

LÍVIA UMEBARA LOPES AN

**Perfil Epidemiológico dos Indígenas referenciados para casa de saúde  
indígena do Distrito Federal**

Brasília, 2017

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Lívia Umebara Lopes An

Perfil Epidemiológico dos Indígenas referenciados para casa de saúde indígena do  
Distrito Federal

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para a obtenção do Título de Mestre em Saúde  
Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientador: Maria da Graça Luderitz Hoefel

Brasília, 2017

LÍVIA UMEBARA LOPES AN

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS INDÍGENAS REFERENCIADOS PARA CASA DE  
SAÚDE INDÍGENA DO DISTRITO FEDERAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovada em 11 de agosto de 2017.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria da Graça Luderitz Hoefel. (presidente)

Universidade de Brasília

---

Prof. Dr. Heleno Rodrigues Correa Filho

Universidade Estadual de Campinas

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ieda Maria Ávila Vargas Dias

Fundação Oswaldo Cruz

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Denise Osório Severo (suplente)

Universidade de Brasília

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pelo dom da vida, misericórdia, graça e pela oportunidade de ter me colocado em um ambiente de aprendizagem de excelência.

A meu marido Isaac, que me deu suporte em toda a parte de tecnologia, queimou todos os CDs que precisei e chegou a tirar férias para ficar exclusivamente com a Karina, nossa filha, para que eu pudesse escrever a dissertação.

A meus pais, Cézar e Kátia, que me deram toda instrução, incentivo e apoio em todas as fases da minha vida, além de cuidarem da Karina enquanto eu estudava. Vocês sempre acreditaram em mim e por causa de vocês eu não desisti.

Aos sogros, que me deram um marido lindo e também foram babás da Karina durante esse processo.

Aos irmãos, Carolina e Henrique, que me incentivaram a permanecer nesse caminho.

A amiga Bianca que insistiu que eu fizesse o processo seletivo do mestrado.

À orientadora, Dra. Maria da Graça, por sua paciência, persistência e tantas outras qualidades que não caberiam nesse papel, muito obrigada por ter acreditado que esse projeto daria certo.

Aos professores do Departamento de Saúde Coletiva.

Aos colaboradores Wallace, Denise e Profa. Ieda Dias, que me ajudaram a ampliar a visão sobre a pesquisa desenvolvida.

Ao coletivo dos preceptores, alunos e tutores do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Eu aprendi muito com vocês!

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pela bolsa de estudo.

Aos profissionais da Casa de Saúde Indígena do Distrito Federal (CASAI-DF).

Meus sinceros agradecimentos.

## RESUMO

Esta dissertação visa caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes indígenas referenciados à CASAI-DF, bem como identificar outras morbidades, dados sócio-demográficos e resolução dos problemas que geraram os encaminhamentos. Método: Constitui um estudo epidemiológico transversal, de base institucional, retrospectivo acerca do perfil epidemiológico dos indígenas encaminhados à CASAI/DF através da adaptação de dois instrumentos de coleta de dados um proposto por Dantas (2010) e outro advindo do prontuário do Ambulatório de Saúde Indígena do Hospital Universitário de Brasília (ASI-HUB). A população de estudo foi composta por 109 prontuários de indígenas com idade superior a 18 anos e a análise foi realizada através do programa SPSS Statistics 20. Resultados e discussão: Entre os pacientes encaminhados para a CASAI-DF, 33 (30,0%) apresentaram patologias associadas a quatro principais tipos de doenças crônicas não transmissíveis, sendo maioria do sexo feminino ( $p = 0,600$ ), do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Xingu ( $p = 0,919$ ), que não retornaram ao tratamento em Brasília ( $p = 0,087$ ) e vieram por motivo de consulta ambulatorial ( $p = 0,868$ ), não apresentando diferença estatisticamente significativa nessas variáveis. Considerações: Os achados dessa pesquisa demonstram que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são encontradas entre as demais patologias nos povos indígenas encaminhados para tratamento de saúde em Brasília. Apesar de não poder extrapolar esse resultado para os DSEIs e não ser representativo do perfil dos indígenas do Brasil, justificam atendimento voltado para essa área, prestação de um cuidado integral, multidisciplinas e que inclua a cultura indígena valorizando os dois saberes e políticas de saúde que visem à prevenção, promoção e tratamento e reabilitação dos povos indígenas, em todos os pontos de atenção do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) objetivando a defesa da vida.

**Palavras-chaves:** saúde indígena; epidemiologia; doenças crônicas não transmissíveis; morbidade.

## ABSTRACT

This dissertation aims to characterize the epidemiological profile of the indigenous patients referenced in CASAI-DF, as well as to identify other morbidities, socio-demographic data and resolution of the problems that generated referrals. **METHODS:** An institutional, retrospective cross-sectional epidemiological study was carried out on the epidemiological profile of the indigenous patients referred to CASAI / DF through the adaptation of two data collection instruments and proposals by Dantas (2010) and another person who divined the health report Of the University Hospital of Brasília (ASI-HUB). The study population consisted of 109 records of natives aged over 18 years and analysis performed through the SPSS Statistics program 20. **Results and discussion:** Among the patients referred to the CASAI-DF, 33 (30.0%) presented associated pathologies. The four main types of chronic noncommunicable diseases, the majority of which were females ( $p = 0.600$ ), from the Xingu Special Indigenous Sanitary District (DSEI), who did not return to treatment in Brasilia ( $p = 0.087$ ) and came because of outpatient visits ( $p = 0.868$ ), with no statistically significant difference in these variables. **Considerations:** The findings of this research demonstrate that as chronic noncommunicable diseases (NCDs) are found among other pathologies in indigenous peoples referred to the health treatment in Brasilia. Although it is not possible to extrapolate this result to the DSEIs and not to be representative of the profile of the indigenous people of Brazil, they justify the attention given to this area, providing comprehensive care, multidisciplinary and including an indigenous culture valuing the two knowledge and health policies that aimed at the prevention, promotion and treatment and rehabilitation of indigenous peoples, in all points of attention of the Subsystem of Attention to Indigenous Health (SASI) aiming a defense of life.

**Keywords:** indigenous health; Epidemiology; chronic non-communicable diseases; morbidity.

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1- Distribuição das mortes por grupos de causa. Brasil e capitais, 1930- 1986 .....	23
Figura 2 - Distribuição territorial dos Dsei.....	35
Figura 3 - Estrutura organizacional dos Dsei.....	36
Figura 4 - Fluxo de atendimento no Ambulatório de Saúde Indígena.....	45
Figura 5 – Pirâmide Populacional Indígena.....	75

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -Frequência absoluta e relativa dos atendimentos segundo estabelecimento de saúde, janeiro a novembro de 2012.....	39
Tabela 2 - Descrição sociodemográfica dos pacientes admitidos na CASAI-DF para tratamento de saúde. Brasília-DF, 2011-2014.....	68
Tabela 3 - Média, mediana e desvio padrão dos dados quantitativos dos indígenas admitidos na CASAI/DF, Brasília, 2011-2014.....	68
Tabela 4 - Descrição dos encaminhamentos e hospitalizações dos pacientes admitidos na CASAI/DF para tratamento de saúde – Brasília-DF, 2011-2014.....	69
Tabela 5 - Distribuição do diagnóstico principal de encaminhamentos para a CASAI-DF por capítulo conforme Classificação Internacional de Doenças 10ª revisão – Brasília-DF, 2011-2014.....	72
Tabela 6 - Distribuição dos encaminhados a CASAI/DF segundo agrupamento em três grandes grupos de morbidade por sexo, faixa etária, desfecho de tratamento e motivo da consulta em Brasília-DF, 2011 a 2014.....	73
Tabela 7. Descrição sociodemográfica das crianças e adolescentes admitidos na CASAI-DF para tratamento de saúde. Brasília-DF, 2011-2014.....	89
Tabela 8. Descrição dos encaminhamentos e hospitalizações das crianças e adolescentes admitidos na CASAI/DF para tratamento de saúde – Brasília-DF, 2011-2014.....	90
Tabela 9. Distribuição dos encaminhados a CASAI/DF segundo agrupamento em etiologia da doença por sexo, faixa etária e motivo da consulta em Brasília-DF, 2011 a 2014. ....	91
Tabela 10. Distribuição do diagnóstico principal de encaminhamentos para a CASAI-DF por capítulo conforme Classificação Internacional de Doenças 10ª revisão – Brasília-DF, 2011-2014.....	92

**LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS**

Abia	Associação Brasileira das Indústrias da Alimentação
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
AIS	Agente Indígena de Saúde
ALC	América Latina e Caribe
ASI	Ambulatório de Saúde Indígena
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CASAI	Casa de Saúde Indígena
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CID-10	Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças
CIMI	Conselho Indigenista Missionário
CIS	Comissão Intersetorial de Saúde
CISI	Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSI	Conferência Nacional de Saúde Indígena
COAPS	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CONDISI	Conselho Distrital de Saúde Indígena
CORE	Coordenações Regionais
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis

DESAI	Departamento de Saúde Indígena
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EMSI	Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FNS	Fundação Nacional de Saúde
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
HCB	Hospital da Criança de Brasília José Alencar
HBDF	Hospital de Base do Distrito Federal
HPV	Papiloma Virus Humano9
HUB	Hospital Universitário de Brasília
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMIP	Instituto Materno Infantil de Pernambuco
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PDSI	Plano Distrital de Saúde Indígena
PIX	Parque Indígena do Xingu
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde

SAS	Secretaria de Assistência a Saúde
SASI	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIASI	Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
SUS	Sistema Único de Saúde
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UnB	Universidade de Brasília
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## Sumário

INTRODUÇÃO .....	14
OBJETIVOS .....	20
2. 1 Objetivo Geral .....	20
2. 2 Objetivos Específicos: .....	20
REVISÃO DE LITERATURA .....	22
3.1 Transição epidemiológica .....	22
3.2 Perfil epidemiológico das doenças transmissíveis no Brasil .....	27
3.3 Perfil epidemiológico das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil .....	31
3.4 Transição epidemiológica e perfil de saúde dos povos indígenas no Brasil ....	34
3.5 SUS e o Subsistema de Saúde Indígena .....	39
3.5.1 Subsistema de Saúde Indígena .....	39
3.5.2 Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) - Distrito Federal .....	43
3.5.3 SUS e a Atenção à Saúde Indígena no Distrito Federal. ....	45
METODOLOGIA .....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	52
ARTIGO 1 .....	63
ARTIGO 2 .....	89
CONCLUSÃO .....	105
APÊNDICE .....	107
ANEXOS.....	106



## **INTRODUÇÃO**

# INTRODUÇÃO

As mudanças ocorridas no último século (fatores históricos, socioeconômicos, demográficos e ambientais), geraram uma transformação gradual no perfil epidemiológico. A industrialização, a migração das pessoas do campo para as cidades, as inovações tecnológicas, a redução da mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida ao nascer, contribuíram para que a prevalência de doenças crônico-degenerativas fosse mais comum no cenário mundial<sup>1, 2</sup>.

