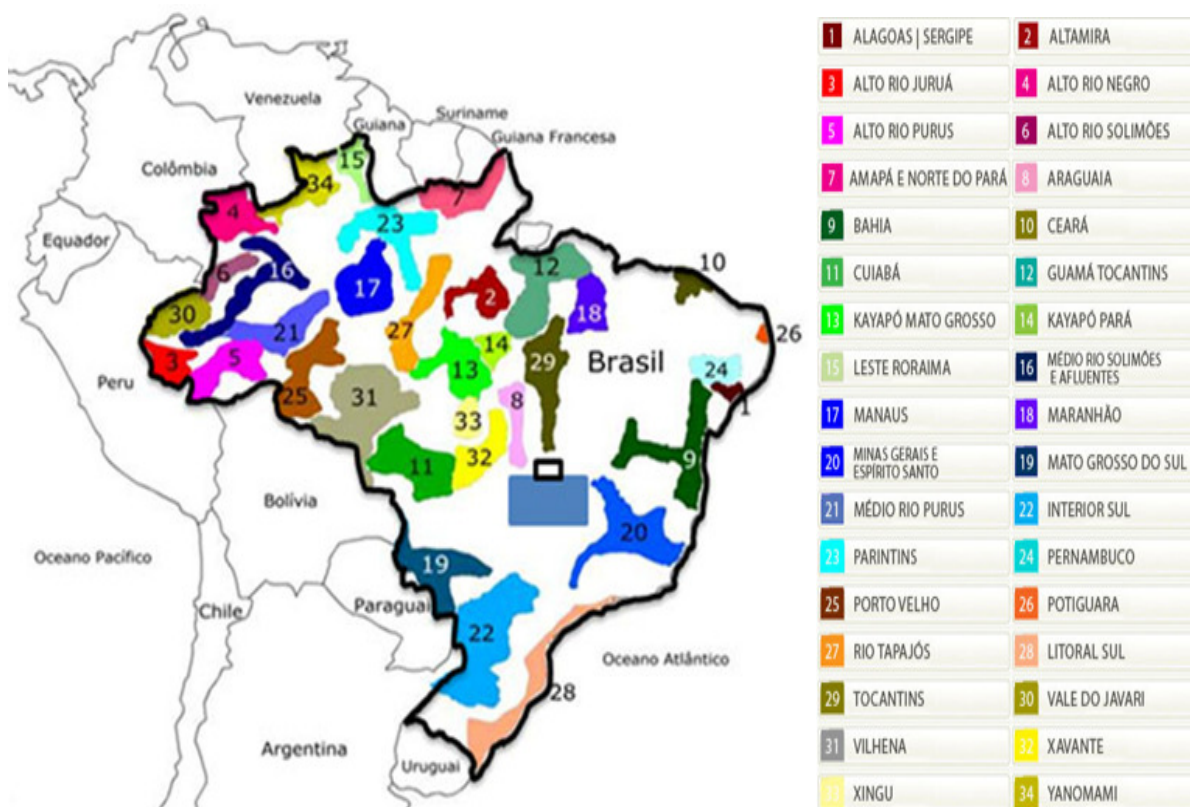
Na tentativa de garantir os direitos estabelecidos por meio da CF de 1988, foi estabelecido o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, sob a visão da atenção diferenciada, ou seja, a prestação de serviços de saúde por meio de uma estrutura separada, mas integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), que trabalhassem de forma articulada com as práticas tradicionais das comunidades. Tal marco não foi aleatório, pois se tratava do reconhecimento por parte do estado brasileiro dos direitos e das especificidades das populações indígenas no país, assim como sua inclusão no âmbito das reformas do sistema nacional de saúde, fato que só se concretizou com a estruturação dos DSEI (CARDOSO, 2010; DIEHL; LANGDON, 2015).

A forma de organização dos serviços de saúde em TI nasceu das Conferências Nacionais de Saúde, no contexto da reforma sanitária, do início da década de 90, e referendado pelo movimento indígena na II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (II CNSPI) de 1993, assim, como pelos profissionais de saúde que atuavam junto aos povos indígenas (ATHIAS; MACHADO, 2001).

No intuito de estimular a importância da medicina tradicional e reduzir os fatores que favorecem os agravos à saúde destas populações, foi criada a Política de Atenção à Saúde Indígena (PNPSI) em 2002, que teve como objetivo principal garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (FUNASA, 2002).

A PNASPI organizou a atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil por meio do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), articulado ao Sistema Único de Saúde (SUS). O SASI está organizado na forma de trinta e quatro Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), distribuídos em todas as unidades da federação (Figura 3).

Figura 3 - Distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil



Fonte: (FUNASA, 2011).

Segundo Garnelo (2012) a implementação da PNASPI requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo.

Estes distritos são responsáveis pelo atendimento básico e articulado, e ao SUS quando são necessários procedimentos mais complexos. Esse modelo de assistência é caracterizado como uma rede interconectada de serviços de saúde capaz de oferecer cuidados de atenção primária à saúde adequados às necessidades sanitárias da maioria da população GARNELO, 2012.p.27).

A definição de Distrito Sanitário Especial Indígena é apontada como um modelo de organização (FUNASA, 2002).

Um modelo de organização de serviços - orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado -, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social (FUNASA, 2002).

A noção de Distrito Sanitário Indígena está centrada na ideia de que a organização da prestação de serviços de saúde deve ser pertinente a cada realidade étnica, de forma que as ações sejam eficazes para determinada população indígena, sendo fundamental a participação das diversas instâncias organizativas indígenas na formulação das políticas do setor (DANTAS, 2010).

As rotinas distritais cobrem uma gama de serviços voltados para a assistência e para o desenvolvimento de atividades programáticas, que visam principalmente o controle dos agravos mais frequentes, como malária, tuberculose, desnutrição e doenças imunopreveníveis (GARNELO et al., 2005).

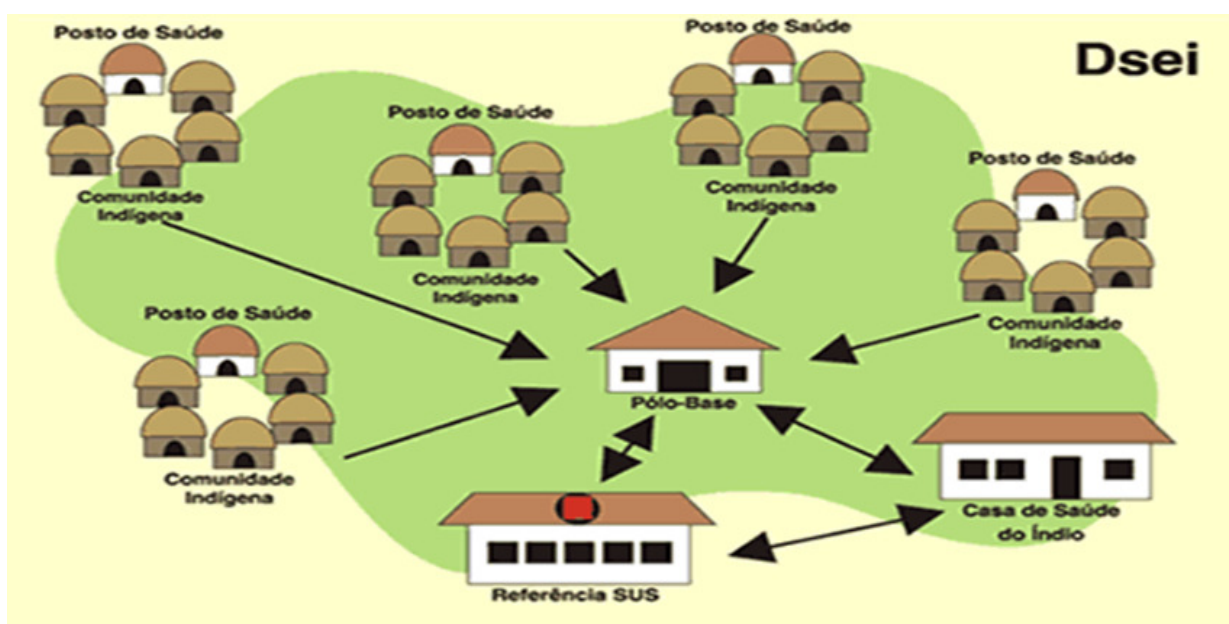
As equipes multidisciplinares de saúde indígena que compõem os distritos são formadas por: médicos, odontólogos, nutricionistas, enfermeiros, técnicos em enfermagem, agentes de saúde indígenas, agentes indígenas de saneamento, técnicos em consultório dentário, auxiliar de higiene bucal, técnicos em saneamento, agentes de endemias e microscopistas. Contando ainda com a participação de uma parcela de profissionais específicos dentre os quais: antropólogos, sanitaristas e educadores, podendo contar com outros especialistas considerando as necessidades (FUNASA, 2009).

A organização dos serviços de atendimento aos indígenas aldeados ocorre da seguinte forma: cada comunidade indígena possui um posto de saúde do tipo I ou II¹, onde atuam respectivamente: Agente Indígena de Saúde e auxiliares de enfermagem. Os postos de saúde estão ligados aos respectivos polos-base do município ou da microrregião, os quais contam com a equipe de enfermagem permanente e recebe visitas periódicas do médico e do odontólogo. Neles são realizados procedimentos e atendimento de baixa complexidade (FUNASA, 2009; GARNELO, 2012).

Além de prestar assistência à saúde, os polos-base devem realizar a capacitação e supervisão dos agentes indígenas de saúde (AIS), devendo operar de forma integrada e obedecer aos mecanismos de referência e contra referência de pacientes, prestam assistência às aldeias sob sua competência, prestando atenção à saúde, acompanhando, supervisionando e providenciando o encaminhamento e remoção de casos de maior complexidade para os centros de referência (FUNASA, 2009; GARNELO, 2012). Essa hierarquia deve ser obedecida para facilitar que o indígena possa ser atendido de maneira integral e igualitária (Figura 4).

¹ Posto I é um estabelecimento de saúde, localizado em terras indígenas, com estrutura física simplificada para apoio às atividades desenvolvidas pelos AIS, com supervisão da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) e pelos AISAN, com supervisão do técnico de saneamento. Posto II é um estabelecimento de saúde para prestação de atenção básica por meio da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), bem como para servir de referência aos AIS e AISAN das Unidades de Apoio. Esse segundo pode estar localizado em zonas rurais ou em terras indígenas.

Figura 4 - Rede hierarquizada de serviços de saúde prestados pelo DSEI



Fonte: (FUNASA, 2008).

Os polos-base têm referência direta à Casa de Saúde Indígena (CASAI) e à rede do SUS, para a realização de procedimentos de média e alta complexidade. O grau de resolubilidade proposto para os DSEI se resume à prestação da atenção básica, sendo necessária referência para a rede do SUS no caso de procedimentos de maior complexidade (GARNELO et al., 2003).

A CASAI desenvolve funções como receber pacientes encaminhados pelos polos-base, alojar e alimentar paciente e seus acompanhantes durante o período de tratamento; estabelecer os mecanismos de referência e contra referência com a rede do SUS; prestar assistência de enfermagem aos pacientes pós-hospitalização e em fase de recuperação; acompanhar os pacientes para consultas, exames subsidiários e internações hospitalares; fazer a contra referência com os DSEI e articular o retorno dos pacientes e acompanhantes aos seus domicílios, após a alta (FUNASA, 2009; GARNELO, 2012).

A coordenação da oferta destes serviços ofertados aos indígenas em TI é realizada pela Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (SESAI), por meio dos DSEIs que organizam e distribuem as atividades de acordo com as peculiaridades. A SESAI assumiu as responsabilidades que até então eram desenvolvidas pela FUNASA. Tal secretaria foi aprovada em 2010, e definida como a unidade integrante da estrutura do Ministério da Saúde, que é responsável por coordenar a PNASPI e todo o processo de gestão do SASI no âmbito do SUS.

A criação da SESAI mostrou-se uma importante conquista para a saúde indígena. Foi marcada pela participação dos indígenas que já reivindicavam a criação dessa secretaria e em virtude da insatisfação gerada pela FUNASA que era responsável pela saúde indígena até aquele momento (FERREIRA et al., 2011).

Embora o modelo assistencial disponibilizado para o atendimento dos indígenas vise ações de serviços e saúde que começam no posto, passando pelo polo-base, para só depois chegar a unidade de referência, muitas vezes essa hierarquia acaba não ocorrendo, sendo comum transferências de pacientes da rede básica (posto de saúde) para a referência, superlotando o serviço e ocasionando gastos desnecessários, visto que a remoção demanda recursos em virtude do difícil acesso a algumas comunidades e a distância para os serviços especializados.

Essa discordância na organização dos serviços tem gerado uma demanda além do esperado na CASAI. Mediante a essa situação, a CASAI passou a desenvolver funções que não são de sua responsabilidade, como internações e cuidados médicos e de enfermagem, sendo este último prestado no formato de 24 horas. Segundo Caldart (2014) e Lunardi (2004), um fator negativo nesse tipo de assistência seria a descontinuidade das informações vindas da unidade de referência que o indígena se encontrava, que deveriam ser repassadas para a CASAI e para as comunidades de origem desse paciente no ato da alta, considerando que a falta dessas informações dificulta a progressão do tratamento e as ações primárias prestadas em comunidades indígenas.

Assim, quanto maior a deficiência na disponibilidade de informações desses pacientes mais chances eles terão de retornar aos serviços de saúde com um quadro mais grave ou uma reincidência de uma determinada doença, pois sem informações suficientes a prevenção de agravos fica comprometida, uma ação que é de suma importância prestada por profissionais que atuam nos postos de saúde das comunidades indígenas.

1.3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS POVOS INDÍGENAS NO BRASIL

O perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil é bastante complexo, estudos apontam que as doenças infecciosas e parasitárias permanecem como importante causa de morbimortalidade (PAGLIARO et al, 2005; ORELLANA et al, 2007; GASTAUD et al, 2008.; CARDOSO, 2010.; OLIVEIRA et al, 2010.; DANTAS, 2010.; FERREIRA, 2011.; BASTA et al, 2012.; CALDART, 2014). Ao mesmo tempo, vem ocorrendo um processo de transição, no qual

novos agravos passam a exercer fortes pressões sobre os perfis de adoecimento e morte preexistentes. É o caso das doenças crônicas não transmissíveis, dos transtornos mentais e comportamentais e das causas externas de adoecimento e morte (GARNELO, 2012; COIMBRA, 2005).

Segundo Langdon (1999) os grupos indígenas encontram-se em várias situações de contato, existem os grupos isolados, os semi-isolados e outros que já coabitam muito próximo aos não índios. Essa aproximação está ligada às mudanças no perfil de morbidade e mais especificamente aos agravos relacionados com as mudanças alimentares. Para a autora, fatores como a segregação, extravio de território, as transformações ambientais, e alterações no modo tradicional de práticas de subsistência, contribuem para uma situação precária no campo da saúde indígena.

Segundo Baniwa (2006), não se pode afirmar que os indígenas não adoeciam, na pré-colonização, no entanto é possível que grupo de doenças que os afligem hoje seja diferente das conhecidas por eles antes da colonização.

Para os estudos epidemiológicos como os de Ribas e Philippi (2005), que foram voltados para a análise dos determinantes de mudanças, houve modificações nos padrões econômicos e sociais que interferem nos perfis de mortalidade e morbidade na população indígena.

Com todas as alterações que esse processo trouxe não é difícil presumir que os povos indígenas brasileiros estão expostos aos agravos e suas consequências. É verificado um impacto sobre as doenças infecciosas e doenças crônicas não transmissíveis, o registro e a análise dessas modificações são de grande importância para a compressão dos determinantes do processo saúde-doença nas populações indígenas (RIBAS; PHILIPPI, 2005).

Segundo uma análise de Basta et al., (2012), o percentual das principais causas de mortalidade em indígenas de ambos os sexos no Brasil, segundo os capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10ª revisão) para o ano de 2002 mostraram predominância das causas indefinidas (Cap. XVIII) com 23,28%, causas externas (Cap. XX) 16,8%, doenças do aparelho respiratório (Cap. X) 12,3%, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Cap. IV) 10,8% e doenças infecciosas e parasitárias (Cap. I) 10,2%.

A obtenção da confiabilidade de dados sobre as condições de saúde dos povos indígenas constitui uma tarefa árdua, seja pelas limitações impostas, ou pela falta de coerência das informações obtidas. Os estudos demográficos apontam que as fontes de dados fornecem informações distintas sobre os povos indígenas. Garnelo e Pontes (2012) afirmam que quando se pensa em construir indicadores para caracterizar padrões de adoecimento e morte por

determinados agravos, uma das principais preocupações que se deve ter é como serão obtidos os dados populacionais.

Gastaud et al; (2008) aponta que para o desenvolvimento de programas no SUS, com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil, é necessária uma base de dados confiável que expresse quali-quantitativamente as relações com as condições socioeconômicas de uma população. A importância da clareza dos dados é reafirmada por Garnelo e Pontes (2012), esses dados devem ser os mais confiáveis e robustos possíveis, pois eles corresponderão aos denominadores de todas as estimativas que serão realizadas.

Formular indicadores em países em desenvolvimento como o Brasil, é uma prática relativamente recente, a qual vem sendo gradativamente aprimorada desde a segunda metade do século XX (BASTA, 2012). Por ser um país que vem implementando medidas para a melhoria na coleta e sistematização de dados, ainda são enfrentadas dificuldades na elaboração de levantamentos sobre os registros de morbimortalidade. No caso das populações indígenas, nota-se que a situação é ainda mais incipiente (BASTA, 2012). Tal constatação nos remete a uma reflexão sobre a qualidade das informações disponíveis para pesquisas. Na saúde indígena até os anos 90 esse panorama não podia ser traçado, pela inexistência de dados capazes de detectar a situação de saúde desses povos, no entanto, não era difícil imaginar as condições de saúde que eles estavam submetidos quando comparados com os demais brasileiros (FUNASA, 2003.; COIMBRA JR.; SANTOS, 2000.; GARNELO, 2012).

Mais recentemente vem surgindo um interesse crescente, em conhecer o perfil epidemiológico das populações indígenas para adequação das práticas de saúde, visando orientar o planejamento e a programação de ações em saúde (CARVALHO et al., 1994). Para Moryana (1979) além das análises de mortalidade tradicionalmente utilizadas para subsidiar o planejamento em saúde, o conhecimento das morbidades é de suma importância, pois colabora na prevenção doenças de causas consideradas evitáveis, diminuindo a demanda nos serviços de saúde. Esses estudos de morbidade podem ser realizados tanto com dados primários oriundos de inquéritos domiciliares em locais de trabalho ou escola, quanto com dados secundários disponíveis nos prontuários das instituições (CARVALHO et al., 1994).