Tal fato pode ser notado principalmente em países desenvolvidos, onde as doenças cardiovasculares e as neoplasias são as principais causas de morte. Nos países em desenvolvimento há semelhante transição, contudo uma transição incompleta, com a coexistência de doenças crônicas e infectocontagiosas<sup>1, 2</sup>.

Essa transição incompleta se caracteriza por enfermidades associadas à pobreza absoluta e ao desenvolvimento da sociedade, embora haja no Brasil o decréscimo da incidência de doenças transmissíveis e imunopreveníveis. Enfermidades como tuberculose, malária, dengue e hanseníase ainda representam um desafio para a saúde pública, embora as morbimortalidades relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) sejam mais prevalentes<sup>1-5</sup>.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), enfermidades como diabetes, câncer, doenças respiratórias crônicas e doenças cardiovasculares são responsáveis por 63% das mortes prematuras e 85% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento<sup>3</sup>.

Estima-se que no Brasil as DCNT foram responsáveis por 74% das mortes em 2012, 31% delas foram por doença cardiovascular, 17% por câncer, 6% por doença respiratória crônica e 6% por diabetes<sup>3,4,6</sup>. Para combater o crescimento dessas morbidades o governo brasileiro criou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, com metas voltadas para a redução dos fatores de risco, tais como: reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes; reduzir as prevalências de consumo nocivo de álcool; aumentar a prevalência de atividade física no lazer; aumentar o

consumo de frutas e hortaliças; reduzir o consumo médio de sal; aumentar a cobertura de mamografia, aumentar a oferta do exame preventivo de câncer de colo uterino e tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer<sup>7</sup>.

Segundo Malta *et al.* (2013), os fatores de risco para as DCNT no Brasil foram atribuídos ao baixo nível de atividade física, abuso de álcool, baixo consumo de frutas e hortaliças. Além disso, 34% da população consome alimentos com alto teor de gordura, 28% ingere refrigerante cinco ou mais dias por semana, sobrepeso 50,8%, e tais fatores foram associados ao sexo masculino, idade mais avançada e escolaridade baixa<sup>8</sup>.

Os fatores de risco e as DCNT são fruto de mudanças no perfil epidemiológico e demográfico. A migração da população do campo para a área urbana, a implantação de rede de água e esgoto, o aumento do número de alfabetizados, a industrialização, a menor taxa de natalidade, trouxeram aumento da expectativa de vida e alteração no perfil da população brasileira, bem como desafios a serem enfrentados pelo setor saúde<sup>9</sup> principalmente para a saúde indígena.

Historicamente, a população indígena apresenta maior incidência de doenças infectoparasitárias e respiratórias, além de piores índices de morbimortalidade se comparados aos da população brasileira. Exemplo disso é a taxa de mortalidade infantil (TMI), em 2009 a TMI indígena foi de 41,9/1000 nascidos vivos, enquanto que a TMI nacional foi 16,8/1000<sup>9,10</sup>.

Embora ainda exista um quadro persistente de doenças infecciosas e parasitárias, como as enteroparasitoses e tuberculose<sup>11-17</sup> tais enfermidades têm diminuído sua incidência devido ao tratamento medicamentoso e a outras intervenções como a implantação de fossas sépticas e cisternas realizadas nos DSEI<sup>15,16,18</sup>.

Apesar das doenças transmissíveis estarem presentes, os povos autóctones tem migrado para as cidades, consumido produtos industrializados e mudado os hábitos culturais, devido a esse fato as doenças infecciosas e parasitárias dão lugar às doenças crônicas não transmissíveis<sup>19-21</sup>.

Nesse novo contexto social indígena, alcoolismo, violências e doenças como, DST-AIDS, diabetes *Mellitus* (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e neoplasias

são apresentadas em detrimento das infectoparasitárias na população adulta.<sup>22, 23</sup> De fato, estudos sobre níveis tensionais com os indígenas Suruí (RO), Kaingang da Terra Indígena Xapecó (SC), Xukuru do Ororuba (PE), Aldeia Jaguapiru (MS), apresentaram um aumento na prevalência de hipertensão arterial<sup>24-27</sup>, bem como o aparecimento de diabetes e intolerância a glicose na Aldeia Jaguapiru (MS), e também entre os índios Guarani (RJ), Suyá do Parque Indígena do Xingu (MT)<sup>25, 28, 29</sup>.

Pesquisa sobre o perfil nutricional dos indígenas Xukuru-Kariri (MG) constituída por 58 indivíduos revelou que 27,6% estavam com sobrepeso, 5,2% com obesidade e 29% com excesso de adiposidade. Os pesquisadores atribuíram esse resultado ao fato dessa etnia ter migrado de Alagoas para Minas Gerais, há mais de 20 anos, contribuindo assim para a modificação dos hábitos alimentares<sup>30</sup>. Resultados semelhantes também foi encontrado em pesquisa sobre o perfil metabólico de índios Aruák do Alto Xingu (MT) revelaram que, dos 201 indivíduos avaliados, 51,8% apresentaram sobrepeso, 15% obesidade, 77,1% dislipidemia e 37,7% níveis pressóricos elevados<sup>31</sup>.

Hipertensão, dislipidemia, sobrepeso, obesidade e intolerância à glicose são fatores de risco intermediários cujo desfecho são DCNT. Tais achados na população indígena, se não tomadas as devidas providências, pode levar a outras morbidades como doença cerebrovascular, renal crônica, coronariana, diabetes, responsáveis por 63% das mortes no mundo<sup>32-34</sup>.

Os indígenas com tais morbidades são atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) que pertence ao Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é o responsável pela integração entre os diferentes pontos de atenção articulado com o SASI, para garantir o cuidado integral aos povos indígenas. Reconhecendo as especificidades e realidades diferenciadas de cada cultura indígena o Subsistema adota como base o Distrito Sanitário de Saúde Indígena (DSEI), uma área que levou em consideração a realidade local e da cultura indígena e não os limites geográficos dos estados brasileiros<sup>35</sup>.

O SASI fornece serviços de atenção básica em cada DSEI através dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), do posto de saúde e das equipes

multidisciplinares periódicas; se necessário, o paciente indígena é transportado ao Polo Base; e se o agravo requer atenção em unidade especializada ou hospitalas ele é transportado aos serviços da rede SUS, que em geral são distantes das aldeias e é nesse contexto que entra a Casa de Atenção à Saúde Indígena (CASAI)<sup>34</sup>.

A CASAI é uma instituição de apoio para o paciente e acompanhante que inclui alojamento, alimentação, assistência de enfermagem 24 horas, marcação de consulta e exames no Polo Base e/ou na rede SUS, acompanhamento do paciente indígena nessas necessidades e o seu retorno à comunidade com informações sobre o caso. A CASAI também oferta atividades de entretenimento como lazer, artesanato e educação em saúde para os acompanhantes e pacientes que puderem exercer tais atividades<sup>34</sup>.

Apesar de ainda não haver DSEI no Distrito Federal, a CASAI-DF recebe muitos indígenas provenientes da região centro-oeste, norte e nordeste que procuram nos hospitais do SUS tratamento especializado. A análise dos prontuários da CASAI-DF apresenta relevância por se tratar de uma instituição em que são encaminhados os indígenas que necessitam de tratamento de média e alta complexidade, podendo assim traçar um perfil de morbidade e verificar se há ou não uma mudança no perfil epidemiológico indígena.

Além disso, face à escassez de publicações referentes à área de saúde indígena e, sobretudo, à fundamental importância da epidemiologia enquanto um campo do saber capaz de ancorar e instrumentalizar a construção de políticas públicas e a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, entende-se que este estudo poderá favorecer a qualificação das práticas de saúde diferenciadas e implementadas pela CASAI-DF, contribuindo para a elaboração de novos planejamentos destinados às etnias usuárias desta instituição e corroborando também a capacitação dos profissionais que atuam em outras esferas do SUS, em especial a atenção básica.

Assim, esta pesquisa se propõe a caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes indígenas referenciados à CASAI/DF, por meio da análise dos prontuários e identificar outras morbidades, dados sociodemográficos e a resolução dos

encaminhamentos. Desse modo, busca-se também subsidiar a compreensão da transição epidemiológica dos povos indígenas.



## **OBJETIVOS**

# OBJETIVOS

## 2. 1 Objetivo Geral

Contribuir para a qualificação da atenção à saúde dos povos indígena encaminhados à CASAI-DF, a partir da compreensão da transição epidemiológica dos povos indígena.

## 2. 2 Objetivos Específicos:

- a) Identificar indicadores sociodemográficos dos indígenas encaminhados à CASAI-DF;
- b) Apresentar as principais morbidades encontradas no estudo conforme capítulos da CID 10;
- c) Descrever o perfil epidemiológico das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) dos pacientes indígenas encaminhados à CASAI-DF;



## **REVISÃO DE LITERATURA**

# REVISÃO DE LITERATURA

## 3.1 Transição epidemiológica

A transição epidemiológica é ainda objeto de estudo de vários pesquisadores. Esses apresentam modelos em diversos níveis de influência histórica, econômica, política, social, demográfica que interferem no binômio saúde-doença da população.

Um dos primeiros pesquisadores que abordou a interação desses fatores sociais com a saúde foi Frederiksen em 1969, afirmando que o desenvolvimento econômico e a transição demográfica se inter-relacionam, trazendo mudanças no padrão de desenvolvimento de grupos sociais. Sua teoria ressaltava que mudanças na área da saúde, como a queda da mortalidade e fertilidade refletia o estágio de organização da sociedade<sup>36</sup>.

Omran (1971) conceituou a transição epidemiológica como complexas mudanças nos padrões saúde-doença, suas interações com determinantes socioeconômicas, demográficos e que caminham em paralelo às mudanças tecnológicas e estrutural das sociedades<sup>37</sup>.

Sua teoria destaca-se por cinco proposições: (I) mortalidade é um fator fundamental na dinâmica populacional; (II) mudança de longo prazo ocorre em padrões de mortalidade e de doenças em que as pandemias de infecção estão gradualmente deslocadas por doenças degenerativas ou provocadas pelo homem, como a principal forma de morbidade e principal causa de morte; (III) mudança mais profunda nos padrões de saúde e de doença ocorre em crianças e mulheres jovens; (IV) mudanças nos padrões de saúde e doença que caracterizam a transição epidemiológica estão intimamente associadas às transições demográficas e socioeconômicas que constituem o complexo de modernização; (V) classificação em três modelos (eras) básicos da transição epidemiológica: o modelo clássico ou ocidental, o modelo acelerado e o modelo contemporâneo ou atrasado<sup>37</sup>.

- a) O modelo clássico de Omran se caracteriza por uma transição gradual entre mortalidade e fertilidade elevadas para a baixa desses fatores. Tal processo pode ser observado na Europa Ocidental, movido

por fatores socioeconômicos, pela revolução sanitária e pelo progresso da saúde pública, apresentando doenças degenerativas e provocadas pelo homem como as principais causas de mortalidade e morbidade em sua fase final<sup>37</sup>.

- b) O modelo acelerado descreve uma rápida transição da mortalidade, com alterações ocorridas em um curto período, acompanhado de um lento processo de modernização antes da queda da mortalidade no século XX. Essa queda da mortalidade foi determinada por avanços sanitários e médicos, bem como por melhorias sociais gerais, resultando em aumento na sobrevivência de crianças menores de 15 anos e das mulheres<sup>37</sup>.
- c) Já o modelo contemporâneo refere-se à uma transição relativamente recente ainda a ser concluída, na maioria dos países em desenvolvimento, apresentando um lento declínio, instável e rápido, na mortalidade, principalmente após a Segunda Guerra Mundial. Medidas de saúde pública têm sido um dos principais componentes do pacote sanitário, patrocinado internacionalmente, que tem desempenhado um papel decisivo na definição do cenário para o crescimento astronômico da população nestes países economicamente deficientes. Em outras palavras, esses programas têm manipulado com sucesso a mortalidade para baixo, deixando a fertilidade em níveis substancialmente elevados<sup>37</sup>.

Apesar dos ganhos inequívocos na sobrevivência de mulheres e crianças, a mortalidade infantil permanece excessivamente elevada em boa parte desses países e as pessoas do sexo feminino, em idade reprodutiva, continuam a ter riscos de mortalidade mais elevados do que os homens na mesma faixa etária. Embora a maioria dos países da América Latina, da África e da Ásia se encaixem nesse modelo, diferenças importantes entre essas áreas sugerem a utilidade de submodelos em desenvolvimento, particularmente no que se refere às respostas de variação de fertilidade e condições socioeconômicas para os programas nacionais de desenvolvimento<sup>37</sup>.

Olshansky e Ault (1986) baseados em estudos sobre a mortalidade e a expectativa de vida ao nascer da sociedade americana adicionou um outro modelo

na transição epidemiológica, a “Era do atraso das doenças crônicas” caracterizado por uma desaceleração nas mortes por doenças crônico-degenerativas e um aumento na expectativa de vida<sup>38</sup>.

Por outro lado, Roger e Hackenberg (1989) sugeriram uma quarta era ao modelo de Omran - modelo híbrido de transição epidemiológica - onde o comportamento individual e o estilo de vida encabeçariam as causas de morte, havendo a coexistência de doenças infecciosas e crônicas em uma população.

Segundo Frenk et al. - 1991, que trás o conceito de transição de saúde como o resultado da interação da transição da atenção sanitária com a transição epidemiológica, ressaltam que a América Latina experimenta o modelo polarizado prolongado de transição epidemiológica, apresentando quatro características distintas: a) superposição de etapas, com a presença de doenças infecciosas e causas não transmissíveis influenciando nas morbimortalidades dos países; b) contratransição, com reaparecimento de doenças infecciosas como a Dengue, Malária e Cólera; c) transição prolongada, a qual é marcada pela ausência de resolução clara do processo de transição, decorrente das características anteriormente mencionadas; d) polarização epidemiológica, na qual as três características anteriores afetam de forma diferente grupos sociais e regiões demográficas, aumentando as desigualdades no quesito saúde<sup>40</sup>.

Posteriormente Olshansky et al. (1997) publicaram um artigo sobre o papel das doenças infecciosas na transição epidemiológica evidenciando o reaparecimento e surgimento de doenças infectocontagiosas em diversos países<sup>39, 41</sup>.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a América Latina tem experimentado, nos últimos anos, queda nas taxas de mortalidade e fecundidade, acompanhando o cenário mundial. Porém, em relação à mortalidade, esses países apresentaram, entre 2007 e 2009, uma tripla carga de doenças, 76,4% das mortes foram causadas por doenças não transmissíveis, 12,5% por transmissíveis e 11,1% por causas externas<sup>42</sup>.

Na América Latina e Caribe (ALC), as doenças crônicas representam o primeiro lugar na mortalidade, implicando maior demanda sobre os serviços de saúde. Em segundo lugar, encontram-se as doenças infecciosas e parasitárias que, apesar da diminuição da incidência dessas morbidades, continuam registrando taxas de mortalidade, principalmente nas crianças menores de cinco anos. Ressalta-se

que nesse grupo também se enquadram doenças endêmicas de difícil controle. Em terceiro lugar, estão às causas externas, provocadas pelos acidentes de transporte, quedas, agressões e suicídios, resultando numa maior demanda dos serviços de urgências<sup>42</sup>.

No Brasil a transição epidemiológica deu-se de forma diferente, se comparada com países desenvolvidos. Em pesquisa realizada por Prata (1992) constatou-se que embora o índice de mortalidade pelas doenças infecciosas estar em plena queda, às morbidades causadas por esse grupo de moléstias permaneciam constantes de forma desigual se comparada por regiões brasileiras<sup>43</sup>.

Nesse mesmo estudo as mortes por doenças cardiovasculares, neoplasias e causas externas se encontravam em crescimento, classificando o Brasil como um país em pleno estágio intermediário de transição epidemiológica, contudo não uniforme, pois haviam estados que apresentaram especificidades da fase inicial, outros da fase intermediária e outros em quase completa<sup>43</sup>.

Segundo Paes e Silva -1999, em seu estudo sobre mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (DIP), da década 80 para a década de 90 constatou uma queda nos óbitos por essa causa, porém se comparada aos países desenvolvidos tal resultado ainda não é o ideal<sup>44</sup>.

Além disso, os autores observaram maiores índices de mortalidade por DIP nas regiões Norte e Nordeste do país e também nos extremos de idade destacando-se os menores de 1 ano e os idosos, enfatizando mais uma vez as desigualdades existentes no Brasil<sup>44</sup>.

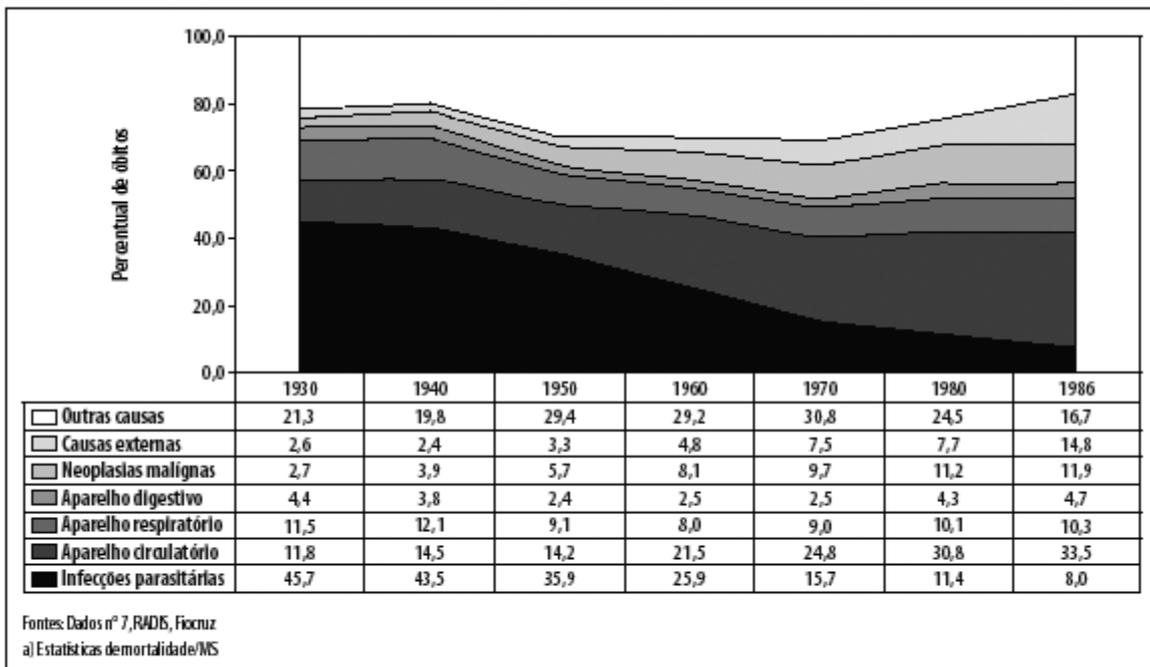
O estudo realizado por Barreto e Carmo - 2007, ressalta a intensa transformação na estrutura populacional brasileira nas últimas décadas, gerando problemas para a área da saúde. Acidentes, violências, doenças crônicas e parasitárias coexistem em intensidades variadas nas unidades federativas do país<sup>45</sup>.

O aumento da expectativa de vida representa uma demanda diferenciada do sistema de saúde voltado para a população idosa, com necessidades específicas da senilidade. Essa demanda apresenta mais quadros de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) implicando em tratamento de longa duração, recuperação lenta e de custo elevado<sup>46</sup>.

Acredita-se que o país se encontra no modelo contemporâneo da transição, experimentando uma transição incompleta. Apesar dos níveis de mortalidade (6,08

por mil habitantes, em 2015) e fecundidade (1,74 filhos por mulher em 2014) se apresentarem baixos <sup>42,47</sup>, ainda temos morbidades relacionadas às doenças infecciosas e parasitárias.

Enfatizando os estudos acima, o perfil de mortalidade no Brasil tem sido alterado ao longo dos anos, como mostra a figura 01, e os processos de transição sociodemográfica, econômica e ambiental têm resultado na formação de grupos populacionais com características específicas, fruto da interação entre fatores interdependentes que, segundo Araújo (2012), deixou o país epidemiologicamente polarizado não somente em nível de morbidade, mas também em relação à divisão geográfica nacional<sup>2</sup>.



**Figura 1 - Distribuição das mortes por grupos de causas. Brasil e capitais, 1930-1986<sup>a</sup>**

Tal polarização pode ser observada pela probabilidade de morte de 15 a 59 anos e pela esperança de vida ao nascer. Segundo o Instituto Brasileiro de Pesquisa e Estatística (IBGE) de 2014, a maior probabilidade de morte na fase adulta situa-se na Região Norte (183,6 mortes por mil) e a menor na Região Sul (119,3 morte por mil) todavia, com relação à esperança de vida ao nascer, temos a maior na Região Sul (77,2 anos) e a menor na Região Norte (71,8 ano)<sup>47</sup>.

Esse fato foi observado por Araújo (2012) e Barreto e Carmo (2007) com polarização entre as diferentes regiões e grupos sociais, aumentando as

incongruências nacionais destacando a pobreza e as desigualdades no país principalmente na população negra e indígena<sup>2,45</sup>.

Essa mudança lenta e sobreposta do perfil epidemiológico demanda um desafio não só ao Sistema Único de Saúde (SUS) e ao Ministério da Saúde (MS), mas também uma necessidade de políticas econômicas e sociais, para a formulação de ações voltadas para uma população heterogênea que pleiteia por políticas públicas de saúde eficientes e equitativas<sup>2, 44 - 46</sup>.