Mesmo com o surgimento de novos estudos envolvendo populações indígenas, ainda é um desafio formular dados sobre adoecimento e morte desses povos, visto que as barreiras são muitas e as fontes limitadas para que se tenha uma base sólida de dados.

Os povos indígenas brasileiros vivem experiências desiguais quando comparados com a população branca, ao nascer, viver, adoecer e morrer, apesar da crescente melhoria do Índice de Desenvolvimento Humano no Brasil (IBGE, 2010). A trajetória dos povos indígenas teve um

marco desde o contato com os não índios, e os reflexos dessa interação teve influência direta no perfil de adoecimento e morte e foram significativos, resultaram em importante diminuição numérica dos grupos nativos do país (GARNELO, 2012).

Os agravos que mais acometem os povos indígenas na atualidade estão relacionados com as precárias condições de vida em que vivem, juntamente com os problemas nutricionais que surgem em todas as faixas etárias. Com as condições sanitárias inadequadas, as doenças infecto-parasitárias predominam em níveis muito mais elevados que na população geral, desta maneira os indígenas ficam mais vulneráveis a problemas de ordem nutricional (LEITE, 2012).

Os problemas nutricionais estão relacionados com vários outros agravos, uma vez que a falta ou insuficiência de alimentos leva a uma queda na imunidade e com isso ocorre a agregações de outras doenças.

Alguns estudos realizados com populações indígenas adulta apontam para o surgimento de doenças do aparelho circulatório como hipertensão, distúrbios metabólicos como a diabetes e a obesidade e as neoplasias. Entre as crianças as doenças do aparelho respiratório saem na frente acompanhada pelas doenças infecciosas e parasitárias seguidas pela desnutrição (PATZER, MENENGOLLA, 2006.; GASTAUD, et al, 2008.; CALDART, 2014.; PANTOJA, 2012.; LEITE, 2012).

De maneira geral os povos indígenas mudaram a composição de sua alimentação. As mudanças não se limitam apenas aos tipos de alimentos, elas se estendem aos modos de obtê-los, o que implica nas novas técnicas adotadas na produção como piscicultura e pecuária (LEITE, 2012).

Assim, os indígenas que possuíam o hábito de buscar sua alimentação despendiam um esforço físico maior para adquiri-la. Para Leite (2012), a preocupação se justifica na medida em que as alterações alimentares favorecem o ganho de peso e doenças metabólicas como o diabetes. Para alguns estudos, a prevalência dessas doenças em comunidades indígenas já é muito comum. O primeiro caso de diabetes foi apontado nos anos 70 nos indígenas Karipúna e Palikúr no estado do Amapá (FILHO, 1977).

Desde então os casos de diabetes têm sido reportados com frequência em diversos outros grupos indígenas da Amazônia e Centro-Oeste como os Gaviões no Maranhão, Bororó e Xavante no Mato Grosso (Coimbra, 2005). A hipertensão arterial assim como a diabetes tipo II está associada a alimentação rica em açúcar e gordura, que entre os indígenas são componentes cada vez mais comuns em sua dieta. Em uma avaliação sistemática sobre a presença da hipertensão nos indígenas brasileiros foi observado a prevalência da doença entre os indígenas e denota preocupação no campo da saúde (FILHO, 2015).

Resultados como esses retratam a mudança no perfil de morbidade das populações indígenas. Um exemplo disso são as doenças cardiovasculares, circulatórias, endócrinas e nutricionais que têm se destacado nas últimas décadas. Essa alteração é considerada uma espécie de fenômeno que coincide com o que algumas pesquisas chamam de transição nutricional, observado durante o estudo do perfil de morbidade das populações indígenas (DIAS et al., 2010).

Dentro desse contexto é notório que o cenário da saúde indígena se encontra diversificado, as doenças relacionadas ao estado nutricional vêm ganhando espaço nesse meio. Essas mudanças favorecem não só a ocorrência de problemas carenciais mais o surgimento de doenças como desnutrição, anemia e outras deficiências como a hipovitaminose A, assim como a obesidade e doenças a ela associadas (LEITE, 2012).

1.2.1. Estado Nutricional das Crianças Indígenas

Existe uma diversidade de agravos que afetam a população indígena, dentre elas a desnutrição tem se comportado como uma importante morbidade nesse grupo específico. Há uma escassez de dados sobre as condições de saúde dos povos indígenas brasileiros, alguns estudos descreveram o perfil de morbidade em crianças indígenas, cujos resultados apontam para necessidade de pesquisas que abordem as morbidades infantis indígenas, considerando que a falta de informações sobre as condições de saúde dos povos indígenas constitui um fator negativo para as agências governamentais no enfrentamento dos agravos a saúde entre a população, por meios de políticas públicas que atuem na situação (SANTOS, 2012).

No tocante à nutrição e alimentação, é evidente que os povos indígenas brasileiros na atualidade são mais vulneráveis a desenvolver problemas metabólicos, que desencadeiam a desnutrição e a obesidade. Tais desequilíbrios surgiram da interação com não índios, fica manifesto que a alimentação indígena se assemelha cada vez mais com a não indígena (LEITE, 2010).

Sobre a situação nutricional dos povos indígenas, o Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas realizado em 2008/2009, foi o primeiro grande estudo nacional envolvendo os povos indígenas do Brasil. O inquérito foi feito por meio de amostras representativas de crianças e mulheres em idade reprodutivas pertencentes às grandes macrorregiões do país. Através dele foi possível retratar o perfil nutricional desta população que

até então era invisível aos grandes inquéritos de saúde e nutrição ocorridos no país nas últimas décadas (FAVARO, 2011).

Os resultados do inquérito mostraram uma situação alarmante na saúde indígena, onde, tanto as mulheres, quanto crianças são afetadas por problemas de saúde muito parecido com os enfrentados pela população não indígena. Foi observada a emergência de excesso de peso e níveis pressóricos elevados nas mulheres, alta prevalência de anemia em mulheres e crianças, elevada proporção de crianças com déficit de crescimento, moderada prevalência de baixo peso para a idade e quase inexistência de déficit nutricional pelo índice P/E Peso para Estatura (FAVARO, 2011).

Resultados semelhantes foram apresentados em um estudo realizado em Rondônia com o objetivo de analisar o perfil de morbidade hospitalar de crianças indígenas atendidas na rede de serviços do Sistema Único de Saúde. Os resultados mostraram que de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID 10ª revisão), as doenças do aparelho respiratório (Cap.X) foram responsáveis por 58,2% das causas de internações hospitalares seguidas das doenças infecciosas e parasitárias (Cap.I), alcançando 35% das internações. Esses resultados observados nas crianças Suruí evidenciam não somente a precariedade das condições de saúde, como também os problemas estruturais no que tange às ações de atenção básica. Fazendo-se necessário a implantação de medidas que auxiliem na redução desses números de internações por causas consideradas evitáveis (ORELLANA et al., 2007).

Há de considerar-se que a desnutrição está ligada as doenças infecto parasitárias e as condições de vida que uma população está submetida. Que de acordo com Ferreira et al.; (2011), as condições de saúde da população indígena são piores quando comparadas com as da população geral.

Considerando o que foi apontado pelo Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos indígenas, a desnutrição é um dos principais problemas de saúde pública nas crianças menores de cinco anos. A redução da incidência da doença depende da melhoria na prestação de serviços de saúde, manejo das doenças infecciosas, principalmente a diarreia, em conjunto com adequadas condições de saneamento.

Dados disponíveis sobre as condições de saúde e nutrição mostram que mais da metade das crianças indígenas sofrem de anemia (51,3%) na Região Norte, a prevalência é de 66%. Além disso, 23,5% destas crianças tiveram diarreia e 19,2% foram hospitalizadas pelo menos uma vez por ano, de acordo com o INSNPI (BRASIL, 2014).

Segundo Leite (2012), o estado nutricional de uma população tem uma relação estreita com as condições de vida, a exemplo de doenças infecciosas que acometem com mais facilidade

as pessoas que não tem acesso ao saneamento básico, por exemplo. Diante da afirmação do autor é perceptível pressupor que os indígenas apresentam taxas de adoecimento e morte muito acima das populações que tem acesso aos serviços de saneamento básico. O conhecimento acerca da condição nutricional de um povo pode ser um instrumento valioso para os profissionais de saúde e responsáveis pelas políticas públicas pois servirão para orientar suas ações (LEITE, 2012).

De acordo com Coimbra et al. (2005), a avaliação da situação nutricional de crianças é um mecanismo bastante útil na avaliação das condições de vida da população em geral, isso porque há uma íntima associação entre alimentação, saneamento e assistência à saúde.

Algumas pesquisas envolvendo o estado nutricional das crianças indígenas apontam que o problema tem ocorrido com mais intensidade e expressam urgência na avaliação dos cuidados prestados esses povos. Em um estudo que observou as morbidades hospitalares em crianças indígenas no Sul e Sudeste do Brasil apontam para os altos índices de internação hospitalares por Infecções Respiratórias Agudas (IRAS) em crianças < de 5 anos (CARDOSO et al., 2010).

As doenças respiratórias de maneira geral, quando não tratadas a tempo, podem levar a uma hospitalização, principalmente na faixa etária referida, nesse resultado supracitado fica evidente que problemas que poderiam ser tratados na assistência primária, ofertada nas comunidades, chegam à atenção secundária com bastante frequência, subtende-se que é necessária uma avaliação da prestação dos cuidados oferecidos aos indígenas aldeados.

Em uma pesquisa que envolveu crianças indígenas Kaiowá e Guaraní no Mato Grosso do Sul, observou-se uma quantidade expressiva de mães, 19%, que deixaram de realizar o pré-natal, sendo esta uma variável de suma importância podendo aumentar o risco de morbidade e mortalidade materna e perinatal, os resultados revelam ainda um elevado número de crianças com baixo peso ao nascer (< 2.500 g), e a partir do sexto mês de vida todas as faixas etárias apresentaram déficits nutricionais entre mães e indígenas e seus filhos (PÍCOLI et al., 2006).

A pesquisa de Pícoli et al., (2006) corrobora com um estudo realizado no Paraná, com crianças Indígenas Kaingáng da Terra Indígena de Mangueirinha (KÜHL et al., 2009). Tal estudo evidenciou que o baixo peso das crianças ao nascer exerce grande influência sobre seu crescimento e desenvolvimento, tornando-as assim, mais vulnerável aos agravos de saúde. Outros fatores, como: moradia, mães jovens e com baixo grau de escolaridade, mostraram uma elevação significativa dos casos estudados (KÜHL et al., 2009).

O ministério da saúde preconiza que as mulheres devem realizar no mínimo seis consultas no período da gestação, é um direito instituído, e o peso da criança deve calculado durante o pré-natal, as crianças que nascem com peso inferior a 2.500 kg são consideradas de risco para o desenvolvimento de doenças no período perinatal (BRASIL, 2006). Orellana et al

(2007) apontou em um estudo sobre o perfil de morbidade hospitalar observado nas crianças Suruí que as hospitalizações ocorreram mais em crianças no período perinatal.

De modo geral, as pesquisas citadas apontaram para um mesmo sentido no que diz respeito a deficiência na assistência prestada à saúde dos povos indígenas. Realizada pelos DSEIs, meio das EMSI, que prestam cuidados aos indígenas aldeados. Os estudos são unânimes em relatar as precárias condições de vida a que as populações indígenas então submetidas, em conjunto com a necessidade de ações que visem à promoção e proteção à saúde no intuito de diminuir as internações hospitalares, e que para tanto, as ações em saúde devem acontecer em conjunto com a comunidade (CARDOSO et al., 2010.; PATZER et al., 2013.; ORELLANA et al., 2007; PÍCOLI et al., 2006; PEREIRA et al., 2014; FERREIRA et al., 2011).

Em Roraima, um estudo envolvendo morbidade hospitalar materno-infantil Yanomami, destacou que a desnutrição aparece como o principal diagnóstico de acordo com a CID 10^a revisão, no capítulo IV, ela superou as doenças endócrinas e metabólicas, que estão inclusas no mesmo grupo, sendo responsáveis por 8% do total geral dos diagnósticos primários e 18,2% do total geral dos diagnósticos secundários registrados nas AIH (CALDART, 2014).

Ou seja, a desnutrição nas populações indígenas tanto pode ser originada de causa primária, como associada a outras doenças. Em pesquisa envolvendo crianças Yanomami entre 0 a 5 anos, revelou-se que a desnutrição crônica ultrapassa 70% de acordo com o índice Estatura para idade (E/I), para a autora esses resultados superam todos os já apresentados (PANTOJA, 2012).

No tocante aos indígenas pertencentes ao DSEI Leste de Roraima, um estudo recente sobre casos os de beribéri registrados em comunidades indígenas entre 2008-2014 evidenciou que a maioria das doenças nutricionais, dentre elas parte dos surtos de beribéri, associa-se às condições de pobreza e fome, consumo de alimentação monótona, baseada em elevado teor de carboidratos simples (BARRETO, 2016).

A doença é ocasionada por uma carência nutricional quando existe a deficiência da tiamina ou pode estar relacionada a fatores que interferem na biodisponibilidade desta vitamina como um consumo de bebidas alcoólicas, por exemplo, ou atividade física intensa (BRASIL, 2002).

Igualmente, os resultados das pesquisas supracitadas fazem referência às morbidades indígena em diversas regiões do país, considera-se as condições de vida das populações estudadas, como um dos principais indicadores para os agravos encontrados em todos os DSEI estudados.

1.5 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA

A informação é a base na prestação de cuidados, o conhecimento de um determinado problema proporciona uma tomada de decisões no intuito de resolver ou amenizar a situação. Desta forma, os indicadores de saúde são de suma importância para prestação da assistência, pois são através deles que a gestão se orienta no planejamento e controle das atividades locais, eles refletem nas reais condições de saúde de uma população (LIMA et al., 2015).

Segundo Machado (2012) os indicadores só podem ser gerados se houver informação, que é uma abstração informal e, portanto, não pode ser representada somente pela matemática. As planilhas e os relatórios são exemplos de informações, pois possuem significados para as pessoas que fazem sua leitura.

No que diz respeito ao SIASI, a necessidade de sua origem foi apontada ainda na 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio realizada em 1986, que defendia a criação de um sistema específico para os povos indígenas. No intuito de acompanhar as ações do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que também oferece subsídios às gestões local e nacional, para a definição de estratégias de intervenção, prioridades e a planejar as ações, o sistema foi estruturado pelos seguintes módulos: morbidade, imunização, saúde bucal, demografia, acompanhamento a gestação, infraestrutura, saneamento e recursos humanos. Atualmente estão em funcionamento apenas os módulos de imunização, morbidade e demográfico (FUNASA, 2009; SOUSA et al., 2007).

Dentre as limitações apontadas pelos autores, uma das deficiências na concepção do SIASI diz respeito às variáveis a coleta de dados. A qualidade de um sistema de informação depende muito da qualidade dos dados coletados, incluindo a regularidade e o correto preenchimento dos instrumentos. O fato dos formulários utilizados para coleta serem preenchidos por diversos profissionais, que, na maioria das vezes não são capacitados para essa tarefa prejudica na consistência desses dados, aliado a rotatividade de profissionais que atuam na saúde indígena (MEZZOMO, 2006; SOUSA et al., 2007).

Diante dessas limitações encontradas no sistema, ficou evidenciado a importância da capacitação, incentivo e medidas que visem à melhoria no preenchimento desses dados, por profissionais capacitados para manuseá-los e conhecedores da importância deste instrumento.

Como parte integrante do SIASI, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) foi instituído em 2003 e teve a finalidade de registrar o estado nutricional das crianças

indígenas no intuito de estimular o direcionamento de políticas públicas para os grupos mais vulneráveis (BRASIL, 2006).

Não são muitos os estudos disponíveis sobre o êxito dos sistemas de informações em saúde indígena. Em um estudo envolvendo o estado nutricional de crianças no Mato Grosso do Sul entre 2007-2012, evidenciou-se deficiências no lançamento e notificações desse estado, onde concluiu-se que o SISVAN precisava de aperfeiçoamento, por entender que houve perdas nas variáveis em determinado período da pesquisa (SOUZA et al., 2013).

Em outro estudo realizado por Pantoja (2012) foi revelada a baixa cobertura do SISVAN para esta população específica, e que os profissionais necessitavam de equipamentos antropométricos padronizados. A deficiência é atribuída em parte por falta de treinamentos de forma contínua, oferta de infraestrutura inadequada para o desenvolvimento de ações em saúde pelos profissionais que atuam junto a esses povos.

Vale ressaltar que, em comunidades indígenas os profissionais são alterados com frequência, isso afeta diretamente na alimentação dos sistemas de informação que se apresentam como instrumentos fundamentais na construção de indicadores de saúde, o seu desempenho depende de umas estruturas sólidas e profissionais que conheçam a realidade local de cada comunidade. Essa rotatividade da EMSI constitui um fator negativo que interfere na eficácia e acompanhamento das populações indígenas nas comunidades (PANTOJA, 2012).

De acordo com o estudo que envolveu a evolução do SISVAN e o estado nutricional de crianças indígenas menores de cinco anos no Mato Grosso do Sul no período de 2002-2011, evidenciou-se um aumento da cobertura do SISVAN passando de 82,0% em 2002 para 97,2% em 2011, no entanto ainda são inúmeras as limitações na promoção à saúde dos povos indígenas (SILVA et al., 2014).

Outra pesquisa mostrou relevância, do SISVAN potiguara, que registrou no ano de 2007 que das 1.608 crianças menores de 5 anos existentes nas 29 aldeias, 6,61% encontravam-se desnutridas, prevalência duas vezes maior que o esperado (OLIVEIRA, 2010).

Segundo Medeiros (2015) que desenvolveu um estudo com o objetivo de analisar o perfil nutricional das crianças menores de cinco anos acompanhadas pelo SISVAN do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões (DSEI-ARS), no Amazonas, o SISVAN mostrou-se uma ferramenta útil na avaliação das condições de saúde e nutrição de populações indígenas, evidenciando que ainda são elevadas as prevalências de desnutrição crônica entre as crianças, e revelou as desigualdades enfrentadas pelas crianças indígenas do pertencentes a esse DSEI. Ainda não há uma avaliação específica sobre a eficiência do SISVAN, o que existe são apenas levantamentos realizados por autores sobre seu potencial de cobertura em alguns distritos

pesquisados (LEITE et al; 2007). Com um sistema de informação alimentado é possível traçar metas para promoção, prevenção e recuperação da saúde dos povos indígenas, através do conhecimento do perfil epidemiológico de uma população.

1.4.1. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) no Dsei Leste de Roraima

O SISVAN foi proposto dentro dos DSEI como uma estratégia para diminuir as lacunas existentes na saúde indígena no quesito nutricional. Criado meio da Portaria Nº 984 de 06 de julho de 2006, visa o acompanhamento do estado nutricional de indígenas, com prioridade para crianças menores de cinco anos, gestantes e idosos (SISVAN/DSEI/LESTE, 2016).

As informações sobre a situação alimentar e nutricional dos povos indígenas no Brasil não eram até então coletadas de forma sistematizada pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (FUNASA, 2010). Nesse sentido o SISVAN se limitaria ao rastreamento das populações indígenas acerca do estado nutricional.

Após a sua criação em 2006 foi iniciada a aquisição de equipamentos de antropometria e informática, foram comprados e distribuídos aos 34 DSEI, outros foram adquiridos posteriormente para realização do Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas (FUNASA, 2010). O SISVAN tem se mostrado um recurso eficaz, uma vez que a disponibilidade de equipamentos e profissionais voltados para o acompanhamento nutricional dos grupos mais propensos a desenvolver problemas nutricionais torna o sistema essencial na determinação de medidas de atenção primária.

Além de acompanhar informações referentes ao aleitamento materno, benefício social e também suplementação de micronutrientes, dentre outros. Os dados coletados são consolidados por cada DSEI e inseridas no SIASI para alimentação do sistema (SISVAN/DSEI LESTE, 2016).

No DSEI Leste de Roraima a vigilância nutricional é realizada pelas 70 EMSI formadas por Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, AIS, dentre outros, compõem ainda a equipe 04 Nutricionistas, que são distribuídos nos 34 polos-base, nas 11 regiões, que possuem 311 comunidades indígenas. De acordo com as informações obtidas no relatório técnico da população de crianças menores de cinco anos em 2015 houve uma cobertura de 78,8% no total de 5.638 atendimentos, a meta distrital para o ano era de 80% de cobertura (SISVAN//DSEI LESTE, 2016).

Tendo em vista que o SISVAN atua também em serviços com acompanhamento de gestantes, idosos e crianças em aleitamento materno, exclusivo para aquelas menores de 06 meses. Os registros mostraram que foi alcançado um percentual de 63,3%, no total de 436 crianças nessa faixa etária no ano de 2015 (SISVAN//DSEI LESTE, 2016). Vale ressaltar que a amamentação exclusiva até os seis meses exerce grande influencia no estado imunológico, que por sua vez influencia na possibilidade da criança adquirir doenças próprias dessa faixa etária.

No que tende ao acompanhamento das gestantes o percentual do estado nutricional das mulheres acompanhadas pelas EMSI para o ano referido foi de 57,99% para peso adequado, 9,67% apresentando baixo peso, 25,63% com sobrepeso e 6,71% com obesidade (SISVAN//DSEI LESTE, 2016). É válido frisar que as complicações decorrentes da gestação, parto e pós-parto são reduzidas com o acompanhamento durante o pré-natal. O peso da gestante é uma variável importante no controle dos riscos para o biênio mãe-filho. De acordo com o plano distrital a meta alcançada para as gestantes foi de apenas 40% e não equivale ao esperado.

Segundo Pícoli et al., (2006) em um estudo com os Indígenas Kaiowá e Guaraní no Mato Grosso de Sul foi evidenciado que grande parte das mulheres não foram acompanhadas durante a gestação, acarretando em uma elevada ocorrência de desnutrição e uma preocupante situação de saúde materno-infantil.

Em relação à cobertura de acompanhamento de idosos do DSEI Leste, é realizada assim como para os grupos citados anteriormente, são realizados mensalmente pelas EMSI e por polo-base. A meta alcançada para o ano foi de 67% da população idosa do DSEI, para esse grupo específico a meta foi satisfatória de acordo com o relatório emitido (SISVAN//DSEI LESTE, 2016).

O SISVAN do DSEI Leste, assim como mostrado nos demais estudos que tiveram o objetivo de avaliar a eficácia do sistema em outros estados, aponta melhorias na qualidade das informações, no entanto, foi considerado nesses estudos que o SISVAN apresentou efeito positivo para demonstrar a situação nutricional de algumas comunidades indígenas (SILVA et al., 2014., OLIVEIRA, 2010., MEDEIROS, 2015).

1.5 DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA LESTE DE RORAIMA

O Distrito Sanitário Especial Indígena Leste de Roraima teve como marco para sua criação a etapa estadual da II Conferência Nacional de Saúde Indígena realizada em 1993. Na ocasião foi discutida e aprovada a criação do DSEI Yanomami em Roraima.

Posteriormente, em 1995, por meio de Assembleia Geral dos Tuxauas, foi aprovada a proposta de criação do DSEI Leste, passando por ratificação pelo Núcleo Interministerial de Saúde Indígena-NISI/RR, e por instâncias regionais da Fundação Nacional de Saúde e Fundação Nacional Indígena (SIASI/DSEI LESTE, 2015).

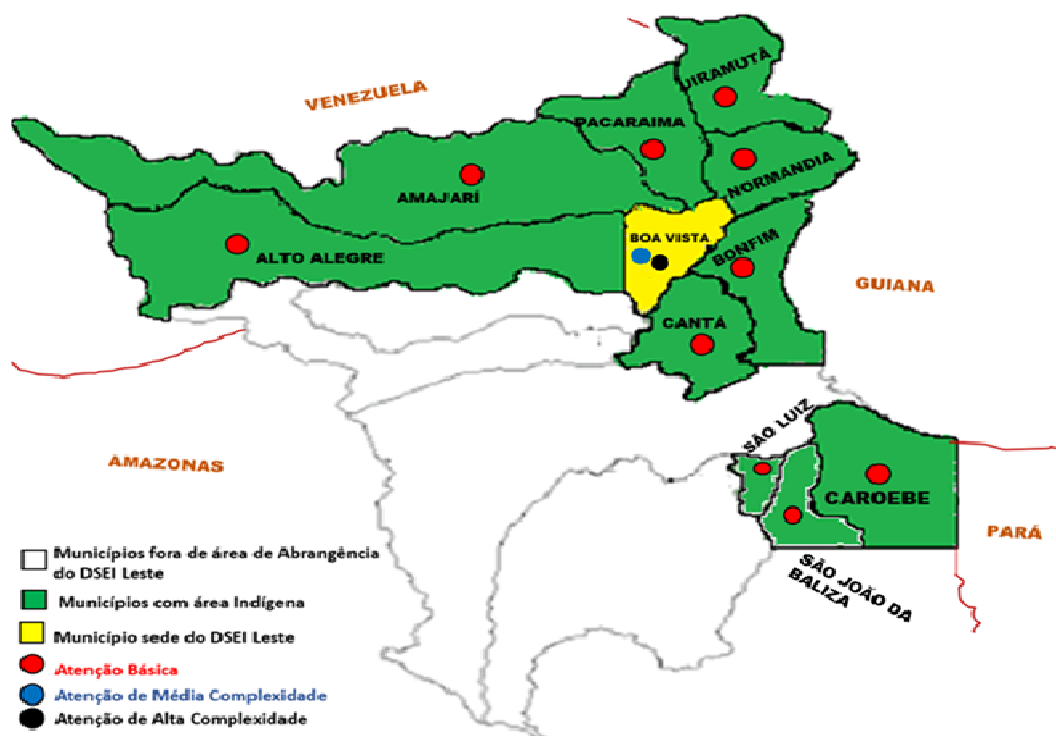
Desde sua criação, o DSEI Leste tem passado por dificuldades em seu funcionamento. De modo que a falta e/ou a quantidade de profissionais insuficientes tem sido a mais agravante. Prejudicando dessa forma as atividades de supervisão, educação em serviço, fornecimento de medicamentos e insumos básicos. Assim como a falta de infraestrutura de transportes, comunicação e equipamentos para os postos de saúde (FUNASA, 2010).

Os 34 polos-base do DSEI Leste contam com uma infraestrutura mínima de mobiliários e equipamentos essenciais e 286 postos de saúde, sendo que a maioria encontra-se em condições precárias, e alguns, parcialmente equipados. Estas são limitações apontadas no DSEI Leste que prejudicam no atendimento a população que necessita do serviço (FUNASA, 2010).

O DSEI Leste conta com uma rede de serviços de saúde estruturados para o atendimento dos indígenas na própria comunidade, ele trabalha em articulação com o SUS. Os cuidados oferecidos em área indígena são voltados para a atenção básica, a assistência é prestada em todos os municípios de abrangência do DSEI. Os casos não resolvidos são referenciados para as instâncias de maior complexidade como os hospitais de referência da capital de Boa Vista (SIASI/DSEI LESTE, 2016).

O DSEI Leste tem populações nos 11 municípios do estado de Roraima (figura 5): Boa Vista, Alto Alegre, Amajari, Bonfim, Cantá, Normandia, Pacaraima, Uiramutã, São João da Baliza, São Luís do Anauá e Caroebe. Este distrito assiste às seguintes etnias: Macuxi, Taurepang, Wai-Wai, Wapixana, Patamona, Ingarikó. (SIASI/DSEI LESTE, 2016).

Figura 5 - Mapa de distribuição das populações do DSEI Leste por municípios



Fonte: Adaptado (DSEI LESTE/RR/ 2015).

Como a maioria das instituições de saúde, o DSEI Leste enfrenta dificuldades para atender os indígenas de maneira integral. As dificuldades existem desde a sua criação, principalmente no que diz respeito a insuficiência de profissionais para as atividades de assistência, atividades de supervisão e educação em serviço. São apontadas ainda a insuficiência no fornecimento de medicamentos e insumos básicos, falta de uma infraestrutura de transportes, comunicação e equipamentos para os postos de saúde (SIASI/DSEI LESTE, 2016).

A oferta dos serviços de saúde no DSEI Leste é realizada por meio da rede básica de assistência que conta com 34 polos-base, totalizando 290 postos de saúde e 84 laboratórios de microscopia, onde atuam 350 agentes indígenas de Saúde (AIS), dos quais 184 são capacitados como agente de microscopia e 26 são agentes indígena de endemias (FUNASA, 2010), como observado no quadro 6. O acesso aos polos base do DSEI Leste ocorre preferencialmente por via terrestre, a via aérea é utilizada para locomoção em quatro polos base, além de ser a primeira opção nos casos de pacientes graves que necessitam de remoção para Boa Vista.

Quadro 1 – Distribuição da população por postos de saúde, laboratórios e pólos base.

| Região | Município | Nº Pólos-Base | Nº Postos de Saúde | Nº Laboratórios | População |
|---------------|---|---------------|--------------------|-----------------|---------------|
| SURUMU | Pacaraima | 03 | 26 | 06 | 3.330 |
| BAIXO COTINGO | Normandia | 04 | 37 | 07 | 3.297 |
| SERRAS | Uiramutã | 09 | 97 | 25 | 12.165 |
| RAPOSA | Normandia | 04 | 39 | 06 | 4.639 |
| AMAJARI | Amajari | 03 | 17 | 07 | 3.300 |
| TAIANO | Alto Alegre | 02 | 10 | 05 | 2.640 |
| SÃO MARCOS | Boa Vista e Pacaraima | 04 | 34 | 09 | 5.782 |
| MURUPÚ | Boa Vista | 01 | 04 | 02 | 908 |
| SERRA DA LUA | Cantá e Bonfim | 03 | 18 | 13 | 7.802 |
| WAI-WAI | Caroebe, São Luiz do Anuá e São João da Baliza. | 01 | 08 | 04 | 808 |
| TOTAL | | 34 | 290 | 84 | 44.671 |

Fonte: Adaptado (FUNASA, 2010).

1.5.1 Caracterização da população atendida pelo DSEI Leste de Roraima

Segundo o Setor de Saúde do Conselho Indígena de Roraima (CIR/Saúde, 2008), os povos indígenas localizados no leste de Roraima pertencem às etnias Macuxi (aproximadamente 25.400 pessoas), Wapixana (7.800 pessoas), Ingaricó (1.100 pessoas), Taurepang (720 pessoas), Patamona (100 pessoas) e Wai-Wai (680 pessoas). Dados mais recentes do SIASI/DSEI Leste (2015) mostram que essa população vem crescendo, chegando hoje a 44.671. No entanto, não dá para afirmar ao certo quantos indígenas tem por etnia, sendo que em muitas aldeias coexistem famílias de etnias distintas (FREITAS, 2011).

Os povos do DSEI Leste habitam em 31 TI já demarcadas e homologadas e possuem uma área total 3.942.790 hectares, que totalizam 311 comunidades indígenas (quadro 1), vinculados a

34 polos-base, organizados administrativamente em 11 etno-regiões, e uma população total é de 44.671 (SIASI/DSEI LESTE, 2016).

Figura 6 – Mapa Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI Leste de Roraima



Fonte: (DSEI LESTE/RR/ 2015).

Os povos pertencentes ao DSEI Leste somam etnias das quais podemos destacar o povo Macuxi, que vive atualmente nas áreas de lavrado (savanas) e de serras na região do Rio Branco. Constituem a maior população indígena do estado de Roraima, possuindo também várias aldeias na República Cooperativista da Guiana. São da família linguística Carib, grande parte influente da língua portuguesa. Estão predominantemente nos municípios de Alto Alegre, Bonfim, Normandia e Pacaraima, uma região onde a paisagem é caracterizada pela presença das serras do norte do estado (MANDULÃO et al., 2012).

O povo Taurepang habita a terra indígena São Marcos, estão distribuídos nas comunidades indígenas do Alto rio Surumu. Moram também nas comunidades do Araçá no Município de Amajari e na fronteira do Brasil com a República Bolivariana da Venezuela, onde vive a maior parte de sua população (MANDULÃO et al., 2012; SILVA et al; 2008).

Os povos Ingaricó habitam o extremo norte de Roraima, no município de Uiramutã na Terra Indígena Raposa Serra do Sol. Os Patamona, habitam ao território próximo dos Ingaricó,

tem a maior parte de sua população residente na República Cooperativista da Guiana (MANDULÃO et al., 2012; BENTO, 2008).

O povo Wai-Wai ocupa a região de florestas ao sul do Estado, em território que se localiza a interseção dos estados de Roraima, Pará e Amazonas, nas TI, Nhamundá, Trombetas Trombetas Mapuera e Wai Wai. Esse povo também possui comunidades na República Cooperativista da Guiana (MANDULÃO et al., 2012; GUTIERRES, 2008).

Os Wapixanas estão ao sudeste de Roraima, possuem aldeias também na Guiana, são do grupo linguístico Aruak e vivem conforme registros históricos há pelo menos três séculos na região Serra da Lua, e habitam também as regiões Surumu, Cotingo, Taiano, Amajari, Uraricoera e Parimé. Com grande quantitativo na comunidade Tabalascada. (MANDULÃO et al., 2012; TEIXEIRA et al; 2008; SIASI/ DSEI LESTE, 2016).

As ações básicas de atenção à saúde no DSEI-Leste tem como princípio à presença dos agentes indígenas de saúde nos polos-base e postos de saúde. A assistência deve ser prestada conjuntamente com as EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, composta por Enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos de laboratório, cirurgiões-dentista, ACD auxiliar de cirurgia-dentista e pelos AIS (FUNASA, 2010).

1.5.2 A Casa de Apoio à Saúde Indígena de Roraima – CASAI/RR

A CASAI funciona como uma unidade mista que presta assistência médica e de enfermagem aos pacientes referenciados e aos que chegam diretamente em busca de um atendimento médico. Em seguida retornam para seu lugar de origem, que pode ser a comunidade ou a própria capital Boa Vista. São oferecidos serviços de apoio aos pacientes encaminhados à rede de referência, incentivo a unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados, com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes (HERMANO, 2012; BRASIL, 2002).

Também é prestado apoio de outros serviços (acompanhamento por parentes ou intérprete, visita de terapeutas tradicionais, instalação de redes, entre outros) quando considerados necessários pelos próprios usuários e negociados com o prestador de serviço (HERMANO, 2012; BRASIL, 2002).

Estão dentre as suas funções: receber os pacientes encaminhados pelo polo-base; alojar e alimentar paciente e seus acompanhantes durante o período de tratamento; estabelecer os

mecanismos de referência com a rede do SUS; prestar assistência de enfermagem aos pacientes pós-hospitalização e em fase de recuperação; acompanhar os pacientes para consultas, exames subsidiários e internações hospitalares; e articular o retorno dos pacientes e acompanhantes aos seus domicílios por ocasião da alta. A CASAI de Roraima conta também com leitos para internação, atendimento médico de baixa complexidade e assistência odontológica (BRASIL, 2002).

Dentre as CASAIS do Brasil, a CASAI de Roraima tem um diferencial: os serviços de ambulatório, laboratório de análises clínicas, atendimento a saúde da mulher, saúde da criança, SAME, Serviço Social, nutrição, enfermaria especial e isolamento para paciente infecto contágios, farmácia, postos médicos, consultórios e outros. Os atendimentos de alta e média complexidade obedecem ao sistema de agendamento na rede do SUS, nos hospitais da rede pública. A CASAI/RR conta com uma coordenação indígena, onde atua um intérprete para auxiliar os profissionais de saúde no atendimento ao indígena, além de orientar e acompanhar os pacientes nas unidades de saúde que realiza os serviços (HERMANO, 2012).

Criada em 1976 na capital de Boa Vista, a CASAI/RR foi transferida, na década de 80, para o Monte Cristo, a uma distância de 16 km da capital. Na época possuía espaço para 170 vagas, entre pacientes e acompanhantes. Hoje, depois de ampliada, é considerada a maior e mais moderna do país (Figura 8). Atende aos DSEI Leste e Yanomami. Acomoda em média 750 indígenas entre pacientes e acompanhantes.

Figura 7 - Casa de Apoio a Saúde Indígena de Roraima



Fonte: <https://impressoesamazonicas.files.wordpress.com/2010/07/200810casai7.jpg>

A remoção dos pacientes que se encontram nas áreas indígenas é executada pela SESAI, através dos DSEI Yanomami e DSEI Leste de Roraima. Uma vez que esse indígena é removido, é feita uma espécie de triagem na CASAI. Assim os casos de alta complexidade são encaminhados para hospitais localizados em outros Estados, através de Tratamento Fora do Domicílio-TFD (HERMANO, 2012).

A CASAI em seu modelo original funcionaria como uma espécie de casa de apoio, no entanto, na prática, é vista como uma unidade hospitalar onde pacientes são recebidos em diversas condições de saúde. A CASAI de Roraima ainda conta com uma grande quantidade de pacientes internados em vários estágios das mais variadas doenças.

Nesse contexto, a CASAI de Roraima recebe pacientes do DSEI Yanomami e DSEI Leste. Só o DSEI Yanomami tem aproximadamente 37 polos, o Leste é composto de 34 polos-base, 311 comunidades, a população da CASAI/RR é composta por crianças, jovens, adultos e idosos (HERMANO, 2012).