### **3.2 Perfil epidemiológico das doenças transmissíveis no Brasil**

A situação epidemiológica das doenças transmissíveis tem apresentado uma mudança significativa nas últimas décadas, devido à urbanização acelerada, à migração, a alterações ambientais, a intervenções sanitárias e a facilidades de comunicação entre continentes, países e regiões, entre outros fatores que contribuíram para o delineamento do atual perfil epidemiológico das doenças transmissíveis em todo o mundo<sup>42, 49</sup>.

Embora haja uma tendência ao declínio da mortalidade por doenças transmissíveis no país, elas ainda têm representatividade nas morbidades, gerando impacto na hospitalização, sobretudo por enfermidades que não possuem intervenções eficazes e de difícil controle. Apesar dos esforços nas últimas décadas em busca de minimizar a mortalidade por esse grupo de doenças, ele não foi extinto como demonstrado pelo movimento de emergência e reemergência das doenças transmissíveis<sup>50, 51</sup>.

Novas doenças e doenças já conhecidas de difícil controle como AIDS, Influenza A, Zika vírus e o vírus Ebola se disseminam rapidamente através do mundo globalizado, tornando-se pandemias. Várias doenças que foram controladas, como o Cólera, a Dengue, o Sarampo, ressurgem e endemias como a Tuberculose, as Meningites e as Hepatites persistem, fazendo com que as enfermidades transmissíveis continuem oferecendo desafios ao SUS<sup>49-51</sup>. Devido a esse movimento, o Brasil apresenta três tendências de doenças transmissíveis: as declinantes; as persistentes, e as emergentes e reemergentes.

- a) As doenças transmissíveis com quadro declinante são aqueles em que existe um mecanismo de prevenção e controle eficaz, como o uso de vacinas. O Brasil apresenta um bom Programa Nacional de Imunização (PNI)

responsável pela erradicação da Varíola e da Poliomielite em 1990, com cobertura de até 100% para algumas vacinas em território nacional. Destaca-se que o PNI disponibiliza vacinas para todas as faixas etárias das principais doenças imunopreveníveis de forma gratuita<sup>52</sup>.

O tétano neonatal tem sido reduzido no Brasil através da intensificação de medidas de controle desde 2003, apresentando bons resultados no período de 10 anos da medida. Em 2003, nos municípios da região Sul, Norte e Nordeste, houve apenas a incidência de 16 casos. Já em 2013, foram confirmados apenas três casos e nenhuma ocorrência em 2015<sup>53</sup>.

As doenças parasitárias e endêmicas como Oncocercose, Filariose, Doença de Chagas também se encontram em declínio, embora sua ocorrência seja limitada. O tétano acidental, bem como a Difteria, Coqueluche e outras enfermidades imunopreveníveis seguem a mesma tendência<sup>51</sup>.

Embora as doenças imunopreveníveis tenderem ao declínio, doenças como o Sarampo que tem campanhas vacinais com cobertura de 100% da população alvo e não se registravam casos autóctones desde 2006, apresentaram em 2013, no estado de Pernambuco, um surto com 114 casos confirmados<sup>54</sup>. Outros surtos de Sarampo também foram identificados no país em anos anteriores a 2006 porém as cepas foram adquiridas pelo contato do viajante com pessoas infectadas no exterior<sup>51</sup>.

- b) As doenças com quadro de persistência estão relacionadas a fatores ambientais, ocupação desordenada, alta prevalência, e ampla distribuição geográfica como as hepatites virais, Leptospirose, Meningites, Leishmanioses e Esquistossomose<sup>51</sup>. A Tuberculose, apesar da redução nas taxas de incidência (todas as formas) de 44,20 em 2002 para 37,28 em 2012, ainda persiste com elevada magnitude<sup>55</sup>.

As modificações ambientais causadas pelas ações humanas sem a devida infraestrutura para o seu estabelecimento no território ocupado levam a endemias como a de Esquistossomose e de Malária. A Esquistossomose está presente em 19 unidades federativas, sendo o Nordeste e Sudeste as regiões mais afetadas, encontrando transmissão localizada nos estados do Pará,

Maranhão, Piauí, Ceará, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina, Paraná, Rio Grande do Sul, Goiás e no Distrito Federal<sup>56</sup>.

A Malária apresentou um período de declínio entre 2000 e 2002, e de elevação em 2005, motivada pela ocupação desordenada sem uma infraestrutura de saúde onde os casos notificados chegaram a 607.730. Porém, após intervenções realizadas pelo MS observou-se um declínio no número de casos entre 2009 e 2015, passando de 304.823 casos autóctones para 138.697, uma redução de 54,5%<sup>57</sup>.

Devido à situação apresentada das doenças transmissíveis persistentes, faz-se necessário ações voltadas para a prevenção e controle, de modo a integrar a área da vigilância epidemiológica com a rede assistencial, bem como ações direcionadas à imunização da população, diagnóstico precoce, tratamento adequado, rede de água e esgoto<sup>51</sup>.

- c) As doenças classificadas como emergentes são as doenças que surgiram ou assumiram novas formas de transmissão e as reemergentes por outro lado, são as que resurgiram após um período de controle. Essa classificação se dá pelo aumento da incidência dessas doenças nas últimas três décadas ou a previsão de aumento nos anos vindouros, devido ao aparecimento de novos problemas de saúde e agentes infecciosos, alteração no comportamento epidemiológico das enfermidades conhecidas incluindo a infecção por agentes conhecidos em populações suscetíveis<sup>51, 58</sup>.

Luna (2002) atribui a emergência e reemergência das doenças infecciosas a sete grandes grupos de fatores: fatores demográficos; fatores sociais e políticos; fatores econômicos; fatores ambientais; fatores relacionados ao desempenho do setor saúde; fatores relacionados às mudanças e adaptação dos microrganismos e fatores relacionados à manipulação de microrganismos com vistas ao desenvolvimento de armas biológicas. Para ele, esses fatores desempenham um importante papel para o quadro dessas doenças que por vezes se desenvolvem pela ocorrência simultânea dos mesmos<sup>58</sup>.

A AIDS se encontra entre as doenças emergentes, a epidemia de AIDS não para de se modificar internamente, atingindo diferentes grupos populacionais vulneráveis a cada momento, trazendo desafios ao setor saúde. Por exemplo, a taxa de letalidade sofreu uma queda de 50% entre 1995 e 1999 se comparada aos primeiro

anos da epidemia, tal fato se deve ao tratamento disponibilizado pelo SUS aos portadores do vírus, levando a uma sobrevivência maior, contudo, ainda há 15.000 óbitos anualmente no Brasil devido a causas relacionadas à AIDS<sup>51,58,59</sup>.

Com base em dados fornecidos pelos países ao Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS), o relatório estimou que entre adultos na América Latina, o número anual de novas infecções por HIV tem aumentado lentamente desde 2000, chegando a mais de 20% entre os anos de 2010-2015, entretanto, no Brasil observou-se aumentos constantes, porém, menores (4% no mesmo período<sup>5</sup>) que nos países vizinhos<sup>3</sup>.

Outra doença emergente no país que trouxe preocupação às autoridades sanitárias foi a infecção pelo Zika vírus. Ela levou um grande número de pessoas à hospitalização por má formação do sistema nervoso, Síndrome de Guillain-Barré, encefalite e encefalomielite. Foi confirmada transmissão autóctone de febre pelo vírus Zika no país a partir de abril de 2015 e 19 Unidades da Federação confirmaram laboratorialmente autoctonia da doença fazendo-se necessário o diagnóstico e tratamento adequado para a infecção<sup>59-61</sup>.

Atualmente o Brasil apresenta mais duas arboviroses além do Zika que também são doenças transmissíveis emergentes e reemergente que são a Chikungunya e a Dengue, respectivamente, transmitidas pelo mesmo vetor, o mosquito *Aedes aegypti*, necessitando de aperfeiçoamento nas ações de prevenção, vigilância e controle de doenças infecciosas<sup>61, 62</sup>.

Na América, em outubro de 2013, teve início uma grande epidemia de chikungunya em diversas ilhas do Caribe, e apesar da importação do vírus pode-se registrar em setembro de 2014, 3.657 casos autóctones suspeitos de febre de chikungunya em oito municípios brasileiros<sup>60</sup>. A Chikungunya pode ser transmitida tanto pelo *Ae. Aegypti* quanto pelo *Ae. Albopictus*, ambos presentes no território nacional, e apesar de não apresentar altas taxas de mortalidade (0,03%) tem elevadas taxas de ataque, que variam de 38% a 63% em populações afetada, seus sintomas levam a redução da produtividade e da qualidade de vida fazendo com que o combate a esta doença seja de grande interesse para as autoridades de saúde<sup>63, 64</sup>.

A Dengue foi reintroduzida no Brasil em 1982 por falhas na vigilância entomológica, além de mudanças relacionadas a fatores demográficos e sociais

resultados de uma urbanização acelerada. Entre outros fatores que propiciam a incidência da Dengue, destaca-se a introdução de um novo sorotipo, o DENV 3, identificado em 2000, no Rio de Janeiro. Em 2015, pode-se identificar por meio de exames de isolamento viral que os quatro sorotipos já estavam circulando pelo país — DENV1 (93,8%), seguido de DENV4 (5,1%), DENV2 (0,7%) e DENV3 (0,4%)<sup>51, 60</sup>.

O MS tem desenvolvido estratégias de enfrentamento dessas três arboviroses que envolve desde repasse de verba as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde até elaboração de plano de contingenciamento, entre as parcerias com universidades e institutos de pesquisa estão táticas que visam à redução da população do mosquito e o desenvolvimento de vacina<sup>60, 62</sup>.

Apesar da redução da mortalidade, morbidade e hospitalizações por esse grupo de doenças, um conjunto importante de medidas deve ser tomado para aumentar a cobertura de saúde voltada a populações vulneráveis, bem como a vigilância sanitária em área de fronteiras, portos e aeroportos<sup>51</sup>.

### **3.3 Perfil epidemiológico das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**

As doenças crônicas não transmissíveis no Brasil tem ganhado um papel de destaque para as políticas de saúde devido às relevantes proporções que tais morbidades atingem a população, tanto em relação à mortalidade precoce quanto na queda da produtividade e qualidade de vida do indivíduo.

Estudo realizado por Barros et al, 2011, comparando a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) realizadas em 2003 e 2008, pode se observar que a maior prevalência de tais doenças estavam em idosos, sexo feminino, cor/raça preta ou indígena, baixa escolaridade, migrantes, morador de área urbana e na região Sul do Brasil. Segundo esse estudo houve um aumento, nesses cinco anos, de diabetes, hipertensão, câncer e cirrose. Evidenciou se também diferença de prevalência de cirrose, insuficiência renal crônica, tuberculose e artrite/reumatismo entre os grupos sociais<sup>65</sup>.

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013, 45,1% dos entrevistados referiram ter pelo menos uma DCNT, sendo a região Sul do Brasil o local de maior prevalência com 52,1% e a região Norte a de menor com 37,2%. A

DCNT mais referida foi à hipertensão arterial (21,4%), seguido de problemas crônicos de coluna (18,5%), depressão (7,6%) e artrite (6,4%)<sup>65</sup>.

Entretanto os óbitos mais frequentes foram às doenças cardiovasculares (30,4%), as neoplasias (16,4%), as doenças respiratórias (6%) e o diabetes (5,3%). Em pesquisa realizada por Malta et al. (2014) os óbitos referentes às DCNT corresponderam a 72,7% do total de óbitos registrado pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) em 2011.<sup>66</sup>

Devido às taxas de mortalidade alarmantes por DCNT o Brasil tomou providências criando o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, 2011-2022, que visa enfrentar e deter o avanço das DCNT através da abordagem integrada dos fatores de risco modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade) que influenciará na diminuição da prevalência dos quatro principais grupos de DCNT (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e por consequência na diminuição das demais DCNT<sup>7</sup>.

Segundo a PNS 2013, 12,5% dos entrevistados apresentaram diagnóstico médico de colesterol alto, 4,2% apresentaram algum tipo de doença cardíaca, sendo que desses 20% realizaram cirurgia de ponte de safena, colocação de stent ou angioplastia. A hipertensão arterial sistêmica foi diagnosticada em 21,4% dos entrevistados, diabetes em 6,2%, câncer em 1,8% e insuficiência renal em 1,4%, sendo que pelo menos 7% dos pacientes com doenças crônicas apresentavam algum grau de limitação nas atividades diárias, representando uma diminuição na qualidade de vida e rendimento no trabalho<sup>66</sup>.

Embora apresente uma elevada taxa de mortalidade, observou-se uma redução de 20% da mesma por esse grupo de doenças na última década, principalmente em relação às doenças crônicas dos aparelhos circulatório e respiratório. Essa redução é atribuída à expansão da atenção básica e à redução do tabagismo, todavia, a mortalidade por diabetes e câncer aumentaram no mesmo período<sup>7</sup>, porém, em pesquisa de Malta et al. (2014), observou-se que houve um declínio médio de 2,5% ao ano no conjunto das quatro principais DCNT no Brasil e não somente nas doenças cardiovasculares e respiratórias<sup>67</sup>.

Em conformidade com o resultado encontrado por Malta et al (2014), estudo prospectivo realizado por pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz aponta que no Brasil em 2030 haverá sim uma redução nas taxas de mortalidade por essas doenças devido ao desenvolvimento de tecnologias e ampliação do acesso da população a elas, porém alguns fatores de risco e problemas não sanados atualmente aumentarão e acarretarão efeitos danosos à população<sup>68</sup>.

Esse estudo aponta as cinco principais situações de saúde em 2030: (I) obesidade em crianças, adolescentes e adultos levará ao dobro da prevalência de diabetes; (II) ainda relacionada à epidemia de obesidade, haverá aumento das doenças cardiovasculares; (III) aumento de alguns tipos de Câncer; (IV) diminuição das doenças respiratórias crônicas; (V) aumento das doenças neuropsiquiátricas<sup>68</sup>.

Entretanto em pesquisa realizada por Cesse (2007) sobre o olhar da tendência temporal das DCNT nas capitais diverge da situação II encontrada pelos pesquisadores acima, para ela, haverá um declínio da mortalidade por doenças cardiovasculares, um leve crescimento/estabilidade nas neoplasias malignas e um aumento da diabetes<sup>69</sup>.

Conforme o DataSUS, ao analisarmos os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) dos anos de 2006 e 2015, houve uma redução nos óbitos por neoplasias em 18,9% e um aumento de causas de morte por doenças hipertensivas em 28,81% e diabetes em 32,39%, mas de acordo com o Ministério da Saúde (MS) em comparação com um ano anterior ao ano de implantação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis ao ano de 2015 já se observa uma queda de 2,6% ao ano na mortalidade por DCNT<sup>70, 71</sup>.

O Brasil tem trabalhado a prevenção das DCNT e feito acordos com a Associação Brasileira das Indústrias da Alimentação (Abia) para melhoria do perfil nutricional dos produtos industrializados. No entanto, os pesquisadores apontam para a correlação dos determinantes sociais e a prevalência das DCNT, indicando a necessidade de um esforço intersetorial e individual para melhorias na condição de vida e mudança de hábitos da população<sup>65, 68, 69</sup>.

### 3.4 Transição epidemiológica e perfil de saúde dos povos indígenas no Brasil

O censo no Brasil é realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), fundado em 1936, e acontece a cada 10 anos. Todavia, apenas em 1991 incluiu no quesito da cor ou raça a categoria indígena, propiciando a identificação de 294.131 indígenas nesta época. Posteriormente, no censo de 2010, foi incluída a categoria etnia e língua falada, sendo identificados 817.963 indígenas, 305 etnias e 274 línguas, utilizando a metodologia da auto-declaração, revelando uma riqueza cultural enorme de uma população que vive em condições precárias de saúde, saneamento e educação<sup>72</sup>.

Fazendo uma comparação entre os dois últimos censos, podemos observar mudanças significativas na saúde da população indígena. O censo realizado pelo IBGE em 2000 mostrou que a mortalidade infantil em indígenas era de 51,4 por mil nascidos vivos, precisamente 1,7 vezes maior que a população brasileira em geral. Já em 2009 a mortalidade infantil em povos indígenas estava em 41,9 por mil nascidos vivos, enquanto a mesma taxa para a população brasileira era de 18,07 por mil nascidos vivos. Entre 2000 e 2009 a taxa de mortalidade infantil caiu 49,4% entre os indígenas da região centro-oeste. Além disso, o último censo, evidenciou elevação da população indígena de 3,5% em média a cada ano<sup>72,73</sup>.

Segundo o I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena, a população indígena não apresenta infraestrutura sanitária adequada para o destino dos dejetos. A maioria dos entrevistados declararam fazer ingestão de água proveniente de fontes locais sem utilização de qualquer tipo de tratamento antes do consumo. É principalmente por isso que a incidência de parasitoses é elevada nessas populações, apesar de serem doenças previsíveis<sup>73,74</sup>.

Embora as parasitoses estejam presentes no mundo todo, são de alta prevalência em países de clima tropical úmido e equatorial como o Brasil, com comunidades carentes onde não há água potável, destino adequado das fezes, hábitos de higiene como lavar as mãos e os alimentos antes de comer, e programas adaptados para a saúde e educação de população como nas comunidades indígenas<sup>75</sup>.

A maioria das enteroparasitas são evitáveis, a partir do momento em que a população e seus infectados tenham sistema de esgotamento sanitário adequado para que fezes contaminadas não sejam depositadas em local impróprio como rios, lagos e solo, pois as larvas filariformes do *Strongiloides stercoralis* e *Ancylostoma duodenale* penetram a pele e se instalam na mucosa intestinal.

Outras parasitoses são evitáveis pela higienização dos alimentos ingeridos crus como as hortaliças, pela lavagem das mãos e pela ingestão de água não contaminada, entre elas estão: *Enterobius vermiculares*, *Ascaris lumbricoides*, *Balantidium coli*, *Isospora belli*, *Hymenolepis nana*, e *Trichuris trichiura*<sup>75</sup>.

Devido a seus agravos, auto-infecção, carga parasitária, Síndrome de Loeffler e estado imunológico, as doenças infecto parasitárias foram a terceira causa de morte em crianças Xavantes do Mato Grosso, menores de cinco anos, entre 1999 e 2002 e a segunda causa de morbidade hospitalar em crianças indígenas Suruí, menores de 10 anos, no estado de Rondônia, entre 2000 e 2004. Em primeiro lugar estavam as doenças do aparelho respiratório<sup>12, 13</sup>.

Apesar do amplo leque de verminoses, os fármacos tem uma boa atuação sobre esses helmintos. Pesquisa realizada no grupo indígena Zoró do Mato Grosso revelou uma baixa prevalência de enteroparasitas como *Trichuris trichiura* e *Ascaris lumbricoides*, devido medicação em massa, com anti-helmíntico de amplo espectro, aplicada pelo atendente de saúde do posto da FUNAI em 1991<sup>18</sup>. Contudo, no grupo indígena Tembé, situado no Pará, no ano de 1999, onde não se constatou a utilização desse recurso, foi encontrado 29% parasitados por ancilostomídeos e 34,4% por *Ascaris lumbricoides* de uma população de 96 indígenas<sup>14</sup>.

Outra doença que assola a população indígena é a tuberculose, em estudo realizado por Basta (2004) utilizando-se os dados do Programa Municipal de Controle da Tuberculose em Cacoal, Rondônia, observou-se que 45% dos casos foram em crianças < 15 anos e 63,3% eram do sexo masculino, o coeficiente de incidência média de tuberculose entre os anos de 1991-2002 foi de 2.518,9 por 100.000 habitantes entre os Suruí enquanto o mesmo coeficiente para a população brasileira era de 51,22 utilizando o mesmo período<sup>55, 17</sup>.

Em estudo que objetivava verificar mudanças na incidência da Tuberculose no município de São Gabriel da Cachoeira, AM, pós implantação do Programa de Controle de Tuberculose pelo MS, Machado Filho (2002) observou alta taxa anual

média de incidência, tanto antes do programa (239 por 100.000 habitantes) quanto após (284 por 100.000 habitantes), ambos períodos com níveis elevados de cura (acima de 90%), evidenciando que persiste alto risco de aquisição de tuberculose<sup>15</sup>.

Apesar da incidência elevada mesmo após implantação do Programa de Controle da Tuberculose entre indígenas Guraní-Kaiwá, do município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Marque e Cunha (2003) constataram que a mudança no regime de tratamento, passando de hospitalar (com períodos prolongados de internação), para o domiciliar, resultou em menor taxa de abandono de tratamento e maior taxa de cura<sup>15</sup>.

Apesar desses dados significativos sobre as doenças infecciosas e parasitárias, a população estudada vem apresentando uma mudança no perfil epidemiológico. Estudos sobre essa mudança apontam que o processo de ocidentalização contribuiu para uma nova configuração da relação do indígena com seus antigos costumes. A migração para as cidades, a influência de produtos industrializados na alimentação, enfim, as alterações no estilo de vida tradicional fazem com que as crônicas não transmissíveis se sobreponham as doenças infectoparasitárias<sup>14, 44, 49, 76</sup>.

Nesse novo contexto social indígena, suicídio, alcoolismo, violências e doenças como DST-AIDS, diabetes, hipertensão arterial sistêmica e neoplasias são apresentadas em detrimento das infecto parasitárias na população adulta<sup>76-78</sup>.