2 OBJETIVOS

A Pesquisa se desenvolveu e apresentou os seguintes objetivos

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar o perfil de morbidade de crianças indígenas do DSEI Leste referenciada para a CASAI de Roraima no biênio 2014 - 2015.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fazer um levantamento das crianças menores de cinco anos diagnosticadas como desnutridas na CASAI;
- Descrever o perfil das crianças atendidas quanto as variáveis: idade, origem, povo, sexo, causa da internação, período da internação, condição da alta;
- Identificar as principais causas de internação em crianças indígenas pertencentes ao DSEI Leste referenciadas a CASAI para correlacionar com a presença da desnutrição.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa se caracterizou como estudo descritivo: foram utilizados os seguintes descritores: sexo, etnia, idade, procedência, data da internação, condição da alta e causa da internação. A abordagem do estudo foi quantitativa e o delineamento ocorreu por meio documental, neste caso, através de arquivo de admissão médica da CASAI/RR.

3.2. AMOSTRA

Foram incluídas neste estudo os registros de crianças com idade entre zero e cinco anos de ambos os sexos pertencentes as etnias atendidas pelo DSEI Leste e terem sido atendidas na casai no período entre janeiro de 2014 á dezembro de 2015.

Por entender que as crianças atendidas na CASAI de Roraima são pertencentes aos DSEI Yanomami e Leste optou-se por excluir do estudo as que não estão dentro da área de abrangência do DSEI Yanomami.

3.3. COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados diretamente dos arquivos fornecidos pelo Serviço Médico de Admissão Médico - SAME da CASAI de Roraima. Foram utilizados dados de crianças menores de cinco anos internadas na CASAI no período de 2014-2015, pertencentes às etnias Macuxi, Wapixana, Ingarikó, Wai-Wai, Taurepang e Patamona. Para confiabilidade dos dados da pesquisa, foi delimitado o período entre janeiro de 2014 a dezembro de 2015. Os dados foram coletados diretamente dos arquivos do SAME que serviram de subsídio para o preenchimento do instrumento de pesquisa (apêndice 1), para esta etapa da pesquisa, foram utilizados os descritores supracitados.

3.4. ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa seguiu os parâmetros contidos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Roraima sob protocolo numero 039262/2016, CAAE: 55789816.3.0000.5302, e obtida a autorização das lideranças indígenas responsáveis pelos dados adquiridos na CASAI de Roraima.

3.5. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados adquiridos foram compilados e utilizados para a construção de gráfico e tabelas. Foi utilizado o programa BioEstat 5.0 para calcular a frequência relativa e absoluta das variáveis e o teste G para calcular a proporção entre as causas de internação por etnia, sexo e faixa etária.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A pesquisa obteve os seguintes resultados:

4.1. LEVANTAMENTO DE CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS INTERNADAS COM DESNUTRIÇÃO NA CASAI-RR NO BIÊNIO 2014-2015

Foram analisados um total de 543 registros de admissão (anexo A) de crianças indígenas atendidas na CASAI de Roraima no período de 2014 e 2015, pertencentes ao Distrito Sanitário Especial Indígena Leste de Roraima, fornecidos pelo Serviço de Admissão Médica – SAME.

Esses registros dispõem os dados sobre o perfil das crianças internadas onde constam as variáveis (idade, povo, procedência, povo, sexo, causa de internação, período de internação e condição de alta) que serviram de subsídio para alcançar os objetivos propostos na pesquisa. Isto possibilitou verificar as causas de internação da totalidade das crianças internadas na CASAI, tornando possível conhecer o perfil de morbidade da população avaliada.

Em relação ao quantitativo de crianças atendidas na CASAI de Roraima no biênio 2014-2015, das 543 internações, observou-se que 11 crianças tiveram diagnóstico de desnutrição (2%), sendo que houve diminuição em 2015 (n=4; 1,4%) com relação ao ano de 2014 (n=7; 2,7%).

Quando analisadas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças 10ª revisão (CID 10) Cap.IV foi observado que as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas atingiram um total de 20 crianças (3,7%) no biênio.

Os resultados vão de encontro ao estudo realizado com crianças Suruí em Rondônia, no qual observou-se somente um caso de desnutrição nos registros analisados. Esse achado aponta para uma possível subnotificação dos distúrbios nutricionais pelos serviços saúde (ORELLANA et al., 2007). Tendo em vista que em outro estudo também com crianças Suruí no Amazonas foi evidenciado que aproximadamente 1/4 das crianças menores de 10 anos apresentaram desnutrição (ORELLANA et al., 2006).

4.2. PERFIL DAS CRIANÇAS INDÍGENAS MENORES DE CINCO ANOS ATENDIDAS NA CASAI DE RORAIMA NO BIÊNIO (2014-2015).

Na tabela 1 quando analisado o perfil das crianças indígenas menores de cinco anos internadas na CASAI/RR no biênio, segundo o sexo, a maior incidência de internações ocorreu em crianças do sexo masculino 53,4% enquanto no sexo feminino a prevalência foi de 46,6%.

Tabela 1 – Distribuição das crianças indígenas menores de cinco anos internadas na CASAI/RR no biênio (2014-2015) segundo o sexo.

| Dados de caracterização | 2014 | | | 2015 | | | Total | | |
|-------------------------|------------|------------|-----------|------------|------------|-----------|------------|--------------|-----------|
| | N | % | IC95% | N | % | IC95% | N | % | IC95% |
| Sexo | | | | | | | | | |
| Masculino | 138 | 53,1 | 47,0-59,0 | 152 | 53,7 | 47,9-59,4 | 290 | 53,4 | 49,2-57,6 |
| Feminino | 122 | 46,9 | 46,9-53,0 | 132 | 46,3 | 40,9-52,5 | 254 | 46,6 | 42,6-51,0 |
| Total | 260 | 100 | | 283 | 100 | | 543 | 100,0 | |

Fonte: Adaptado (SAME-CASAI/RR, 2016).

Legenda: N: número de internação. (%): Percentual das causas de internação. IC95%: Intervalo de Confiança 95%

De acordo com o censo mais recente do IBGE (2010) a população masculina em TI é predominante, 51% e a população feminina é de 49%, embora a diferença no percentual não seja grande, ficou evidenciado que as crianças indígenas do sexo masculino adoecem e morrem mais que as do sexo feminino (IBGE, 2010). Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Caldart (2014), com crianças Yanomami, em que se constatou que a variável sexo não se diferenciou significativamente em relação às internações, havendo diferença somente na faixa etária <1 ano onde o sexo masculino prevaleceu em relação ao feminino.

Quanto à idade das crianças, como observado na tabela 2, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas internações por faixa etária, as crianças menores de um ano tiveram o maior índice 52,3%, seguida pelas crianças entre um a dois anos, 24%, por conseguinte as com idade de dois a cinco anos 23,7%.

Tabela 2 – Distribuição das crianças indígenas menores de cinco anos referenciadas para a CASAI em relação a faixa etária no biênio 2014-2015.

| Faixa etária | 2014 | | | 2015 | | | Total | | |
|--------------|------------|--------------|-----------|------------|--------------|-----------|------------|--------------|-----------|
| | N | % | IC95% | N | % | IC95% | N | % | IC95% |
| ≤ 1 ano | 136 | 52,3 | 46,3-58,3 | 148 | 52,3 | 46,5-58,1 | 284 | 52,3 | 48,1-56,5 |
| >1 ≤2 anos | 80 | 30,7 | 25,5-36,6 | 50 | 17,7 | 13,7-22,5 | 130 | 23,9 | 20,5-27,7 |
| >2 ≤ 5 anos | 44 | 17 | 12,9-22,0 | 85 | 30,0 | 7,5-14,7 | 129 | 23,8 | 20,4-27,5 |
| Total | 260 | 100,0 | | 283 | 100,0 | | 543 | 100,0 | |

Fonte: Adaptado (SAME-CASAI/RR, 2016).

Legenda: N: número de internação. (%): Percentual das causas de internação.

IC95%: Intervalo de confiança de 95%. * Teste G.

Resultados vão de encontro a outras pesquisas Hattori (2013), que identificou que 73% das internações ocorreram na faixa etária menores de um ano. Caldart (2014) evidenciou 75% das internações nessa faixa etária. Gastaud (2008) constatou que as incidências de óbitos em crianças foram ocasionadas por causas evitáveis, 73,1%, e ocorreram com maior frequência na faixa etária de 28 dias a um ano. Para a autora, o maior índice registrado foi em regiões com precárias condições de vida.

Souza (2011), em estudo sobre o índice de crianças diagnosticadas com anemia, observou que a incidência maior do agravo ocorreu na faixa etária entre seis meses a dois anos, a prevalência chegou a ser três vezes maior (76,9%) que aquelas encontradas em crianças não indígenas no Brasil. Para Orellana et al (2006), a maioria das crianças Suruí avaliadas em seu estudo estavam anêmicas, de 80,6% chegou a 84,0% naquelas de seis a cinquenta e nove meses de idade.

Em um estudo realizado sobre o perfil demográfico e mortalidade em populações indígenas do Mato Grosso do Sul, Ferreira et al., (2011) apontou que a maior proporção de óbitos em indígenas foi verificada entre menores de cinco anos de idade (37,4%). Na mortalidade por sexo e faixa etária evidenciou-se que a mortalidade masculina na população indígena foi predominante em quase todas as faixas etárias. Esse resultado, onde o gênero masculino e a faixa etária se destacaram, coincide com os resultados desta pesquisa.

As más condições de vida contribuem para esse alto índice de internações em crianças no primeiro ano de vida. O baixo peso ao nascer (< 2500g) constitui o fator isolado mais importante na mortalidade infantil (BRASIL, 2011). Santiago (2002) na avaliação nutricional de crianças indígenas observou que a diarreia foi responsável por 13,4% das internações e a incidência foi maior nas crianças de seis a 12 meses. Esse resultado corresponde ao observado nas crianças atendidas na CASAI de Roraima, onde a faixa etária das crianças inferior a um ano foi a mais acometida por agravos.

A tabela 3 apresenta o perfil de morbidade das crianças indígenas atendidas na CASAI de acordo com a variável etnia. A etnia Macuxi obteve o maior percentual de internações (n=399, 73,5%) e se destacou em relação às outras etnias. Seguida pela etnia Ingaricó que obteve um percentual de internações nesse período considerado alto para o tamanho da população (n=105, 19,3%). Posteriormente os Wapichana e Patamona com 16 internações (2,9%). E por último os Wai Wai e Taurepang que tiveram percentual abaixo de 1%.

Tabela 3 – Distribuição das crianças indígenas menores de cinco anos internadas na CASAI – RR no biênio (2014-2015) segundo a etnia.

| Dados de caracterização | 2014 | | | 2015 | | | Total | | |
|-------------------------|------------|------------|-----------|------------|------------|-----------|------------|--------------|-----------|
| | N | % | IC95% | N | % | IC95% | N | % | IC95% |
| Etnia | | | | | | | | | |
| Macuxi | 174 | 66,9 | 60,1-72,4 | 225 | 79,5 | 74,4-83,8 | 399 | 73,5 | 69,6-77,0 |
| Ingaricó | 71 | 27,3 | 22,3-33,0 | 34 | 12,0 | 8,7-16,3 | 105 | 19,3 | 16,2-22,9 |
| Wapichana | 4 | 1,5 | 0,6-3,9 | 12 | 4,2 | 2,4-7,3 | 16 | 2,9 | 1,8-4,7 |
| Patamona | 11 | 4,2 | 2,4-7,4 | 5 | 1,8 | 0,8-4,1 | 16 | 2,9 | 1,8-4,7 |
| Wai wai | 0 | 0,0 | 0,0-1,5 | 4 | 1,4 | 0,6-3,6 | 4 | 0,7 | 0,3-1,9 |
| Taurepang | 0 | 0,0 | 0,0-1,5 | 3 | 1,1 | 0,4-3,1 | 3 | 0,6 | 0,2-1,6 |
| Total | 260 | 100 | | 283 | 100 | | 543 | 100,0 | |

Fonte: Adaptado (SAME-CASAI/RR, 2016).

Legenda: N: número de internação. (%): Percentual das causas de internação. IC95%: Intervalo de Confiança 95%

A etnia Macuxi predominou tendo em vista que é a mais populosa do estado de Roraima, estimada em 32 mil pessoas no total deste total 12,5% da população Macuxi menores de cinco anos foi atendida na CASAI no biênio. Esta etnia habita em regiões de serras e lavrados e boa parte tem acesso facilitado à cidade, tendo em vista que a maioria das comunidades se deslocam por via terrestre. A aproximação dos macuxi com capital pode está influenciando no aumento das internações de crianças desta etnia. Muitos se deslocam por conta própria no intuito de resolver problemas relacionados à saúde na CASAI, posteriormente alguns procuram casa de familiares que residem em Boa Vista.

Quando observado a etnia Ingaricó, é importante ressaltar que este povo é constituído de aproximadamente 1.500 pessoas, destas 7% foram internadas na CASAI no período estudado. É importante destacar que 7% eram crianças com idade inferior a cinco anos. Desta forma pressupõe-se que as crianças Ingaricó encontram-se em situação de alerta, haja vista a crescente demanda da etnia na CASAI como observado na tabela 3.

Os povos Wapichana são aproximadamente 9.000 mil pessoas, assim (0,18%) tiveram registros de internação na CASAI no biênio, percentual muito abaixo dos Ingaricó que possuem uma população inferior a um terço dos Wapixana. Cabe aqui destacar que estes povos são participantes da agroatividade estabelecendo-se segundo o conhecimento e capacidades dos integrantes da comunidade (SILVA, 2013). Para o autor, mesmo sem apoio do órgão estadual na área da agropecuária a comunidade também colabora com os seus produtos na economia local. É comum observar-se a presença destes indígenas nas feiras da capital Boa Vista no intuito de venderem seus produtos, que algumas vezes podem ser vendidos na própria comunidade para os que anseiam comprar. Para os Wapixana, as práticas das atividades nas roças estão imbricadas no cotidiano da comunidade. Estas atividades são o principal meio de subsistência e sustento financeiro das famílias. Assim a etnia pode ser considerada uma referência em matéria de

utilização equilibrada dos recursos da natureza (SILVA, 2013). É possível entender que as crianças Wapixana estão menos expostas a escassez alimentar diminuindo desta forma as internações referentes a doenças do sistema imunológico.

A etnia Patamona somam cerca de 140 pessoas deste quantitativo (11,4%) foram internados na CASAI. Este povo vive em regiões de lavrados e serras na fronteira do Brasil com a Venezuela, sua maneira de subsistência ainda é pouco destacada. Salienta-se que proporcionalmente a etnia apesar de não ser considerada grande foi responsável por um percentual alto de internações (2,9%).

A etnia Wai Wai somam em torno de 900 pessoas, neste estudo observou-se que destas (0,4%) foram recebidas na CASAI nos dois anos estudados. Os povos Wai Wai habitam em regiões de floresta onde ainda é possível encontrar locais preservadas. Nesta região não existe poluição e nem exploração de madeira, é um local de rios limpos, onde a cultura ainda é conservada e a educação valorizada (SOUZA, 2008). Para o autor uma das principais conquistas foi a garantia de serviços de saúde nas comunidades indígenas. Salienta-se que essa realidade é refletida nos poucos casos de internações observados da etnia.

Os Taurepang assim como são aproximadamente 700 pessoas no Brasil o que equivale a (0,5%) das internações. Estes povos residem na TI São Marcos, a sobrevivência dos povos indígenas da região está vinculada a atividades agropecuárias, e artesanato (MANDUCA, 2008). O autor acrescenta que as populações lutam por melhoria da qualidade de vida e novas formas de autosustento e sobrevivência. Salienta que os dados sobre o quantitativo de indígenas atendidos pelo DSEI Leste de Roraima se diferenciam dos consultados em outras fontes como CIR e FUNAI.

Na tabela 4 são apresentados os resultados do perfil de morbidade das crianças internadas na CASAI do biênio 2014-2015, em relação ao município de origem. O município de Uiramutã obteve o maior percentual das internações (n= 306, 56,4%), seguido pelos municípios de Normandia (n= 75, 13,8%), Pacaraima (n= 70, 12,8%), Bomfim (n= 45, 8,3%) e Boa Vista (n=15, 3,9%). Os municípios de Amajari e Caroebe tiveram quantidade de internações iguais (n= 5,0,9%). Alto Alegre, (n=8,1,5%) e Cantá (n=4, 0,7%), tiveram registros de internações somente em 2015. Oriundos da Venezuela foram (n=4, 0,7%) em 2015, que apesar de não ser um município, encontra-se nos registros de intenção como o município de origem.

Tabela 4 – Distribuições das crianças indígenas menores de cinco anos internadas na CASAI – RR no biênio (2014-2015) segundo o município de origem.

| Dados de caracterização | 2014 | | | 2015 | | | Total | | |
|-------------------------|------------|------------|-----------|------------|------------|-----------|------------|--------------|-----------|
| | N | % | IC95% | N | % | IC95% | N | % | IC95% |
| Município | | | | | | | | | |
| Alto Alegre | 0 | 0,0 | 0,0-1,5 | 8 | 2,8 | 1,4-5,5 | 8 | 1,5 | 0,8-2,9 |
| Amajari | 5 | 1,9 | 0,8-4,4 | 0 | 0,0 | 0,0-1,3 | 5 | 0,9 | 0,4-2,1 |
| Boa vista | 15 | 5,8 | 3,5-9,3 | 6 | 2,1 | 1,0-4,6 | 21 | 3,9 | 2,5-5,8 |
| Bonfim | 25 | 9,6 | 6,6-13,8 | 20 | 7,1 | 4,6-10,7 | 45 | 8,3 | 6,3-10,9 |
| Cantá | 0 | 0,0 | 0,0-1,5 | 4 | 1,4 | 0,6-3,6 | 4 | 0,7 | 0,3-1,9 |
| Caroebe | 5 | 1,9 | 0,8-4,4 | 0 | 0,0 | 0,0-1,3 | 5 | 0,9 | 0,4-2,1 |
| Normandia | 35 | 13,5 | 9,8-18,2 | 40 | 14,1 | 10,6-18,7 | 75 | 13,8 | 11,2-17,0 |
| Pacaraima | 40 | 15,4 | 11,5-20,3 | 30 | 10,6 | 7,5-14,7 | 70 | 12,9 | 10,1-16,0 |
| Uiramutã | 135 | 51,9 | 45,9-57,9 | 171 | 60,4 | 54,6-66,0 | 306 | 56,4 | 52,2-60,5 |
| Venezuela | 0 | 0,0 | 0,0-1,5 | 4 | 1,4 | 0,6-3,6 | 4 | 0,7 | 0,3-1,9 |
| Total | 260 | 100 | | 283 | 100 | | 543 | 100,0 | |

Legenda: N: número de internação. (%): Percentual das causas de internação. IC95%: Intervalo de Confiança 95%

Em relação ao município, houve uma predominância de internações de crianças oriundas do município de Uiramutã. Cabe destacar que o município abriga a maior população do DSEI Leste, o que revela uma possível ligação com a alta proporção de internações. No total, só no município de Uiramutã tem uma população de aproximadamente 12.165 indígenas atendidos pelo DSEI Leste, que equivale a 27,2% da população total de abrangência do Distrito, que é de 44.671 pessoas (DSEI LESTE/BOA VISTA, RR, 2015).