Com relação às violências, destaca-se a pesquisa de Hoefel et al. (2013) sobre os conflitos socioambientais ocorridos entre os anos de 2005 e 2012, por cinco etnias (Atikum, KaririXocó, Potiguara, Pataxó Hã-Hã-Hãe e Truká) localizadas no nordeste brasileiro. Nessa pesquisa pode-se observar que assassinatos, atentados e perseguições às lideranças indígenas correspondiam a 43% do total de formas de violência referida, seguida pela apropriação de terras indígenas, que alcança 36%. Tais conflitos em sua maioria se davam entre donos de terra e a comunidade indígena, mostrando uma disputa entre modelos diferentes de desenvolvimento visando à ocupação da terra<sup>76</sup>.

Ainda sobre as violências vivenciadas por esses povos, o relatório realizado pelo Conselho Indígena Missionário (CIMI) descreve os óbitos por lesões autoprovocadas: dos 135 óbitos por suicídio 35,5% eram do DSEI Mato Grosso do Sul e 27,4% do Alto Rio Solimões. Outro ponto importante do relatório foi à violência

contra o patrimônio, nele destaca-se a omissão e a morosidade na regularização de terras, mostrando uma violência institucionalizada, onde a própria União tarda na demarcação de terras<sup>78</sup>.

Com relação às doenças crônicas, estudo sobre a prevalência de diabetes mellitus em mulheres indígenas do município de Dourados, Mato Grosso do Sul, realizado por Freita et al. (2016) constatou que das 385 entrevistadas 7% apresentaram glicemia capilar sugestiva de diabetes, 10% consumiam bebida alcoólica e fumavam, 30,9% eram obesas e 37,7% tinham hipertensão arterial sistêmica. Isso mostra a necessidade de estratégias de prevenção e controle das DCNT<sup>79</sup>.

Outro estudo sobre o perfil nutricional dos indígenas Xukuru-Kariri (MG) apresenta dados semelhantes. A pesquisa realizada por Simões et al. (2013) foi constituída por 58 indivíduos e revelou que 27,6% estavam com sobrepeso, 5,2% com obesidade e 29% com excesso de adiposidade. Os pesquisadores atribuíram esse resultado ao fato dessa etnia ter migrado de Alagoas para Minas Gerais há 19 anos, contribuindo assim para a modificação dos hábitos alimentares<sup>30</sup>.

Pesquisas sobre perfil metabólico em três etnias localizadas no Alto Xingu (MT) mostraram que dos 201 Aruaks avaliados 51,8% apresentaram sobrepeso, 15% obesidade, 77,1% dislipidemia e 37,7% níveis pressóricos elevados<sup>31</sup>. Com relação aos Khisêdjê indicou que 37,5% dos 78 indígenas entrevistados apresentaram síndrome metabólica, 30,4% excesso de peso, 38,9% hipertensão e 2,5% diabetes, embora apresentassem níveis satisfatórios de atividade física<sup>80, 81</sup>. Os Karib também apresentaram semelhantes fatores de risco para doenças cardiovasculares<sup>82</sup>.

Além disso, estudos sobre níveis tensionais com os indígenas Suruí de Rondônia, Kaingang da Terra Indígena Xapecó (SC), Xukuru do Ororuba (PE), Aldeia Jaguapiru (MS) apresentaram um aumento na prevalência de hipertensão arterial<sup>24-27</sup>, bem como o diagnóstico de diabetes e intolerância à glicose na Aldeia Jaguapiru (MS), entre os índios Guarani (RJ), Suyá do Parque Indígena do Xingu (MT)<sup>23, 26, 29</sup>.

Pesquisa realizada por Souza Filho et al, 2015, sobre a hipertensão nos indígenas brasileiros mostra que houve um aumento de 12% a cada ano nas chances dessa população apresentar tal morbidade, os pesquisadores atribuíram esse resultado a provável mudança de hábitos decorrente da interação desses

povos com a sociedade não indígena, evidenciando também a transição nutricional com o aumento da ingestão de produtos industrializados, sódio, gorduras saturadas e a redução do consumo de fibras e potássio<sup>83</sup>.

No que se refere a neoplasias a população indígena apresenta baixa incidência porem, as taxas de óbitos por câncer é elevada devido ao atendimento tardio e quando diagnosticado em fase avançada houve falta de adesão ao tratamento por motivos religiosos e culturais segundo pesquisa realizada por Aguiar Jr. et al., 2016, com 50 pacientes indígenas encaminhados para atendimento de referência entre os anos de 2005 e 2015 que também constatou que os tipos de câncer mais comuns foram o de colo do útero, de próstata, pulmão, gastrintestinal, mama e colorretal<sup>84</sup>.

Estudos indicam que a alta incidência de câncer do colo do útero pode estar relacionada ao início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros e doenças sexualmente transmissíveis como a infecção por papiloma vírus humano (HPV), somando-se a isso a baixa abrangência de citologia oncótica, vacinação contra HPV e ao rastreamento tardio, ou seja, em mulheres a partir dos 25 anos de idade<sup>84-86</sup>.

Pesquisa com 86 mulheres Panará, entre 12 e 66 anos, revelou que 28,6% estavam infectadas pelo HPV, sendo que 10 apresentaram os genótipos HPV16 ou 18 ou 45, e 14 mulheres apresentaram outros genótipos de HPV de alto risco<sup>85</sup>. Em estudo sobre genotipagem do HPV no Parque Indígena do Xingu (PIX) com 37 amostras de lesão de alto grau, constatou que o HPV52, HPV16 e o HPV31 foram os mais prevalentes em neoplasias intraepitelial cervical<sup>86</sup>. Esses estudos mostram que a vacinação disponível pelo Ministério da Saúde contra o HPV (HPV6, 11,16 e 18) não contempla a totalidade de genótipos necessários para imunização dos indígenas<sup>87</sup>.

Contudo, em estudos realizados no PIX apontam que após a implantação do rastreamento de lesão cervical em 2005 com cobertura de triagem chegando a 99,6%, tratamento de lesão precursora de câncer e procedimentos cirúrgicos na aldeia foram observados resultados negativos de lesão de alto grau, neoplasia invasiva e nenhum caso de carcinoma invasivo diagnosticado em 2007. As estratégias adotadas para a prevenção foram à realização de exames citopatológicos, diagnóstico e tratamento de lesões intraepiteliais e acompanhamento dos casos detectados<sup>90-92</sup>.

Tais achados como a dislipidemia, sobrepeso, obesidade e intolerância à glicose, neoplasias, hipertensão e diabetes mostram que a transição epidemiológica também está presente para os povos indígenas e se não tomadas as devidas providências, podem levá-los a ter outras morbidades como doença cerebrovascular, renal crônica, coronariana, responsáveis por 63% das mortes no mundo, indicando a necessidade da atuação de profissionais competentes para trabalhar a prevenção de maneira culturalmente aceitável e intervir nos fatores de risco apresentados por essa população <sup>3,7, 69, 84, 90</sup>.

### **3.5 SUS e o Subsistema de Saúde Indígena**

#### **3.5.1 Subsistema de Saúde Indígena**

Para se discorrer sobre o Subsistema de Saúde Indígena é necessário fazer algumas ponderações sobre os antecedentes acerca da responsabilidade pelas ações de saúde indígena. Entre a década de 60 e o final dos anos 90, precisamente até 1999, estas ações estiveram a cargo da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), sendo transferida esta função somente em 1999, com a instituição da lei nº 9836/99, conhecida como Lei Arouca. Esta lei cria o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena com os mesmos princípios e diretrizes do SUS, proporcionando a vinculação hierárquica entre essas instâncias <sup>91,92</sup>.

Desse modo as ações de saúde indígena tornaram-se de responsabilidade da União, coordenadas e executadas pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), autarquia vinculada ao Ministério da Saúde. O Departamento de Saúde Indígena (DESAI), da FUNASA, passou a fazer a coordenação nacional do subsistema e o MS gerir essa política pública, ficando a cargo da Secretaria de Assistência a Saúde (SAS) o monitoramento, coordenação da assistência à saúde da população indígena e a interlocução com os sistemas de saúde nos municípios <sup>93,94</sup>.

No ano de 2002, a FUNASA publicou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Essa política aplicou os princípios e diretrizes do SUS à saúde indígena, acrescida da contemplação das particularidades desses

povos, visando a superação das vulnerabilidades e valorizando sua práticas de cuidado e cultura. Para tanto, a organização da saúde indígena conta com serviços de atenção básica em cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), composto por Agentes Indígenas de Saúde (AIS), postos de saúde e Polos Base com equipes multidisciplinares periódicas<sup>34,94</sup>.

Em 2010 ocorre uma outra mudança institucional histórica, por meio da lei 12.314/10, a qual cria a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) no âmbito da estrutura do Ministério da Saúde. Desse modo, o que antes era de responsabilidade da FUNASA passa a ser exercido pela SESAI. A criação desta Secretaria visa a descentralização da atenção à saúde indígena, por meio da autonomia dos 34 DSEIs, através de: desenvolvimento de ações de atenção integral e educação em saúde; ações de saneamento e edificações de saúde indígena; articulação com estados e municípios sobre ações de atenção à saúde indígena; promoção do fortalecimento do Controle Social, entre outras ações<sup>93, 94</sup>.

Atualmente a SESAI possui convênio com três entidades privadas sem fins lucrativos, para realizar ações complementares de atenção à saúde indígena. As entidades selecionadas após chamada pública foram a Missão Evangélica Caiuá, Associação Paulista Para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) e Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) que atuam nos 34 DSEI's<sup>95</sup>.

A saúde indígena está organizada por Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena (DSEI), uma área que levou em consideração a realidade local e específica da cultura indígena e não os limites geográficos dos estados brasileiros<sup>93</sup>. O mapa a seguir ilustra a distribuição dos 34 (trinta e quatro) Distritos Sanitários Especiais Indígenas:



de Saúde Indígena (CASAI), esfera vinculada ao SUS e responsável pelo apoio ao indígena e seus acompanhantes durante o período de atendimento e tratamento de saúde no referido sistema público. A seguir, uma ilustração da organização e do modelo assistencial à saúde indígena, possibilitando compreender o fluxo de atenção a partir de sua porta de entrada no subsistema de atenção à saúde indígena do SUS<sup>93-95</sup>.



Figura 3. Estrutura organizacional dos DSEIs. Fonte: SESAI

De acordo com a estrutura organizacional do subsistema de saúde nos DSEI's, pode-se observar que a unidade mais simples de atendimento é o posto de saúde, onde o Agente Indígena de Saúde (AIS) exerce sua função de prestação dos primeiros socorros, promoção à saúde, prevenção de doenças de maior prevalência e acompanhamento e supervisão dos tratamentos de longa duração, como no caso de tuberculose<sup>94</sup>.

Os Polos Base são responsáveis pela assistência nas aldeias, e pela capacitação e supervisão do AIS, bem como são a primeira referência de tratamento de saúde. Os Polos Base são estruturados como Unidades Básicas de Saúde (UBS) e contam com Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) compostas por médico, enfermeiros, dentista, técnico de enfermagem e nutricionista<sup>93,94</sup>.

Caso o tratamento de saúde dispensado não seja suficiente para a resolução do problema, o indígena pode ser encaminhado para outros serviços especializados que vão desde clínicas especializadas presentes no próprio município até hospitais gerais nas grandes capitais. Seguindo o fluxo do modelo assistencial o indígena também pode ser encaminhado à Casa de Saúde Indígena, que funciona como uma instituição de suporte ao paciente e acompanhante em trânsito<sup>93,94, 96</sup>.

Pela figura 3 pode-se observar algumas das especificidades apresentadas pelo subsistema de atenção indígena e, embora exista essa orientação para otimizar a assistência a saúde indígena, ela não garante a qualidade dos cuidados prestados. Segundo pesquisadores que realizaram avaliações parciais do subsistema, há falhas como descontinuidade do atendimento pela rotação/falta de recursos humanos, falta de insumos, problemas logísticos para deslocamento de EMSI e os problemas continuam nas unidades de referência no meio urbano, apresentando longas filas de espera e serviços de baixa qualidade<sup>91, 93, 95-97</sup>.

### **3.5.2 Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) - Distrito Federal**

A CASAI é uma instituição do SUS, responsável por apoiar o paciente indígena e acompanhante, que necessite da atenção secundária ou terciária, referenciados pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) do respectivo DSEI e, portanto, no interior do fluxo do subsistema. Tendo em vista que os DSEIs não são responsáveis por serviços de atenção secundária e terciária, os indígenas referenciados necessitam deslocar-se de suas aldeias até as respectivas esferas de saúde do SUS, fato que justifica uma estrutura própria capaz de garantir um suporte diferenciado aos povos indígenas, já que muitos não falam a língua portuguesa e encontram-se em cenário social distinto de suas formas de organização social<sup>34, 93,94</sup>.

Desse modo, a CASAI articula e realiza a interlocução entre a atenção primária e os demais níveis de atenção, para os quais os indígenas foram referenciados, com a finalidade específica de propiciar marcação de consultas, exames, internação hospitalar, bem como a realização do conjunto das ações que envolvem o alojamento e alimentação dos indígenas e seus parentes. Ela também

proporciona assistência de enfermagem 24 horas por dia, acompanhamento e deslocamento dos indígenas para as respectivas consultas e/ou tratamentos, bem como seu retorno à comunidade de origem com as devidas informações acerca do diagnóstico e tratamento prescritos<sup>94</sup>.

A sede atual da CASAI-DF foi inaugurada em 17 de setembro de 2008, pelo então presidente da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) Danilo Bastos Forte e está localizada no km 8 da DF-250, na região do Paranoá, distante cerca de 50 quilômetros do centro da capital federal<sup>98</sup>.

Apesar do Distrito Federal (DF) não ter um terra indígena demarcada, apresentou uma população autodeclarada indígena de 2,4/1000 habitantes no censo de 2010, sendo que 97% dessa população residia em área urbana. Apesar desse número, os indígenas do DF não fazem uso da CASAI-DF por ser uma instituição para atendimento do indígena referenciado, deixando a assistência à saúde dos indígenas que vivem em meio urbano vinculado ao SUS local, ou seja, os indígenas não-aldeados são atendidos como qualquer cidadão não-indígena<sup>99</sup>.

Em visita para reconhecimento de campo, observou-se que a CASAI-DF é estruturada em quatro edificações: 1)-prédio administrativo; 2)-prédio para atendimento aos indígenas, pela equipe multiprofissional; 3)-prédio com os alojamentos (apartamentos com banheiro privativo); e 4)-prédio para depósito de alimentos e cozinha, além de área externa.

O prédio da administração compõe-se de dois andares. O primeiro andar se encontra a sala de espera, recepção e brinquedoteca. No segundo andar estão a sala da coordenação, em sala de reunião e outros ambientes utilizados pela administração.

O prédio para atendimento aos indígenas contém um Posto de Enfermagem, Sal de Apoio (onde são guardados os prontuários dos pacientes, são feitos os registros da evolução de enfermagem, marcação de consulta e de exames); Consultório de Psicologia; Consultório Médico e de Nutrição (os atendimentos dos profissionais são em dias alternados) e Sala de Repouso.

A área externa é ampla, com espaço de lazer destinado a fazer carne assada (parte da cultura indígena), uma piscina e área de tanque com varais.

### 3.5.3 SUS e a Atenção à Saúde Indígena no Distrito Federal.

A atenção à saúde indígena no Distrito Federal se dá por meio da rede SUS-DF, que inclui atenção básica, outras especialidades, urgência e emergência como a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), além de serviços hospitalares.

De acordo com o Relatório de Execução Física da CASAI/DF com relação à referência hospitalar descrita na tabela 1, pode-se observar que os hospitais com maior número de consultas realizadas foi o Hospital Universitário de Brasília (HUB) com 57,6% dos atendimentos, seguidos do Hospital da Criança de Brasília José Alencar (HCB) com 24,7% e Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) com 5,8% e os demais hospitais contribuíram, cada um, com menos de 3,2% dos atendimentos.

**Tabela 1** – Frequência absoluta e relativa dos atendimentos segundo estabelecimento de saúde, janeiro a novembro de 2012.

Hospitais de Referência	N	%
Hospital Universitário de Brasília	375	60,5
Hospital Materno Infantil de Brasília	11	1,8
Hospital de Base do Distrito Federal	36	5,8
Hospital da Criança de Brasília José Alencar	153	24,7
Cruz Vermelha Brasileira	8	1,3
Hospital Sarah Kubitschek	20	3,2
Outros	17	2,7
<b>TOTAL</b>	<b>620</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Casa de Apoio a Saúde do Índio do Distrito Federal.

O HCB atende a população referenciada de 0 a 18 anos para assistência de média e alta complexidade, e apresenta três linhas de cuidado: onco hematológico, clínico e cirúrgico. Esse hospital é referência em tratamento oncológico-pediátrico<sup>100</sup>,<sup>101</sup>. O fato de o HUB ser o hospital mais referenciado nos prontuários é por ser um hospital universitário de referência na região, com investigação diagnóstica, tratamentos especializados e possui o Ambulatório de Saúde Indígena (ASI) - inaugurado em 2013 para fazer o acolhimento do indígena no serviço de saúde e o acompanhamento das consultas - além de ter infraestrutura para internações, cirurgias, exames laboratoriais e de imagem<sup>102</sup>.

O ASI resultou de uma construção conjunta entre estudantes indígenas, docentes do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, HUB, CASAI e SESAI.

O ASI não atende apenas os clientes encaminhados pela CASAI, mas a todos os indígenas que procuram o serviço no HUB, infelizmente o ambulatório não dispõe de recursos suficientes para acolher a todos os indígenas que buscam pelos serviços de saúde em outros hospitais do Distrito Federal. Atualmente funciona com apoio de voluntários discentes (indígenas e não indígenas) dos diversos cursos da Universidade de Brasília (UnB), funcionários da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e docentes.

O indígena com consulta marcada no HUB é acolhido por um membro do ASI, o qual o acompanhará durante todo o processo de atendimento, podendo por ventura esclarecer alguma dúvida que restou quanto ao uso da medicação ou realização de exames. O fluxograma desse atendimento está representado na figura 4.

A análise das fichas de produção do ASI realizada por Quezado, 2016, apontou que os indígenas consultam várias especialidades, entre elas estão a neurologia, oncologia reumatologia, estomaterapia, endocrinologia e a mais procurada foi a dermatologia com 12% dos atendimentos em 2015, sendo a etnia Xavantes a mais referenciada para o atendimento no HUB. No tocante a categorização da relação profissional-paciente, os membros do ASI classificaram o atendimento como atencioso, cuidadoso e respeitoso, apenas 2% dos atendimentos foram indiferentes<sup>103</sup>.

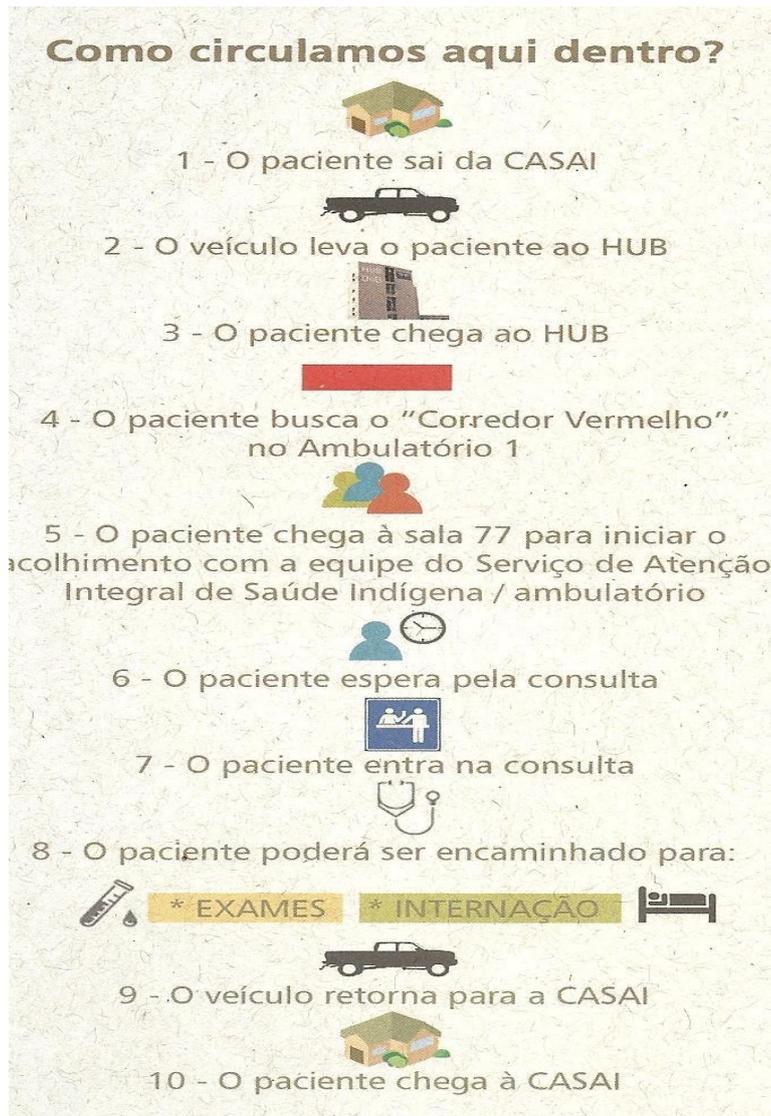


Figura 4. Fluxo de atendimento no Ambulatório de Saúde Indígena. Fonte: folheto para direcionamento do atendimento no ASI.

Em pesquisa realizada por Hoefel et al. (2015) constatou-se que a atuação do ASI/HUB resultou em novas práticas interculturais de formação e atenção à saúde pautada no diálogo de saberes, educação popular, gestão compartilhada dos processos, qualificando o acolhimento, atendimento e acompanhamento dos indígenas referenciados para lá<sup>104</sup>.