Quanto a condição da alta (tabela 5) observou-se que a maioria das crianças internadas na CASAI nesse período tiveram alta com a condição melhorado n=390, 71,8%, seguida pela condição curada, n=60, 11,1%, por evasão e transferência foram n=52, 9,6.

Tabela 5 – Distribuições das crianças indígenas menores de cinco anos internadas na CASAI – RR no biênio (2014-2015) segundo a condição da alta.

| Condição de alta | 2014 | | | 2015 | | | Total | | |
|------------------|------------|--------------|-----------|------------|--------------|-----------|------------|--------------|-----------|
| | N | % | IC95% | N | % | IC95% | N | % | IC95% |
| Melhorado | 190 | 73,1 | 67,4-78,1 | 200 | 70,7 | 65,1-75,7 | 390 | 71,8 | 67,9-75,4 |
| Curado | 35 | 13,5 | 9,8-18,2 | 25 | 8,8 | 6,1-12,7 | 60 | 11,1 | 8,7-14,0 |
| Evasão | 13 | 5,0 | 2,9-8,4 | 13 | 4,6 | 2,7-7,7 | 26 | 4,8 | 3,3-6,9 |
| Transferência | 10 | 3,9 | 2,1-6,9 | 16 | 5,6 | 3,5-9,0 | 26 | 4,8 | 3,3-6,9 |
| Repetido | 8 | 3,1 | 1,6-6,0 | 20 | 7,1 | 4,6-10,7 | 28 | 5,2 | 3,6-7,4 |
| A pedido | 2 | 0,8 | 0,2-2,8 | 5 | 1,8 | 0,8-4,1 | 7 | 1,3 | 0,6-2,6 |
| Inalterado | 2 | 0,8 | 0,2-2,8 | 4 | 1,4 | 0,6-3,6 | 6 | 1,1 | 0,5-2,4 |
| Total | 260 | 100,0 | | 283 | 100,0 | | 543 | 100,0 | |

Fonte: (Adaptado (SAME-CASAI/RR, 2016).

Legenda: N: número de internação. (%): Percentual das causas de internação. IC95%: Intervalo de Confiança

*Teste G, $p = 0,139$ para associação entre ano de internação e a condição da alta.

Semelhante aos resultados de Caldart (2014), sobre a alta hospitalar de crianças indígenas Yanomami, 80,2% tiveram alta por melhora do quadro clínico, as transferências e evasão somaram 5,2% e 12,7% dos casos de internação não tinham informação quanto a condição da alta.

Tendo em vista que a CASAI não é uma unidade hospitalar, foi observado no estudo, que além de receber, admitir, diagnosticar e tratar pacientes, ela referencia esse indígena de acordo com sua necessidade. Assim, crianças referenciadas são admitidas por motivos diversos, que vão desde um resfriado comum até sintomas de tuberculose. Isso ocasiona uma superlotação e expõe estas crianças aos fatores de risco que o ambiente oferece. Na tabela 6 são observados os resultados das internações em relação ao período do biênio.

Tabela 6 – Distribuições das crianças indígenas menores de cinco anos internadas na CASEM – RR no biênio (2014-2015) segundo o período de internação.

| Mês | 2014 | | | 2015 | | | Total | | |
|--------------|------------|--------------|-----------|------------|--------------|----------|------------|--------------|----------|
| | N | % | IC95% | N | % | IC95% | N | % | IC95% |
| Janeiro | 15 | 5,8 | 3,5-9,3 | 25 | 8,8 | 6,6-12,7 | 40 | 7,4 | 5,5-9,9 |
| Fevereiro | 18 | 6,9 | 4,4-10,7 | 20 | 7,1 | 4,6-10,7 | 38 | 7,0 | 5,1-9,5 |
| Março | 19 | 7,3 | 4,7-11,1 | 35 | 12,4 | 9,0-16,7 | 54 | 9,9 | 7,7-12,8 |
| Abril | 16 | 6,2 | 3,8-9,8 | 19 | 6,7 | 4,3-10,3 | 35 | 6,4 | 4,7-8,8 |
| Maio | 13 | 5,0 | 2,9-8,4 | 20 | 7,1 | 4,6-10,7 | 33 | 6,1 | 4,4-8,4 |
| Junho | 18 | 6,9 | 4,4-10,7 | 23 | 8,1 | 5,5-11,9 | 41 | 7,6 | 5,6-10,1 |
| Julho | 25 | 9,6 | 6,6-13,8 | 24 | 8,5 | 5,8-12,3 | 49 | 9,0 | 6,9-11,7 |
| Agosto | 17 | 6,5 | 4,1-10,2 | 34 | 12,0 | 8,7-16,3 | 51 | 9,4 | 7,2-12,1 |
| Setembro | 25 | 9,6 | 6,6-13,8 | 33 | 11,7 | 8,4-15,9 | 58 | 10,7 | 8,4-13,6 |
| Outubro | 40 | 15,4 | 11,5-20,3 | 16 | 5,7 | 3,5-9,0 | 56 | 10,3 | 8,0-13,2 |
| Novembro | 37 | 14,2 | 10,5-19,0 | 21 | 7,4 | 4,9-11,1 | 58 | 10,7 | 8,4-13,6 |
| Dezembro | 17 | 6,5 | 4,1-10,2 | 13 | 4,6 | 2,7-7,7 | 30 | 5,5 | 3,9-7,8 |
| Total | 260 | 100,0 | | 283 | 100,0 | | 543 | 100,0 | |

Fonte: Adaptado (SAME-CASAI/RR, 2016). Legenda: N: número de internação. (%): Percentual das causas de internação. IC95%: Intervalo de Confiança. *Teste G, $p = 0,001$ para associação entre ano de internação e os meses de internação.

No período chuvoso do estado de Roraima, que compreende os meses de abril a setembro, ocorreram 49,2% das internações e nos meses de seca 50,8% das internações no biênio. Os meses que apresentaram os maiores percentuais de internações na CASAI de Roraima no biênio foram os meses de setembro e novembro (10,7%) seguidos pelos meses de outubro (10,3%) e posteriormente março (9,9%), agosto (9,4%) e Julho (9,0). Os demais tiveram percentuais inferiores a 8% e os meses que apresentaram o menor percentual foram dezembro (5,5%), maio (6,1%) e junho (6,4%).

Os resultados desta pesquisa quanto ao descritor período de internação, mostrou-se similar ao estudo realizado com crianças indígenas Guarani hospitalizada por doenças respiratórias agudas no Sul e Sudeste, que avaliou a prevalência de sibilância e fatores associados, os resultados revelaram que as estações que mais tiveram hospitalizações de crianças indígenas foi a primavera (27,3%) e o inverno com (24,3%) das internações (SOUZA et al., 2014).

Resultados idênticos foram encontrados na pesquisa de Dantas (2010) que avaliou o perfil de crianças indígenas referenciadas para a CASAI de Rondônia, e evidenciou que nos meses de abril a novembro foram internadas 45,5% das crianças estudadas, neste período é considerada estação chuvosa na região e nos meses de maio a outubro ocorreram 53,5% das internações, este segundo momento época de seca. Os resultados mostraram que o aumento percentual de internações nas crianças indígenas na estação seca pode ser explicado pelo acesso facilitado à CASAI neste período aumentando a demanda em determinada época do ano.

Segundo Guerrero et al (2005) que analisou o perfil nutricional de idosos do Distrito Sanitário Leste de Roraima. Os resultados apontaram que as carências nutricionais estão mais relacionadas com a localização geográfica e o clima, visto que os locais que apresentaram baixo peso estavam em regiões mais distantes da capital de Boa Vista, ou o problema era mais visível em determinadas estações do ano como em épocas de clima seco.

Há de levar-se em consideração alguns critérios que podem influenciar na alta proporção de crianças indígenas na CASAI no período não chuvoso. Dentre as quais o acesso à água tratada, refletindo no aumento de doenças parasitárias e diarreicas que se agrava com maior frequência durante o verão (FUNASA, 2006). Outro fator frequentemente observado no estado de Roraima no período de seca são as queimadas que prejudicam o meio ambiente e compromete a subsistência de muitas famílias que dependem da natureza para produzir seus alimentos. Além de proporcionar o surgimento de doenças respiratórias que tem sido reportadas com tamanha periodicidade no DSEI Leste como observado adiante nas internações por doenças específicas.

Na tabela 7 são observados os resultados as internações por polo-base. Os polos-base que mais apresentaram registros de internação foram Willimon 12%, Serra do Sol 11%, Caracaná 7,9%, Caraparu 7%, Morro (6,6%) Pedra Branca (6,4%) e Pedra Preta (6,3%) os demais tiveram percentual abaixo de 6. Os não aldeados foram 4 casos nos dois anos pesquisados (0,4%), oriundos da Venezuela foram 5 casos em 2015 (0,9%) e Guiana com 6 casos nesse período (1,1%) das internações.

Tabela 7 – Distribuição das crianças indígenas menores de cinco anos internadas na CASAI – RR no biênio (2014-2015) segundo o polo-base.

| Dados de caracterização | 2014 | | | 2015 | | | Total | | |
|-------------------------|------------|------------|-----------|------------|------------|-----------|------------|--------------|----------|
| | N | % | IC95% | N | % | IC95% | N | % | IC95% |
| Polo base | | | | | | | | | |
| Araçá | 0 | 0,0 | 0,0-1,5 | 2 | 0,7 | 0,2-2,5 | 2 | 0,4 | 0,1-1,3 |
| Bismark | 3 | 1,2 | 0,4-3,3 | 7 | 2,5 | 1,2-5,0 | 10 | 1,8 | 1,0-3,4 |
| Camará | 3 | 1,2 | 0,4-3,3 | 5 | 1,8 | 0,8-4,1 | 8 | 1,5 | 0,8-2,9 |
| Campo formoso | 6 | 2,3 | 1,1-5,0 | 5 | 1,8 | 0,8-4,1 | 11 | 2,0 | 1,1-3,6 |
| Canta galo | 8 | 3,1 | 1,6-6,0 | 6 | 2,1 | 1,0-4,6 | 14 | 2,6 | 1,5-4,3 |
| Caracanã | 20 | 7,7 | 5,0-11,6 | 23 | 8,1 | 5,5-11,9 | 43 | 7,9 | 5,9-10,5 |
| Caraparu I | 23 | 8,8 | 6,0-12,9 | 15 | 5,3 | 3,2-8,6 | 38 | 7,0 | 5,1-9,5 |
| Constantino | 7 | 2,7 | 1,3-5,5 | 2 | 0,7 | 0,2-2,5 | 9 | 1,7 | 0,9-3,1 |
| Guiana | 3 | 1,2 | 0,4-3,3 | 3 | 1,1 | 0,4-3,1 | 6 | 1,1 | 0,5-2,4 |
| Jacamim | 3 | 1,2 | 0,4-3,3 | 5 | 1,8 | 0,8-4,1 | 8 | 1,5 | 0,8-2,9 |
| Malacacheta | 2 | 0,8 | 0,2-2,8 | 8 | 2,8 | 1,4-5,5 | 10 | 1,8 | 1,0-3,4 |
| Manoá | 10 | 3,8 | 2,1-6,9 | 20 | 7,1 | 4,6-10,7 | 30 | 5,5 | 3,9-7,8 |
| Matri | 3 | 1,2 | 0,4-3,3 | 0 | 0,0 | 0,0-1,3 | 3 | 0,6 | 0,2-1,6 |
| Maturuca | 4 | 1,5 | 0,6-3,9 | 10 | 3,5 | 1,9-6,4 | 14 | 2,6 | 1,5-4,3 |
| Milho | 2 | 0,8 | 0,2-2,8 | 4 | 1,4 | 0,6-3,6 | 6 | 1,1 | 0,5-2,4 |
| Morro | 14 | 5,4 | 3,2-8,8 | 22 | 7,8 | 5,2-11,5 | 36 | 6,6 | 4,8-9,0 |
| Pedra branca | 5 | 1,9 | 0,8-4,4 | 30 | 10,6 | 7,6-14,7 | 35 | 6,4 | 4,7-8,8 |
| Pedra preta | 15 | 5,8 | 3,5-9,3 | 19 | 6,7 | 4,3-10,3 | 34 | 6,3 | 4,5-8,6 |
| Pedreira | 4 | 1,5 | 0,6-3,9 | 2 | 0,7 | 0,2-2,5 | 6 | 1,1 | 0,5-2,4 |
| Pium | 0 | 0,0 | 0,0-1,5 | 2 | 0,7 | 0,2-2,5 | 2 | 0,4 | 0,1-1,3 |
| Ponta da serra | 3 | 1,2 | 0,4-3,3 | 0 | 0,0 | 0,0-1,3 | 3 | 0,6 | 0,2-1,6 |
| Raposa I | 10 | 3,8 | 2,1-6,9 | 8 | 2,8 | 1,4-5,5 | 18 | 3,3 | 2,1-5,2 |
| Roça | 6 | 2,3 | 1,1-5,0 | 5 | 1,8 | 0,8-4,1 | 11 | 2,0 | 1,1-3,6 |
| Santa cruz | 5 | 1,9 | 0,8-4,4 | 4 | 1,4 | 0,6-3,6 | 9 | 1,7 | 0,9-3,1 |
| Santa maria | 3 | 1,2 | 0,4-3,3 | 0 | 0,0 | 0,0-1,3 | 3 | 0,6 | 0,2-1,6 |
| São Francisco | 7 | 2,7 | 1,3-5,5 | 7 | 2,5 | 1,2-5,0 | 14 | 2,6 | 1,5-4,3 |
| Serra do sol | 50 | 19,2 | 14,9-24,5 | 10 | 3,5 | 1,9-6,4 | 60 | 11,0 | 8,7-14,0 |
| Serra do truaru | 4 | 1,5 | 0,6-3,9 | 5 | 1,8 | 0,8-4,1 | 9 | 1,7 | 0,9-3,1 |
| Sorocaima I | 0 | 0,0 | 0,0-1,5 | 3 | 1,1 | 0,4-3,1 | 3 | 0,6 | 0,2-1,6 |
| Sorocaima II | 9 | 3,5 | 1,8-6,5 | 3 | 1,1 | 0,4-3,1 | 12 | 2,2 | 1,3-3,8 |
| Venezuela | 0 | 0,0 | 0,0-1,5 | 5 | 1,8 | 0,8-4,1 | 5 | 0,9 | 0,4-2,1 |
| Vista alegre | 1 | 0,4 | 0,0-2,2 | 3 | 1,1 | 0,4-3,1 | 4 | 0,7 | 0,3-1,9 |
| Wilimon | 25 | 9,6 | 6,6-13,8 | 40 | 14,1 | 10,6-18,7 | 65 | 12,0 | 9,5-15,0 |
| Não aldeado | 2 | 0,8 | 0,2-2,8 | 0 | 0,0 | 0,0-1,3 | 2 | 0,4 | 0,1-1,3 |
| Total | 260 | 100 | | 283 | 100 | | 543 | 100,0 | |

Legenda: N: número de internação. (%): Percentual das causas de internação. IC95%: Intervalo de Confiança 95%

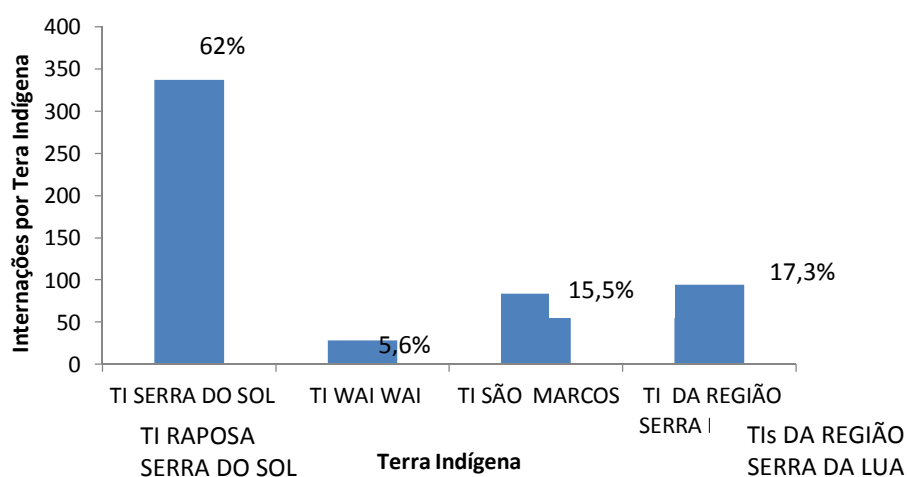
A região onde se encontram os polos-base que mais tiveram internações de crianças na CASAI, são as que possuem o maior quantitativo de povos indígenas do DSEI Leste, cerca de 12.000 mil indígenas, mais de 25% da população total do distrito, o que justifica o maior percentual de internações.

As regiões que predominam os indígenas referenciados para a CASAI pertencentes ao DSEI Leste são regiões de serras e savanas (lavrados), propensas à baixa produtividade das roças devido à aridez do solo, insuficiência dos programas sociais voltados para a produção de

alimentos e a escassez de caça e pesca que se agrava no período de verão na maioria das aldeias, essas condições influenciam no quantitativo das internações, uma vez que as crianças que habitam nesta região tem mais chance de devolver problemas de saúde relacionados com as condições de vida (FUNASA, 2006).

O gráfico 1 apresenta os resultados das internações por TI. A TI Raposa Serra do Sol foi a que apresentou o maior quantitativo de registro de internações (n= 337, 62%), é onde reside a maior população do DSEI Leste.

Gráfico – 1 Internações por Terra Indígena do DSEI Leste de Roraima



A TI Raposa Serra do Sol está localizada a nordeste do estado de Roraima entre os rios Tacutú, Maú, Maiang, Surumu e a fronteira com a Venezuela e Guiana (SILVA, 2008). Os povos indígenas desta região tem acesso mais fácil a capital Boa Vista. Há casos em que a própria família dá entrada na CASAI sem passar pelo posto de saúde da comunidade para posterior encaminhamento. Ficou evidenciado que é grande o fluxo de indígenas oriundos da TI supracitada, tendo em vista que a unidade de internação não se limita a atender somente indígenas referenciados das comunidades. Segundo o censo do DSEI Leste de 2015 foram contabilizadas nesta região 202 comunidades indígenas pertencentes ao DSEI Leste.

A TI São Marcos faz fronteira ao leste com a TI Raposa Serra do Sol, abrange uma área de 654.110 hectares, ocupa em grande parte ao norte o município de Pacaraima e em menor parte ao Sul o município de Boa Vista (MANDUCA et al; 2008). Tem uma população de 5.782, 13% da população total do distrito segundo o censo do DSEI Leste (2015), com aproximadamente 44

comunidades. Nessa região são encontrados os Macuxi, Taurepang e Wapixana. Foi observado no estudo que a região referenciou um percentual de 15,5% das internações registradas na CASAI no período de 2014-2015.

Os povos indígenas Wai Wai de Roraima, vivem nas TI Trombetas Mapuera e na TI Wai Wai. Estão presentes também nos estados do Amazonas e Pará. A TI Wai Wai está localizada no curso médio do rio afluente do Anauá (SOUZA, 2008). A região possui atualmente oito comunidades representam menos de 1% da população do DSEI Leste, representaram 5,6% das internações realizadas pela CASAI no biênio. As TI da região Serra da Lua é território ocupado pelos povos Wapixana entre o rio Branco e Tacutú. Possui aproximadamente 23 comunidades e 7.802 habitantes, são 17,5% da população distrital. Foram encontrados 17,3% dos registros de internação oriundos dessa região.

4.3. PREVALÊNCIA DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO EM CRIANÇAS INDÍGENAS PERTENCENTES AO DSEI LESTE REFERENCIADAS PARA A CASAI/RR NO BIÊNIO 2014-2015.

Na tabela 8 são apresentados os resultados das principais causas de internação no período de 2014-2015, segundo os capítulos da CID 10² revisão. As principais causas de internação no ano de 2014 foram as doenças do aparelho respiratório (n=75, 28,8%), seguidas das causas externas (n=59, 22,7%) e em terceiro lugar as doenças infecciosas e parasitárias (n=42, 16,2%). No ano de 2015 as causas externas tiveram o maior percentual nas internações (n=81, 28,6%), seguido das doenças infecciosas e parasitárias (n=59, 20,8%) e das doenças do aparelho respiratório (n=57, 20,1%). No biênio, as causas externas foram as principais causas de internação (n=140; 25,8%), doenças do aparelho respiratório (n=132; 24,3%), doenças infecciosas e parasitárias (n=101; 18,6%) e má formação congênita (n=56; 10,3%). Houve diferença estatisticamente significativa entre as causas e internação e o ano (p-valor=<0,001). O resultado apontou para percentuais elevados de internações por doenças do aparelho respiratório, causas externas e doenças infecto parasitárias.

² Cap.I: Dças infecciosas e parasitárias; Cap. II: Neoplasias; Cap. III: Dças do sangue e imunitárias; Cap. IV: Dças endócrinas , metabólicas e nutricionais; Cap. VI: Dças sistema nervoso; Cap. VII: Dças olho e anexos; Cap. VIII: Dças ouvido, apófise e mastoide; Cap. IX: Dças aparelho circulatório; Cap. X: Dças aparelho respiratório; Cap XI: Dças aparelho digestivo; Cap. XII:Dças pele e tecido celular subcutâneo; Cap. XIII: Dças sistema osteomuscular; Cap. XIV: Dças aparelho genitourinário; Cap .XVI: Dças originadas no período neonatal; Cap. XVII: Dças Mal formações congênicas e anormalidades cromossômicas; Cap. XVIII: Sinais e sintomas; Cap.XIX: Causas externas.

Tabela 8 – Distribuição das principais causas de internação entre crianças indígenas menores de cinco anos segundo os capítulos da CID 10 internadas na CASAI – RR no biênio (2014-2015).

| Causas de internação | 2014 | | | 2015 | | | Total | | |
|------------------------------------|------------|--------------|-----------|------------|--------------|-----------|------------|--------------|-----------|
| | N | % | IC95% | N | % | IC95% | N | % | IC95% |
| Causas CID 10 | | | | | | | | | |
| Causas externas | 59 | 22,7 | 18,0-28,2 | 81 | 28,6 | 23,7-34,1 | 140 | 25,8 | 22,3-29,6 |
| Doenças do aparelho respiratório | 75 | 28,8 | 23,7-34,6 | 57 | 20,1 | 15,9-25,2 | 132 | 24,3 | 20,9-28,1 |
| Doenças Infecciosas e parasitárias | 42 | 16,2 | 12,2-21,1 | 59 | 20,8 | 16,5-26,0 | 101 | 18,6 | 15,6-22,1 |
| Má formação congênita | 20 | 7,7 | 5,0-11,6 | 36 | 12,7 | 9,3-17,1 | 56 | 10,3 | 8,0-13,2 |
| Sinais e sintomas | 32 | 12,3 | 8,9-16,9 | 13 | 4,6 | 2,7-7,7 | 45 | 8,3 | 6,3-10,9 |
| Doenças nutricionais e metabólicas | 14 | 5,4 | 3,2-8,8 | 6 | 2,1 | 1,0-4,6 | 20 | 3,7 | 2,4-5,6 |
| Doenças de pele | 6 | 2,3 | 1,1-5,0 | 10 | 3,5 | 1,9-6,4 | 16 | 2,9 | 1,8-4,7 |
| Doenças do aparelho geniturinário | 5 | 1,9 | 0,8-4,4 | 2 | 0,7 | 0,2-2,6 | 7 | 1,3 | 0,6-3,6 |
| Doenças do sangue e imunitárias | 4 | 1,5 | 0,6-3,9 | 0 | 0,0 | 0,0-1,3 | 4 | 0,7 | 0,3-1,9 |
| Sem informação | 3 | 1,2 | 0,4-3,3 | 19 | 6,7 | 4,3-10,3 | 22 | 4,1 | 3,7-6,6 |
| Total | 260 | 100,0 | | 283 | 100,0 | | 543 | 100,0 | |

Fonte: (Serviço Médico de Admissão Médico - SAME da CASAI de Roraima, 2016).

Legenda: N: número de internação. (%): Percentual das causas de internação. IC95%: Intervalo de Confiança.

*Teste G, $p = 0,001$ para associação do ano de internação e as causas de internações de acordo com os capítulos da CID 10.

Na tabela 9 são apresentados os resultados das principais causas de internação por causas específicas, foi observado que no ano de 2014 a principal causa de internação foi a pneumonia ($n=84$, 32,3%), seguida por outras causas ($n=41$, 15,8%) e em terceiro a GECA ($n=31$, 11,9%). Em 2015 as principais causas de internações foram por outras causas ($n=68$, 24%), seguida pela pneumonia ($n=54$, 19,1%), a terceira causa de internação foi por doenças do aparelho respiratório ($n=22$, 7,8%).

No biênio a pneumonia foi a principal causa de internação ($n=138$; 25,4%) de acordo com as causas específicas, seguida por outras causas ($n=109$, 20,1%). Nesse grupo foram enquadrados casos de internações que tiveram valores relativamente baixos para o biênio estudado como por exemplo um caso de malária, um caso de HIV ou sinais e sintomas não diagnosticados. Posteriormente a GECA³ $n= 52$, 9,6%).

³ GECA (Gastroenterite Aguda) que ocasiona episódios de diarreia.

Tabela 9 – Descrição das principais causas de internação em crianças indígenas menores de cinco anos por causas específicas internadas na CASAI – RR no biênio (2014-2015).

| Causas de internação | 2014 | | | 2015 | | | Total | | |
|---------------------------|------------|--------------|-----------|------------|--------------|-----------|------------|--------------|-----------|
| | N | % | IC95% | N | % | IC95% | N | % | IC95% |
| Causas específicas | | | | | | | | | |
| Pneumonia | 84 | 32,3 | 26,9-38,2 | 54 | 19,1 | 14,9-42,1 | 138 | 25,4 | 21,9-29,2 |
| Geca | 31 | 11,9 | 8,5-16,4 | 21 | 7,4 | 4,9-11,1 | 52 | 9,6 | 7,4-12,3 |
| Fratura | 17 | 6,5 | 4,1-10,2 | 8 | 2,8 | 1,4-5,5 | 25 | 4,6 | 3,1-6,7 |
| Avaliação médica | 15 | 5,8 | 3,5-9,3 | 13 | 4,6 | 2,7-7,7 | 28 | 5,2 | 3,6-7,4 |
| IVAS ⁴ | 11 | 4,2 | 2,4-7,4 | 22 | 7,8 | 5,2-11,5 | 33 | 6,1 | 4,4-8,4 |
| Cardiopatía | 9 | 3,5 | 1,8-6,5 | 9 | 3,2 | 1,7-6,0 | 18 | 3,3 | 2,1-5,2 |
| Diarreia | 9 | 3,5 | 1,8-6,5 | 9 | 3,2 | 1,7-6,0 | 18 | 3,3 | 2,1-5,2 |
| Má formação | 9 | 3,5 | 1,8-6,5 | 20 | 7,1 | 4,6-10,7 | 29 | 5,3 | 3,7-7,6 |
| Desnutrição | 7 | 2,7 | 1,3-5,5 | 4 | 1,4 | 0,6-3,6 | 11 | 2,0 | 1,1-3,6 |
| Dermatites | 7 | 2,7 | 1,3-5,5 | 10 | 3,5 | 1,9-6,4 | 17 | 3,1 | 2,0-5,0 |
| Neuropatia | 7 | 2,7 | 1,3-5,5 | 7 | 2,5 | 1,2-5,0 | 14 | 2,6 | 1,5-4,3 |
| Calazar | 6 | 2,3 | 1,1-5,0 | 20 | 7,1 | 4,6-10,7 | 26 | 4,8 | 3,3-6,9 |
| ITU ⁵ | 4 | 1,5 | 0,6-3,9 | 2 | 0,7 | 0,2-2,6 | 6 | 1,1 | 0,5-2,4 |
| Outros | 41 | 15,8 | 11,8-20,7 | 68 | 24,0 | 19,4-29,3 | 109 | 20,1 | 16,9-23,7 |
| Sem informação | 3 | 1,2 | 0,4-3,3 | 19 | 6,7 | 4,3-10,3 | 22 | 4,1 | 3,7-6,6 |
| Total | 260 | 100,0 | | 283 | 100,0 | | 543 | 100,0 | |

Fonte: (Serviço Médico de Admissão Médico - SAME da CASAI de Roraima, 2016).

Prevalência das causas de internações de crianças indígenas menores de cinco anos na CASAI/RR por etnia.

IC95%: Intervalo de confiança de 95%.

p valor = 0,001

Quando analisadas as causas de internação por etnia (tabela 10) foram encontradas diferenças estatísticas significativas (p-valor=0,002) sendo que a principal causa de internação foi a pneumonia com destaque para todas as etnias.

⁴ IVAS (Infecção das Vias Aéreas Superiores).

⁵ ITU (Infecções do Trato Urinário).

Tabela 10 – Distribuição das causas de internação de crianças indígenas menores de 5 anos na CASAI/RR, 2016 de acordo com a etnia.

| Causas específicas* | Macuxi | | Ingaricó | | Wapichana | | Patamona | | Wai wai | | Taurepang | | Total | |
|---------------------|------------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|----------|------------|-----------|------------|------------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Pneumonia | 45 | 25,9 | 30 | 42,3 | 0 | 0 | 7 | 63,6 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 82 | 31,5 |
| Ivas | 7 | 4,0 | 4 | 5,6 | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 11 | 4,2 |
| Geca | 20 | 11,5 | 11 | 15,5 | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 31 | 11,9 |
| Avaliação médica | 14 | 8,0 | 1 | 1,4 | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 15 | 5,8 |
| Fratura | 14 | 8,0 | 3 | 4,2 | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 17 | 6,5 |
| Má formação | 9 | 5,2 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 9 | 3,5 |
| Neuropatia | 7 | 4,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 7 | 2,7 |
| Cardiopatia | 8 | 4,6 | 1 | 1,4 | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 9 | 3,5 |
| Dermatites | 4 | 2,3 | 1 | 1,4 | 2 | 50,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 7 | 2,7 |
| Desnutrição | 3 | 1,7 | 4 | 5,6 | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 7 | 2,7 |
| Diarreia | 4 | 2,3 | 5 | 7,0 | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 9 | 3,5 |
| Itu | 4 | 2,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4 | 1,5 |
| Calazar | 6 | 3,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 6 | 2,3 |
| Outros | 27 | 15,5 | 8 | 11,3 | 2 | 50,0 | 4 | 36,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 41 | 15,8 |
| Sem informação | 2 | 1,1 | 3 | 4,2 | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5 | 1,9 |
| Total | 174 | 100,0 | 71 | 100,0 | 4 | 100,0 | 11 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 260 | 100,0 |

Fonte: (Serviço Médico de Admissão Médico - SAME da CASAI de Roraima, 2016).

Legenda: IC95%: Intervalo de confiança de 95%. *Teste G.

p-valor= 0,002

Os resultados da pesquisa quanto à causa de internação foram de acordo com estudos de outros autores que tiveram por objetivo avaliar as causas de adoecimento mais comuns em crianças indígenas. Orellana et al (2007), Cardoso et al (2007), Dantas (2010) Oliveira et al; (2010) e Ferreira et al (2011) identificaram que as doenças respiratórias foram as principais causas de morbimortalidade, sobretudo em crianças menores de cinco anos.

Segundo Patzer; Menegolla (2006) estudando as causas de hospitalização entre crianças guaraní no Rio Grande do Sul, infecções respiratórias em crianças indígenas são consideradas de difícil controle uma vez que os fatores de risco para seu desenvolvimento estão presentes em quase todas as comunidades indígenas. Torna-se mais agravante quanto às famílias são numerosas e encontram-se inseridas mais de uma por residência, e comumente utilizam o fogo para as casas. As chances de restrições alimentares aumentam consequentemente de acordo com a quantidade de pessoas em uma família esse fator influencia consideravelmente a situação nutricional das crianças. Além disso, as condições de saneamento e o difícil acesso de algumas comunidades aos serviços de saúde também se mostraram fatores importantes no manejo da infecção pelas EMSI.

Hattori (2013), em um estudo sobre o perfil epidemiológico de indígenas internados em um hospital universitário de Dourados/Mato Grosso evidenciou que as doenças do aparelho respiratório (Cap.X da CID -10) foram as principais causas de internação, representando 36,6%, seguida das doenças infecto parasitárias (Cap.I) que representaram 21,3%, acompanhadas pelas doenças do aparelho digestivo e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Cap.IV) que ocuparam a terceira causa de internação com cerca de 8% das internações.

Santiago (2002), durante a pesquisa com crianças indígenas menores de cinco anos no estado do Ceará observou que a diarreia pontual foi de 3,7%, no entanto, quinze dias antes das entrevistas, teve um percentual de 13,4% e mais de um terço das crianças apresentaram tosse. Oliveira (2010) em outra pesquisa que avaliou as condições de saúde dos indígenas potiguara na Paraíba apontou destaque para as infecções respiratórias agudas, diarreias e parasitoses intestinais nesse grupo.

Os resultados foram de acordo com os observados no Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição realizado em 2008/2009 onde evidenciou que 19% das crianças que haviam sido hospitalizadas no último ano foram por diarreias e infecções respiratórias. Para os autores, as doenças parasitárias são ocasionadas em grande parte por falta de saneamento, o que favorece a contaminação oral/fecal, logo, as medidas de prevenção apresentam um importante papel na redução dos elevados índices de déficit nutricional, uma vez que a diminuição da taxa deste agravo depende da melhoria na prestação de serviços de saúde, manejo das doenças infecciosas, principalmente diarreia (BRASIL; FUNASA; ABRASCO, 2009). Comumente a diarreia está associada à ingestão inadequada de alimentos, o que influencia na determinação do déficit nutricional e está ligada as doenças infecto parasitárias, que neste estudo obteve a um percentual de 18,6% das internações.

Para Oliveira (2010) o padrão de adoecimento e morte dos indígenas é semelhante ao observado em bolsões de exclusão social em nosso país com predominância das doenças respiratórias e gastrointestinais. Esses achados embasados na literatura consultada e em junção com os resultados desta pesquisa evidenciam as desigualdades socioeconômicas enfrentadas pelas populações indígenas nas áreas rurais, que adoecem e morrem por doenças originadas da falta de acesso aos condicionantes de saúde.

4.4. CORRELAÇÃO DA DESNUTRIÇÃO COM AS PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÕES EM CRIANÇAS INDÍGENAS MENORES DE CINCO ANOS REFERENCIADAS PARA A CASAI NO BIÊNIO 2014-2015.

Os parâmetros antropométricos Peso para Idade (P/I), Estatura para Idade (E/I) e Peso para Estatura (P/E), são indispensáveis para a avaliação do estado nutricional de crianças menores de cinco anos (OMS, 2013). Porém, os registros de internação cedidos pela CASAI/RR (anexo A) não contém tais parâmetros. Devido à ausência desses dados, necessários para a verificação do estado nutricional, que deveriam constar nos registros de admissão de cada paciente, não foi possível correlacionar a desnutrição com as outras morbidades.

Em virtude da falta de dados nos registros (anexo A), a pesquisadora recorreu a outra fonte de informação (anexo C) a ficha de internação dos pacientes contidas nos prontuários, no intuito de obter as variáveis necessárias para complementa a pesquisa. Com tudo as fontes secundárias também tinham muitos campos em branco inclusive a falta das variáveis (peso/altura). A avaliação do estado nutricional, usando os dados antropométricos, tem o objetivo de quantificar e qualificar essas medidas e assim, determinar se os valores encontrados estão ou não dentro dos intervalos de normalidade (ARAÚJO, 2008).

O peso e altura são informações indispensáveis nos registros de internação de um paciente, a falta dessas informações compromete o cuidado e o conhecimento do estado de saúde de uma população. O peso é uma medida antropométrica mais sensível e sua avaliação permite a identificação das alterações no estado nutricional precocemente (AMARAL, 2012). A estatura, comprimento ou altura é a segunda medida mais utilizada (FISHER, 2010; apud AMARAL, 2012). As medidas antropométricas são utilizadas para o diagnóstico do estado nutricional (desnutrição, excesso de peso e obesidade) e avaliação dos riscos para algumas doenças (BRASIL, 2013). A antropometria é considerada o método mais eficaz na avaliação do estado nutricional de crianças, pelo baixo custo e pela facilidade de execução.

O conhecimento do estado nutricional das populações indígenas se faz importante por proporcionar medidas de intervenção, tendo em vista que grande parte das doenças vivenciadas por esses grupos específicos estão relacionadas às condições e vida. Nos países em desenvolvimento, a maioria dos problemas de saúde e nutrição durante a infância está relacionada com consumo alimentar inadequado e infecções repetidas (SIGULEM et al., 2000).

É importante ressaltar que o conhecimento dos profissionais de saúde sobre os dados antropométricos é indispensável. A qualidade dos procedimentos de coleta das medidas

antropométricas é fundamental para garantir a fidelidade do diagnóstico nutricional de um indivíduo ou de uma população (BRASIL, 2013).

Essas medidas consideradas às vezes insignificantes por parte de alguns profissionais refletem na escassez de estudos transversais in loco que avaliem o estado nutricional de populações indígenas de maneira geral. Pesas e medir são atividades de rotina nos serviços de saúde, e por serem atividades relativamente simples, a maioria das pessoas julga-se apta a realizá-las (BRASIL, 2012).

A avaliação do estado nutricional tem se tornado um aspecto cada vez mais importante no estabelecimento de situações de risco, no diagnóstico nutricional e no planejamento de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2009). Os trabalhos envolvendo o conhecimento do estado nutricional das crianças indígenas apontam para elevadas prevalências de desnutrição, assim como elevadas taxas de mortalidade infantil e de morbidade por doenças infecciosas e parasitárias (Orellana et al., 2009). Os indicadores acerca do estado nutricional só podem ser gerados se os parâmetros peso/estatura foram coletados corretamente.

Portanto seu significado deve ser reconhecido pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde, neste caso específico os que atuam junto às populações indígenas. No entanto, é constatação cotidiana que vários serviços não se atêm a esse aspecto e não proveem recursos necessários para a avaliação dos pacientes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2009).

A ferramenta mais importante na prevenção dos agravos à saúde é o conhecimento da influência do mesmo dentro de uma comunidade. A identificação do risco nutricional e a garantia da monitoração contínua do crescimento fazem da avaliação nutricional um instrumento essencial para que os profissionais da área conheçam as condições de saúde dos pacientes pediátricos (SBP, 2009).

No estudo de Mendes et al (2010) que avaliou o estado nutricional de crianças menores de dez anos em Minas Gerais, ficou evidenciado que o índice peso/estatura possui caráter complementar e é capaz de detectar a desnutrição aguda, sendo altamente sensível para o sobrepeso.

O baixo peso ao nascer (<2500g) constitui o fator isolado mais importante na mortalidade infantil (BRASIL, 2011). Esse fator quando tratado a tempo é capaz de reduzir a possibilidade de a criança desenvolver outros agravos. No entanto pode ser observado que o desconhecimento sobre a importância da situação nutricional reflete nos prontuários sem registros de peso e altura das crianças internadas.

Conforme estudos realizados, a desnutrição pode ser apresentada como consequência de outras doenças e boa parte das mortes por causas mal definidas, ocorrem em crianças menores de cinco anos de idade, geralmente estas crianças vêm a óbito devido à correlação de doenças do aparelho respiratório, parasitárias e infecciosas com a constante associação da desnutrição (ORELLANA et al., 2006; ORELLANA et al., 2007; SANTOS; COIMBRA, 2007).

Sobre as causas de internações descritas neste estudo, Garnelo (2012) afirma que dados como estes revelam a desigualdade na oferta de serviços de saúde para os povos indígenas. Os problemas de saúde que mais levam a internações são relativos à falta de acesso às condições adequadas de saneamento, moradia e segurança alimentar, sendo necessária a implementação de políticas públicas de desenvolvimento social e econômico e ações que visem à integralidade no atendimento nos cuidados à saúde, tendo em vista que esse tipo de doença tem origem multicausal e complexa e suas raízes na pobreza (BOTEGA et al., 2010).

Em um estudo com crianças Tremembé menores de cinco anos, foi revelada, que a desnutrição infantil de acordo com os índices de altura/idade (A/I) foi de 22,1%; peso/idade (P/I) de 14,9% e peso/altura (P/A) de 1,4% as demais tiveram peso adequado (SANTIAGO, 2002).

Vale salientar que o estado nutricional das crianças indígenas referenciadas para a CASAI ainda é incerto. Tendo vista que a pesquisa tinha como idéia primária avaliar o nutricional das crianças referenciadas para a CASAI de Roraima pertencentes ao DSEI Leste. Diante das dificuldades por falta dos indicadores peso/altura das crianças tornou-se limitada a concretização do último objetivo desse estudo. No entanto a pesquisa foi de grande relevância, pois possibilitou o conhecimento do perfil de morbidade da população infantil do DSEI Leste e apontou para as deficiências no correto preenchimento das fichas de internação.

5 CONCLUSÕES

O número de crianças menores de cinco anos pertencentes ao DESI Leste de Roraima referenciadas para a CASAI de Roraima no biênio (2014-2015) foi elevado, tanto para o gênero masculino quanto feminino.

O perfil das crianças referenciadas para a CASAI no biênio estudado revelou que: 1) A faixa etária mais referenciada é de menores de um ano; a etnia que mais se destacou foi Macuxi e Ingaricó; 2) os polos-base que mais tiveram registros foram Wilimon (12%), Raposa Serra do Sol (11%), Caracanã (7,9%), Caraparu (7%), Morro (6,6%), Pedra Branca (6,4%) e Pedra Preta (6,3%); 3) a TI que obteve o maior quantitativo de crianças recebidas na CASAI foi a Raposa Serra de Sol; 4) o município responsável por mais internações foi o Uiramutã (56,4%); 5) a condição da alta da maioria das crianças foi melhorada (71,8%); 6) em relação ao período do ano na estação seca foram referenciadas 50,8% das crianças e na estação chuvosa 49,2%; 7) em relação as principais causas de internações destacaram-se as doenças do aparelho respiratório (24,3%), doenças infecciosas e parasitárias (18,6%) e má formação congênita (10,3%); 8) A correlação da desnutrição com as outras morbidades não foi possível ser realizada por falta de dados antropométricos nas fichas de internações das crianças atendidas na CASAI.

Dentre as limitações encontradas na realização da pesquisa, vale salientar a deficiência nos registros de internações das crianças indígenas internadas na CASAI/RR. Registros incompletos sobre os dados dos pacientes e repetições de internações de uma mesma pessoa. A falta de preenchimento das fichas de internação dificultou o trabalho do pesquisador, o que leva à necessidade da consulta de outras fontes de dados. Mesmo com essa atitude muitas vezes não é possível obter informações suficientes para a construção de indicadores de qualidade.

Portanto, a presente pesquisa sugere medidas no que tende a coleta e correto preenchimento de dados dos pacientes recebidos na CASAI/RR e faz algumas colocações: Os indicadores acerca das medidas antropométricas das crianças atendidas na instituição supracitada, constituem uma ferramenta importante na implementação de políticas públicas que influenciem na melhoria das condições de vida das populações indígenas do DSEI Leste de Roraima.

É importante que se invista e incentive a atenção primária prestada aos indígenas nas comunidades, tendo em vista que as principais causas de internações foram de ordem preventiva, como as doenças infecto-parasitárias, que de acordo com o Subsistema de Atenção a Saúde Indígena, é de responsabilidade dos postos de saúde situados em TI.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**. Relatório Final. Análise dos dados. N. 7. Rio de Janeiro, 2009.496 p.

AMARAL, M.C.A. **Prevalência dos distúrbios nutricionais em crianças e adolescentes com bronquiolite obliterante pós-infecciosa**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, 2012. 65 p.

ARAÚJO, T.C.A. CAMPOS, B.D.A.J. Subsídios para a avaliação do estado nutricional de crianças e adolescentes por meio de indicadores antropométricos. **Revista de Alimentação e Nutrição**, Araraquara, v.19, n.2, p. 219-225, abr./jun. 2008.

ATHIAS, R.; MACHADO, M. A. saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.2. p. 425-431, mar-abr, 2001.

AZEVEDO, M.M. Povos Indígena no Alto Rio Negro: um estudo de caso de nupcialidade. In: PAGLIARO, H.; AZEVEDO, M.M.; SANTOS.V.R. PAGLIARO, H., AZEVEDO, M.M., and SANTOS, RV. (orgs) **Demografia dos povos indígenas no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 192 p. ISBN: 85-7541-056-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. acesso em: 12 de abril de 2015.

BANIWA, F.A.; KARIPUNA, K. Controle Social: O ponto de vista das lideranças. In: GARNELO, L.; PONTES, L.A. (Org.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012. p.216-241.

BANIWA, L. S. G.O. **Índio Brasileiro: O que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje**. Brasília: UNESCO, 2006. 224 p.

BARRETO, C. T. **Estado nutricional de crianças indígenas guarani no sudeste do Brasil Rio de janeiro**. 2011. 88 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://www.google.com.br/search> >acesso em 15 de março 2014.

BARRETO, C.A.M.T. BARRETO. F. Caracterização dos Casos de Beribéri Notificados entre Indígenas do Distrito Leste de Roraima. **SANARE, Sobral, Revista de Políticas Públicas**, Boa Vista Roraima, V.15 n.02, p.104-111, Jun./Dez.–2016. Disponível em: <<http://apps.cofen.gov.br/cbcenf/sistemainscricoes/arquivostrabalhos/i61040.e13.t10792.D9AP.pdf>>. Acesso em: 25 de julho de 2016.

BASTA, C.P.; ORELLANA, Y.D.J.; ARANTES, R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: Notas sobre agravos selecionados. GARNELO, L.; PONTES, L.A. (Org.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012. p.60-106.

BOTEGA, A. DE O.; PINTO, G. B.; PEREIRA, J.; SANTINI, J; MATTOS, K. M. **Desnutrição infantil: um problema de saúde pública**. 2010 disponível em <http://www.unifra.br/eventos/jis2010/Trabalhos/249.pdf>>acesso em 31 de maio de 2015.

BRASIL. Fundação Nacional da Saúde. **Relatório de gestão 2006 CORE/RR**. Brasília, 2006. 172 p. Disponível em:<<http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/uploads/2011/10/rr.pdf>>. Acesso em: 10 de novembro de 2015.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Lei Arouca: **A Funasa nos 10 anos de saúde indígena**. Brasília: 2009.112 p.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: 2002.40 p.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Diretoria de Pesquisas. **Os indígenas no Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2012.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores de desenvolvimento sustentável 2010**. Disponível em<http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf>acesso em 11 de maio de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Projeto de vigilância e controle de doenças (VIGISUS III) plano dos povos indígenas (IPP)** Política Operacional do Banco Mundial 4.10. Brasília: 2010.45 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria Especial de Saúde indígena. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Consulta para Vigilância Epidemiológica Assistência e Atenção Nutricional dos casos de Bériberi**. Brasília: 2012. 66 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília, 2011.v.4.195 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: **Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Brasília: 2011. 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: 2010. 192 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Instrutivo para Implementação da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil**. Capítulo complementar. Brasília: 2014. 25 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). 2012. Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami. **Plano Distrital de Saúde Indígena, 2012-2015**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Distrito Sanitário Especial Indígena Leste de Roraima. **Sistema de Informação Atenção à Saúde Indígena**. Boa Vista: SIASI, 2015. 11.p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Distrito Sanitário Especial Indígena Leste de Roraima. **Relatório Técnico Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional**. Boa Vista: SISVAN, 2016. 20 p.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde. **Manual de antropometria**. Rio de Janeiro, 2013.26.p.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Pediatria. Avaliação nutricional da criança e do adolescente – **Manual de Orientação**. Departamento de Nutrologia. – São Paulo: 2009. 112 p.

BRASIL. Constituição (1988).**Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Senado Federal Subsecretaria de Edições Técnicas. Brasília, 2010. 104 p.

CALDART, V.R. **Morbidade Hospitalar Materno-Infantil Yanomami, Brasil (2008-2012)**. 2014. 88p. Dissertação (mestrado em ciências da saúde) Universidade Federal de Roraima-UFRR. Boa Vista, Roraima 2014.

CARDOSO, M. A.; COIMBRA, JR.; C. E. A.; TAVARES, G. F. Morbidade Hospitalar Indígena Guarani no Sul e Sudeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 1, p.21-34, 2010.

CARVALHO, S. M.; et al; Demanda Ambulatorial em Três Serviços da Rede Pública do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10 (1): 17-29, jan/mar, 1994.

CARVALHO. F.et al. **História, cultura e meio ambiente em Roraima: Perspectivas interculturais**. Boa Vista, 2008.90 p.

COIMBRA JR, C. K. A.; SANTOS, R.; ESCOBAR, L. A (Org.). **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil** [online]. Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/scielo>>acesso em: 15 de março de 2014.

COIMBRA Jr.; C. E. A.; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n.1, p.125-132, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100011&script=sci_abstract&tlng=pt>.Acesso em: 13 de março de 2015.

CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 8º, 2015, São Paulo. Anais. São Paulo: CBCENF, 2015.

CUNHA, M.C. **Índios no Brasil: história, direitos e cidadania** 1ª ed. São Paulo: Claro Enigma, 2012. 22 p.

DANTAS, L.L.F. **Perfil de Morbidade da população indígena infantil refinanciadas para a Casa de Saúde Indígena - CASAI do Rio Branco**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Publica) Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública, Rio Branco, 2010.

DIAS, A. C.; et al; **Estado nutricional e hábitos alimentares de comunidade indígena Maxakali em Minas Gerais**. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri Janeiro 2010. Disponível em: <<https://www.google.com.br/searchq=>> acesso 15 março 2014.

DIEHL, E.E. LANGDON, E.J. Transformações na Atenção à Saúde Indígena: Tensões e Negociações em um Contexto Indígena Brasileiro. **Revista Javeriana**. Bogotá, v.80, p. 213-

236, mar, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/unih/n80/n80a09.pdf>> acesso em: 12 de Janeiro de 2016.

FÁVARO, T. **Perfil nutricional da população indígena Xukuru de Ororubá, Pernambuco.** 2011.129 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro 2011. Disponível em: <http://indiosnonordeste.com.br/wp-content/uploads/2012/08/Favaro-TR.-TeseFinal.pdf>. Acesso em: 15 de março 2014.

FERREIRA, E.M.; MATSUO, T. SOUZA, R. K.T. Aspectos Demográficos e Mortalidade de Populações Indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27 n.12, p.2327-2339, dez, 2011.

FILHO, S.A.Z.; et al. Prevalência de hipertensão arterial em indígenas do Brasil: uma revisão sistemática com meta-análise. **Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 49. n.6.p1016-1026, 2015.

FRANK, E.H.CIRINO, A. C. Desteritorialização e Re-territorialização dos Povos Indígenas de Roraima: Uma Revisão Crítica. In: BARBOSA, I. R.MELO.F.V.(Org.). **Roraima: Homem, Ambiente e Ecologia.** Boa Vista: FEMACT, 2010.p.11 – 31.

FREITAS. B. A. M. O Instituto Insikiran da Universidade Federal de Roraima: trajetória das políticas para a educação superior indígena. **Revista Brasileira de Est. Pedagógica**, Brasília, v. 92, n. 232, p. 599-615, set./dez. 2011.

GARNELO, L.; PONTES, A. L. (Org.). **Saúde Indígena: Uma introdução ao Tema.** 22. ed. Brasília: MEC-SECADI, 2012. 280 p.

GARNELO, L. SAMPAIO, S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de fazer ver e fazer crer nas políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública** (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, pp. 1217-1223, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000400018>. Acesso em: 12 de novembro de 2016.

GARNELO, L. MACEDO, G. BRANDÃO, L. C. Os povos indígenas e a construção das políticas públicas no Brasil. Brasília: Ed. OPAS,2003, 120 p.

GASTAUD, S.G.L.A. HONER, R. M. CUNHA, V.R. Mortalidade infantil e evitabilidade em Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p.1631-1640, jul, 2008.

GOMES, S.; KLEIN. T.; SANTOS, M.T. **Makuchana: em busca da autonomia e sustentabilidade das terras indígenas do Taiano.** Instituto Socioambiental. São Paulo: 2013. Disponível em: <<https://www.socioambiental.org/sites/blog.socioambiental.org/files/publicacoes/makuchana.pdf>>. Acesso em: 12 de janeiro de 2017.

GUERRERO, H.F.; MAINBOURG, T.M.E.; GUERRERO, H.C.J. **Condição nutricional de um grupo de idosos indígenas no distrito sanitário leste de Roraima.** Rio de Janeiro, 2005. In: COIMBRA JR., CEA., SANTOS, RV and ESCOBAR, AL., (Org.).**Epidemiologia e saúde**

dos povos indígenas no Brasil [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. p.89-103. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 20 de abril de 2015.

HATTORI, Y.T. **Perfil Epidemiológico dos Indígenas Internados em um Hospital Universitário**. 2013.108p. Dissertação (mestrado em ciências da saúde). Universidade Federal da Grande Dourados, Mato Grosso do Sul, 2013.

HAYD, R. L. N.; Um Olhar Sobre a Saúde Indígena no Estado de Roraima. **Centro de Ciências da Saúde** - Universidade Federal de Roraima, Mens Agitat, v. III, n. 1, p. 89-98, 2008.

HERMANO, M. B. **O Contato e Suas Consequências: O Caso Yanomami**. **Seminário Internacional Sociedade e Fronteira**, 1º, 2012, Boa Vista. Anais. Roraima: EDUFRR, 2012.

IBGE, 2010.http://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php.

INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS. **Relatório**. Rio de Janeiro, 2009.496 p. Relatório final nº 7.

KÜHL, M. et al.; Perfil Nutricional e Fatores Associados à Ocorrência de Desnutrição entre Crianças Indígenas Kaingáng da Terra Indígena de Mangueirinha, Paraná, Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25. n. 2. p.409-420, fev, 2009.

KÜHL, M.A. CORSO, T. C. A. LEITE, S.M. BASTOS, L.J. Perfil Nutricional e Fatores Associados à Ocorrência de Desnutrição entre Crianças Indígenas Kaingáng da Terra Indígena de Mangueirinha, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, fev., 2009. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n2/20>> acesso em: 15 de Março de 2014.

LANGDON, J.E. CARDOSO, D.M. (Org.). **Saúde indígena: Políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 310 p, 2015.

LANGDON, J.E. O abuso de álcool entre os povos indígenas no Brasil: uma avaliação comparativa. **Revista Tellus**, Campo Grande. v. 5, n. 8/9, p. 103-124, abr./out. 2005.

LANGDON, J.E. Saúde e Povos Indígenas: Os desafios na virada do século. In: Congresso Latino americano de Ciências Sociais y Medicina, 5, 1999. (Resumo). Santa Catarina: 1999.p.7-11. Disponível em: <<http://www.antropologia.com.br/tribo/nessi/textos/Margsav.htm>>. Acesso em: 25 de novembro de 2016.

LEITE, M. S. GUGELMIN, S. A. SANTOS, R. V. E, C. IN: COIMBRA JR., C.E.A.; SANTOS, R.V.; ESCOBAR, AL.; (Orgs.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.260 p. ISBN: 85-7541-022-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 15 novembro de 2016.

LEITE, M. S.; GUGELMIN, S. A.; SANTOS, R. V.; COIMBRA Jr., C. E. A. Perfis de saúde indígena, tendências nacionais e contextos locais: reflexões a partir do caso Xavante, Mato Grosso. In: Coimbra Jr., CEA; Santos, RV; Escobar, AL. **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil** (Org.). Ed. Fiocruz/ABRASCO. Rio de Janeiro, 2003.

LEITE, M. et.al. Crescimento físico e perfil nutricional da população indígena Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n2/20>>acesso em 15 de março de 2014.

_____ Nutrição e alimentação em saúde indígena: notas sobre a importância e a situação atual. In: GARNELO, L.; PONTES, L.A. (Org.). Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012. p.156-205.

LIMA, K.W.S.; ANTUNES, F.L.J. SILVA, P. Z. Percepção dos Gestores Sobre o Uso de Indicadores nos Serviços de Saúde. **Revista Saúde Sociedade**, São Paulo, v.24, n.1, p.61-71, 2015.

LUNARDI, R. **Morbidade Hospitalar de Indígenas Xavante no Distrito Sanitário Especial Indígena Xavante, Mato Grosso (1998 a 2002)**. 2004. 78p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

MACHADO, F.B., Limitações e Deficiências no Uso da Informação para Tomada de Decisões. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 09, nº 2, abril/junho 2002.

MANDUCA, S.L., ALMEIDA, T.F., SILVA, M.N. Terra Indígena São Marcos In: CARVALHO, F. (Org.). **História, cultura e meio ambiente em Roraima: Perspectivas interculturais**. Boa Vista, 2008. p.49-62.

MANDULÃO. Projeto Vidas Paralelas Indígena: revelando os povos Macuxi e Wapixana de Roraima, Brasil. 2012. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1097/989>>. Acesso em: abril de 2016.

MANOZZO, R. **Sistema de Informação da Saúde Indígena no Rio Grande do Sul: Processo de Implantação e sua Situação Atual**. 2006.48p. Trabalho de Pós Graduação em Políticas Públicas e Gestão Estratégica em Saúde-Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Escola de Administração), Porto Alegre, 2006.

MEDEIROS, F. G. **Perfil nutricional das crianças indígenas menores de cinco anos do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões, estado do Amazonas, Brasil**. 2015.106p. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2015.

MENDES, F.S.M.; CAMPOS, D.M.; LANA, F.C.F. Avaliação do estado nutricional de crianças menores de 10 anos no município de Ferros, Minas Gerais. **Revista Escola. de Enfermagem**, São Paulo. v. 44, n. 2, p. 257-265, 2010.

MEZZOMO, C. MACHADO, P. A Relação da Postura Corporal, da Respiração Oral e do Estado Nutricional em Crianças-uma revisão de literatura **Rev. CEFAC**, São Paulo 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v13n6/121_10>acesso em 15 de março de 2014.

OLIVEIRA, C. C. de Rita. et al. Situação de vida, saúde e doença da população indígena potiguara. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v.16. n.1. p.81-90, jan./mar. 2012.

OLIVEIRA, S. S. L. Direitos sociais indígenas e a saúde. **Revista Saúde Coletiva**, São Paulo, vol. 7, núm. 40, 2010, pp. 122-124. 2010.

OLIVEIRA, P.J. FREIRE, A.C. **A Presença Indígena na Formação do Brasil**. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional. 6. ed. Brasília: Unesco, 2006. 268 p.

ORELLANA, J. D. Y. **Saúde e Nutrição de Crianças Indígenas Suruí de Rondônia, Amazônia, Brasil**. 2005. 95p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

ORELLANA, J. D. Y.; BASTA, P. C.; SANTOS, R. V.; COIMBRA, Jr. C. E. A. Morbidade Hospitalar em Crianças Indígenas Suruí menores de dez anos, Rondônia, Brasil (2000 - 2004). **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 3, p.281-87, 2007.

ORELLANA, J. D. Y.; GONÇALVES, M. J. F.; BASTA, P. C. Características sociodemográficas e indicadores operacionais de controle da tuberculose entre indígenas e não indígenas de Rondônia, Amazônia Ocidental, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 4, p.714-724, 2012.

ORELLANA, J. et al; **Estado Nutricional e Anemia em Crianças Suruí, Amazônia, Brasil**, *Jornal de Pediatria Rio de Janeiro* 2006. v.82,n.5 Disponível em <portal.revistas.bvs.br/index.php?issn=0021-57&lang=pt&print_version=true>Acesso em 15 de Março de 2014.

ORELLANA, Y.D.J.et al. Estado nutricional e anemia em crianças Suruí, Amazônia, Brasil. *Jornal de Pediatria - Vol. 82, Nº5, Rio de Janeiro*, 2006.

PAGLIARO, H.; AZEVEDO, M. M.; SANTOS, R. V. Demografia dos povos indígenas no Brasil: um panorama crítico. In: Pagliaro, H; Azevedo, MM; Santos, RV. **Demografia dos Povos Indígenas Brasileiros**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ABEP, 2005.

PANTOJA, L. N.; ORELLANA, J. D. Y.; LEITE, M. S.; BASTA, P. C. Cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena (SISVAN-I) e prevalência de desvios nutricionais em crianças Yanomami menores de 60 meses, Amazônia, Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v.14 n.1 p. 53-63 jan./mar., 2014.

PATZER, J.D. MENEGOLLA, I.A. Hospitalização de Crianças Indígenas de etnia Guarani, Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul, Rio Grande do Sul. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. Rio Grande do Sul, v.7,n.p. 195-204,dez,2013.

PEREIRA, E,R.et al. Perfil de Morbidade de Indígenas em Serviço Especializado. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**. São Paulo, v.3, n.1. p.144-157, 2014.

PEREIRA, E.; SOUZA, M.; TEIXEIRA, M. Território Wapichana. : CARVALHO. F. (Org.). **História, cultura e meio ambiente em Roraima: Perspectivas interculturais**. Boa Vista, 2008. p.34-37.

PÍCOLI, R.P. CARANDINA, L. RIBAS, D.L.B. Saúde Materno-Infantil e Nutrição de Crianças Kaiowá e Guaraní, Área Indígena de Caarapó, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22 n.1 p.223-227, jan, 2006.

REPETO, M. A experiência do PET-Intercultural na Universidade Federal de Roraima. In: CASTRO, F. de Ana. Intelectuais indígenas e a construção da universidade pluriétnica no Brasil: **Povos indígenas e os novos contornos do programa de educação tintorial / conexões de saberes**. 1.ed. Rio de Janeiro, 2015. 41 p.

RIBAS, D. L. B.; PHILIPPI, S. T. Aspectos alimentares e nutricionais de mães e crianças indígenas Teréna, Mato Grosso do Sul. In: Coimbra Jr., CEA; Santos, RV; Escobar, AL. **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil** (Org.). Ed. Fiocruz/ABRASCO. Rio de Janeiro, 2003.

SANTIAGO, C.M.A. **Perfil nutricional e condições de saúde das crianças Tremembé entre 1994 e 2001**. 2002. 208p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina, Fortaleza, 2002.

SANTOS, S.F. et al., Prevalência de enteroparasitismo em crianças de comunidades ribeirinhas do Município de Coari, no médio Solimões, Amazonas, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**. Manaus, v.1. n. 4. p.23-28, 2010.

SAWAYA, A. Lydia **Desnutrição: Consequências em Longo Prazo e Efeitos da Recuperação Nutricional**. Estud. av. v.20 n.58 São Paulo set./dez. 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0103-40142006000300016&lng=pt&nrm=&userID=-2>. Acesso em: 10 de abril de 2015.

SIGULEM, D.M.; DEVINCENZI, M.U.; LESSA, A. C. Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, 2000, v. 76, n. 3, p. 275-84.

SILVA, H. A Saúde Humana e a Amazônia no Século XXI: Reflexões Sobre os Objetivos do Milênio, **Novos Cadernos NAEA 2006**. Rio de Janeiro v. 9, n. 1, p. 77-94, Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpa.br/index.php/ncn/article/viewFile/58/130>>acesso em 15 de março de 2014.

SILVA, M. U.; RAPOSO, F. Raposa Serra de Sol: A luta contínua. In: CARVALHO, F. (Org.). **História, cultura e meio ambiente em Roraima: Perspectivas interculturais**. Boa Vista, 2008. p.38-48.

SILVA, M.C.M. **Estado nutricional dos indígenas Pataxó de 5 aldeias de Minas Gerais, Brasil**. 2015.104p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte: 2015.

SILVA, M.N.; ALMEIDA, T.F.; MANDUCA, S.L. Terra Indígena São Marcos. In: CARVALHO, F. (Org.). **História, cultura e meio ambiente em Roraima: Perspectivas interculturais**. Boa Vista, 2008. p.49-62.

SILVA, O.L.O.; et al. Vigilância alimentar e nutricional de crianças indígenas menores de cinco anos em Mato Grosso do Sul, 2002-2011. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, vol.23 n.3.p.541-546, jul-set, 2014.

SOUSA, M. C.; SCATENA, J. H. G.; SANTOS, R. V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p.853-861, abr, 2007.

SOUZA, O.R. Terra Indígena Wai Wai. In: CARVALHO. F. (Org.). **História, cultura e meio ambiente em Roraima: Perspectivas interculturais**. Boa Vista, 2008. p.72-74.

SOUZA, P.G. ANDREY, M. C. CLEMAX, C. S.A. Prevalência de sibilância e fatores associados em crianças indígenas Guarani hospitalizadas por doença respiratória aguda no Sul e Sudeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(7):1427-1437, jul, 2014.

SOUZA, R.C.P.L.K. CRÉSIO, A. D. A. Diagnóstico nutricional de crianças e adultos indígenas atendidos pela rede pública de saúde no Brasil: um estudo exploratório. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v.12, especial, p.433-440, dez.2013.

SOUZA. A.J. **Prevalência de anemia e fatores associados nas aldeias Xavante de Pimentel Barbosa e Etênhiritipá, Mato Grosso, Brasil**. Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados na CASAI de Roraima**UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – PROCISA****IDENTIFICAÇÃO**

- 1.1 Nome
- 1.2 Sexo: () Feminino () Masculino.
- 1.3 Peso
- 1.4 Idade
- 1.5 Altura

2.PROCEDENCIA

- 2.1 Comunidade
- 2.2 Polo - Base
- 2.3 Município

3.SOBRE A INTERNAÇÃO

- 3.1 Data de Admissão na CASAI
- 3.2 Data de Alta
 - 3.2.1.1 causa da Internação

4. SOBRE O ESTADO NUTRICIONAL

- 4.1 baixo peso
- 4.2 muito baixo peso
- 4.3 peso elevado
- 4.4 peso adequado

ANEXOS

**ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA NA CASAI DE
APOIO À SAÚDE DO ÍNDIO EM RORAIMA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – PROCISA**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – PROCISA

**TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA
YANOMAMI**

Eu, Eliene Mendes de Oliveira mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima solicito do Senhor Coordenador do DSEI-Yanomami/RR, permissão para a realização de um estudo com o tema Perfil de morbidade das crianças indígenas referenciadas para a CASAI de Roraima com o intuito de determinar a prevalência da desnutrição entre as crianças indígenas atendidas no período de 2013 a 2014.

Para a realização do estudo não serão colhidos nenhum tipo de material como (sangue, plasma) havendo somente a pesquisa através de dados secundários.

O DSEI-Yanomami/RR, não terá nenhum tipo de despesa com a pesquisadora.

Este documento será enviado para um Comitê de Ética em Pesquisa que visualizará que a pesquisa foi consentida pela CASAI de Roraima.

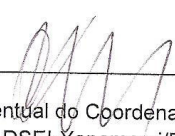
Eu Coordenador do DSEI-Yanomami/RR, estou de acordo com a proposta da aluna Eliene Mendes de Oliveira em desenvolver sua pesquisa nesta Casa de Saúde Indígena que se constituirá de dados secundários respeitando os pontos acima citados.

Boa Vista - RR

Local

16.03.16

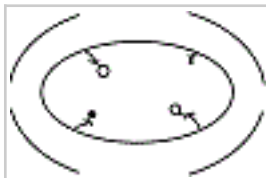
Data


 Assinatura do Substituto Eventual do Coordenador Distrital de Saúde Indígena
 DSEI-Yanomami/RR

**ANEXO C – FICHA DE INTERNAÇÃO DOS PACIENTES ATENDIDOS NA A CASAI
DE APOIO À SAÚDE DO ÍNDIO DE RORAIMA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – PROCISA**

| | | | | |
|---|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA DSEI YANOMAMI CASA DE SAÚDE DO ÍNDIO | | FICHA DE ANAMNESE | | Nº DO PRONTUÁRIO <input type="text"/> |
| NOME <input type="text"/> | | SEXO <input type="checkbox"/> | DATA DE NASC <input type="text"/> | IDADE <input type="text"/> |
| ETNIA <input type="text"/> | COMUNIDADE <input type="text"/> | REGIÃO <input type="text"/> | | |
| POLO-BASE <input type="text"/> | MUNICÍPIO <input type="text"/> | | | |
| PAI <input type="text"/> | MÃE <input type="text"/> | | | |
| CÔNJUGE <input type="text"/> | DATA DE ADMISSÃO <input type="text"/> | | | |
| ANAMNESE/EXAMES LABORATORIAIS/ CONDUTA TERAPÊUTICA (Preencher somente dados positivos) | | | | |
| Q.P.: | | | | |
| H.D.A.: | | | | |
| H.P.P.: | | | | |
| EXAME CLÍNICO: | | | | |
| H.D.: | | | | |
| CONDUTA: | | | | |
| EXAMES SOLICITADOS <input type="checkbox"/> | MEDICAÇÃO | V. O. <input type="text"/> | | |
| | | I. M. <input type="text"/> | | |
| | | E. V. <input type="text"/> | | |
| MÉDICO/ODONTÓLOGO | | | | |
| SUMÁRIO DE ALTA | | | | |
| TEMPO DE INTERNAÇÃO <input type="text"/> | DATA DA ALTA <input type="text"/> | | | |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE ACORDO COM O CID | <input type="text"/> | | | |
| CONDIÇÃO DE ALTA DO PACIENTE: | | | | |
| <input type="checkbox"/> CURADO | <input type="checkbox"/> MELHORADO | <input type="checkbox"/> INALTERADO | | |
| <input type="checkbox"/> TRANSFERIDO | <input type="checkbox"/> A PEDIDO | <input type="checkbox"/> EVASÃO | | |
| <input type="checkbox"/> ÓBITO | | | | |
| MÉDICO/ODONTÓLOGO | | | | |
| Obs.: Se necessário alguma observação, use o verso. | | | | |

**ANEXO D – PARECER SUBTANCIADO DO CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – PROCISA**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA



PARECER SUBTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL DE MORBIDADE E DESNUTRIÇÃO EM CRIANÇAS INDÍGENAS REFERENCIADAS PARA A CASAI DE RORAIMA

Pesquisador: eliene mendes de oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55789816.3.0000.5302

Instituição Proponente: Universidade Federal de Roraima - UFR

Patrocinador Principal:

Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.571.470

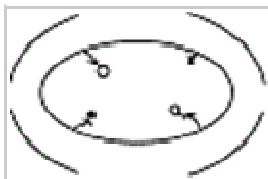
Apresentação do Projeto:

O estudo corresponde a um projeto de dissertação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFRR, tendo como tema os problemas nutricionais que afetam as crianças indígenas. Por serem consideradas uma população vulnerável, são as que mais sofrem com o agravo, pois existe uma debilidade no acesso aos serviços de saúde, a informações, e ou falta de meios que proporcionem uma melhora da qualidade de vida. A pesquisa será do tipo descritiva e documental e os dados serão fornecidos pela CASAI de Roraima. Será analisado o perfil de morbidade infantil em crianças referenciadas para a CASAI de Roraima para determinar a prevalência da desnutrição infantil. A coleta de dados será realizada por meio de prontuários, arquivos, e livros de admissão.

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.

Bairro: UF: RR Aeroporto Município: BOA VISTA CEP: 69.304-000

Telefone:(95)3621-3112 Fax: (95)3621-3112 E-mail: coep@ufr.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA



Continuação do Parecer: 1.571.470

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o perfil de morbidade de crianças indígenas para determinar a prevalência da desnutrição infantil em crianças pertencentes ao DSEI Leste referenciada para a CASAI de Roraima no período de 2013 a 2014.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos, a pesquisadora informou que serão os mínimos possíveis já que se trata de uma pesquisa documental, onde não haverá contato com pessoas, portanto o risco pode ocorrer pelo fato do acesso aos dados quanto ao número de internações e as morbidades que afetaram os pesquisados durante a pesquisa. Quanto aos benefícios, cita que estão relacionados ao resultado da pesquisa que servirá de base para as equipes multidisciplinares prestarem assistência de acordo com as morbidades mais comuns, que se apresentarem no resultado do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância, uma vez que muitas crianças indígenas sofrem problemas nutricionais, que acarretam danos mais sérios ao seu desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram apresentados. A pesquisadora apresentou justificativa para dispensa do TCLE, uma vez que se trata de pesquisa documental. Também apresentou termo de anuência do coordenador do DSEI-Yanomami/RR, que concordou com a realização da pesquisa.

Recomendações:

Anexar a carta de anuência da instituição coparticipante do estudo (CASAI-RR).

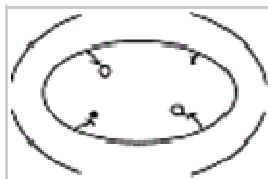
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto apresenta os requisitos necessários para aprovação por este comitê.

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.

Bairro: UF: RR Aeroporto Município: BOA VISTA CEP: 69.304-000

Telefone:(95)3621-3112 Fax: (95)3621-3112 E-mail: coep@ufr.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA



Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquiv | Postagem | Auto | Situação |
|---|-----------------------------|------------------------|---------------------------|----------|
| Informações Básicas | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P | 08/04/2016 18:32:31 | | Aceito |
| Folha de Rosto | folha.pdf | 08/04/2016 18:30:46 | eliene mendes de oliveira | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | CAPA.docx | 08/04/2016 17:50:16 | eliene mendes de oliveira | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO.doc | 08/04/2016 17:48:56 | eliene mendes de oliveira | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa | justificativa.docx | 05/04/2016 18:56:02 | eliene mendes de oliveira | Aceito |
| Outros | images.pdf | 05/04/2016 18:27:24 | eliene mendes de oliveira | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOA VISTA, 02 de Junho de
2016

Assinado por:
Ijanílio Gabriel de
Araújo
(Coordenador)

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.

Bairro: UF: RR Aeroporto Município: BOA VISTA CEP: 69.304-000

Telefone:(95)3621-3112 Fax: (95)3621-3112 E-mail: coep@ufr.br