O fato de não haver um DSEI em Brasília não muda a realidade de atendimento a saúde que compreenda o universo cultural indígena promovendo intervenções no binômio saúde-doença, evidenciando a necessidade de implantação de mais ambulatório que faça acolhimento nos hospitais do Distrito Federal.



## **METODOLOGIA**

## METODOLOGIA

Foi realizado um estudo epidemiológico transversal, de base institucional, retrospectivo acerca do perfil epidemiológico dos indígenas encaminhados à CASA-DF, a partir da adaptação de um instrumento de coleta de dados Dantas, F.<sup>105</sup> e do prontuário médico do Ambulatório de Saúde Indígena (ASI) do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

Foram incluídas no estudo as informações de prontuários médicos e os relatórios de contrarreferência dos indígenas admitidos na CASAI-DF no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2014. Tal período de escolha foi devido à publicação em 2011 do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022<sup>7</sup>, tema importante para a saúde indígena, tanto por estar em consonância com a transição epidemiológica – observada nesse estudo – quanto para qualificação de políticas públicas com especificidade para a atenção à saúde indígena.

As análises das morbidades foram codificadas segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10)<sup>106</sup> e agrupadas em três grandes categorias. Optou-se por esse agrupamento, em conformidade com a divisão feita pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo de reduzir o número de variáveis, o que facilita a visualização dos problemas e contribui para uma priorização de políticas públicas de saúde. O primeiro grupo abrange doenças transmissíveis, desnutrição, condições maternas e causas perinatais. O segundo grupo, enquadra as doenças não transmissíveis e o terceiro grupo, as causas externas. Foram excluídos do agrupamento os diagnósticos relacionados ao capítulo XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte<sup>107</sup>.

Com o intuito de caracterizar o perfil sociodemográfico foram consideradas as seguintes variáveis do paciente: idade, sexo, etnia, DSEI e Polo Base de origem. O conjunto de variáveis para caracterização do perfil epidemiológico está estruturado no quadro a seguir.

Variáveis do perfil epidemiológico			
Razão do encaminhamento	1. Investigação diagnostic 2. Emergência 3. Consulta ambulatorial		
Número de dias na CASAI			
Esferas do SUS	1. HUB 2. Outros hospitais		
Natureza da especialidade	1. Ortopedia 2. Dermatologia 3. Neurologia 4. Ginecologia 5. Outros		
Patologias	Grupo I – Doenças transmissíveis, desnutrição, condições maternas e causas perinatais	Sexo	
		Idade	
		Desfecho	Alta Tratamento Não retornou
	Grupo II - Doenças não transmissíveis	Sexo	
		Idade	
		Desfecho	Alta Tratamento Não retornou
	Grupo III – Causas Externas	Sexo	
		Idade	
		Desfecho	Alta Tratamento Não retornou

A seleção de prontuários de indivíduos com idade superior a 18 anos foi adotada devido o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que classifica como adolescentes pessoas até essa idade<sup>108</sup>. A classificação como idoso seguiu o Estatuto do Idoso, que se enquadra nessa categoria pessoas a partir de 60 anos<sup>109</sup>, portanto elegíveis 109 prontuários para o artigo relacionados aos adultos e 59 prontuários para o artigo relacionados a crianças e adolescente.

Quanto ao desfecho do tratamento dispensado aos indígenas foram consideradas três categorias: 1 alta, quando o paciente é dispensado da especialidade devido a resolutividade do tratamento; 2 em tratamento, quando houve marcação de consulta e/ou exame após dezembro de 2014; 3 não retornou, quando há marcação de retorno ou exame, porém não há registro da continuidade desse tratamento no prontuário.

A análise estatística foi realizada utilizando o programa SPSS versão 20. O teste exato de Fisher foi utilizado para a probabilidade de significância sendo considerado o resultado da associação com significância estatística valores de  $p < 0,05$ <sup>110</sup>; para as variáveis quantitativas utilizou-se a média, mediana e o desvio padrão.

O banco de dados da pesquisa é constituído de informações de 168 prontuários. A variável idade de admissão para tratamento de saúde na CASAI-DF foi utilizada como critério de inclusão para a elaboração dessa dissertação e que terá os resultados sistematizados em forma de dois artigos apresentados a seguir.

#### a. Aspectos éticos

Trata-se de um estudo em fontes secundárias, que teve como fonte de dados os prontuários dos pacientes indígenas acolhidos pela CASAI-DF.

Os dados dos prontuários foram coletados na própria CASAI-DF, não havendo remoção logo permaneceram na instituição durante todo o processo.

A coleta de dados foi realizada após aprovação do projeto Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 45011014.6.0000.0030 no Comitê de

Ética em Pesquisa (CEP), em conformidade com a resolução 304/00 e 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pereira RA, Alves-Souza RA, Vale JS. O processo de transição epidemiológica no Brasil: uma revisão de literatura. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente* 2015; 6(1): 99-108.
2. Araújo JD. Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2012; 21(4): 533-538.
3. World Health Organization. *Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles*, 2014.
4. Malta DC et al. Vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no SUS. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006; 15(3).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*; 2009.
6. Carmo EH, Barreto ML, Silva Júnior. JB. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2003; 12(2): 63-75.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022; 2011.
8. Malta DC, Campos MO, Oliveira MM, Iser BPM, Bernal RTI, Claro RM et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2013; 24(3): 373-387.
9. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Vigilância em Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS; 2007.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. *Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasil; 2012.

11. Ferreira MEV, Matsuo T, Souza RKT. Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(12): 2.327-2.339.
12. Souza LG, Santos RV, Coimbra Jr CEA. *Demografia e saúde doas povos indígenas no Brasil: considerações a partir dos Xavântes de Mato Grosso (1999-2002)*. Porto Velho: Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia, Universidade Federal de Rondônia; 2005.
13. Orellana JDY, Basta PC, Santos RV, Coimbra Júnior CEA. Morbidade hospitalar em crianças indígenas Suruí menores de dez anos, Rondônia, Brasil: 2000 a 2004. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2007; 7(3): 281-287.
14. Miranda RA, Xavier FB, Nascimento JRL, Menezes RC. Prevalência de parasitismo intestinal nas aldeias indígenas da tribo Tembê, Amazônia Oriental Brasileira. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 1999; 32(4): 389-393.
15. Marques AM, Cunha RV. A medicação assistida e os índices de cura de tuberculose e de abandono de tratamento na população indígena Guaraní-kaiwá no município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(5): 1.405-1.411.
16. Machado Filho AC. Incidência da tuberculose em indígenas do município de São Gabriel da Cachoeira, AM. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2008; 41(3): 243-246.
17. Basta PC et al. Aspectos epidemiológicos da tuberculose na população indígena Suruí, Amazônia, Brasil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2004; 37(4): 338-342.
18. Coimbra Júnior CEA, Santos RV. Parasitismo intestinal entre o grupo indígena Zoró, estado de Mato Grosso (Brasil). *Cad. Saúde Pública* 1991; 7(1): 100-103.
19. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Saúde Indígena. *Vigilância em saúde indígena: síntese dos Indicadores 2010*. Brasília: Funasa; 2010.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Indicadores Sociodemográficos de Saúde no Brasil*, Rio de Janeiro; 2009.
21. Santos RV, Coimbra Júnior CEA. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas. In: Coimbra Júnior CEA, Santos RV,

- Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e Saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 2003.
22. Guimaraes LAM, Grubits S. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. *Psicol. Soc.* 2007; 19(1): 45-51.
  23. Cardoso AM, Coimbra Júnior CEA, Tavares FG. Morbidade hospitalar indígena Guarani no Sul e Sudeste do Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* 2010; 13(1): 21-34.
  24. Tavares FG, Coimbra Júnior CEA, Cardoso AM. Blood pressure levels of Suruí indigenous adults in Rondônia, Brazil. *Ciênc. saúde coletiva* 2013; 18(5): 1.399-1.409.
  25. Bresan D, Bastos LJ, Leite MS. Epidemiology of high blood pressure among the Kaingang people on the Xaçupé Indigenous Land in Santa Catarina State, Brazil, 2013. *Cad. Saúde Pública* 2015; 31(2): 331-344.
  26. Oliveira GF, Oliveira TRR, Rodrigues FF, Corrêa LF, Ikejiri AT, Casulari LA. Prevalência de diabetes melito e tolerância à glicose diminuída nos indígenas da Aldeia Jaguapiru, Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica* 2011; 29(5): 315-321.
  27. Barbosa JMV. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada no povo Indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira-PE, 2010. 2013. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife; 2013.
  28. Cardoso AM, Mattos IE, Koifman RJ. Prevalência de diabetes *mellitus* e da síndrome de resistência insulínica nos índios Guarani do estado do Rio de Janeiro. In: Coimbra Júnior CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e Saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 2003.
  29. Salvo VLMA, Rodrigues D, Baruzzi RG, Pagliaro H, Gimeno SGA. Perfil metabólico e antropométrico dos Suyá: Parque Indígena do Xingu, Brasil Central. *Rev. bras. epidemiol.* 2009; 12(3): 458-468.
  30. Simões BS, Machado-Coelho GLL, Pena JL, Freitas SN. Nutritional profile of the Xukuru-Kariri indigenous people in the state of Minas Gerais in accordance with different anthropometric and body composition indicators. *Ciênc. saúde coletiva* 2013; 18( 2): 405-411.

31. Gimeno SGA, Rodrigues D, Pagliaro H, Cano EN, Lima EES, Baruzzi RG. Perfil metabólico e antropométrico de índios Aruák: Mehináku, Waurá e Yawalapití, Alto Xingu, Brasil Central, 2000/2002. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(8): 1.946-1.954.
32. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes*. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
33. Rocha AKS, Hunter E, Machado DC. Prevalência da síndrome metabólica em indígenas com mais de 40 anos no Rio Grande do Sul. *Brasil. Rev Panam Salud Publica*. 2011; 29(1): 41-45.
34. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde; 2002.
35. Brasil. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que "Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.
36. Frederiksen, H. Feedbacks in economic and demographic transition. *Science*, Washington, v. 166, p. 837-847, 1969.
37. Omran A. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Quarterly*. 2005; 83(4):731-757
38. Olshansky, S. J.; Ault, A. B. The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, New York, v. 64, p. 355-391, 1986.
39. R. Rogers and R. Hackenberg, "Extending Epidemiologic Transition Theory: A New Stage," *Social Biology* 34 No. 3-4 (1989): 234-43
40. Frenk J et al. 1991. La transición epidemiológica en América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 111(6):485-496
41. Olshansky, S.J., Carnes, B.A., Rogers, R.A., Smith, L. 1997. Infectious Diseases: New and Ancient Threats to World Health. *Population Bulletin* 52(2):1-58.

42. Organização Pan-Americana de Saúde. Saúde nas Américas 2012: panorama da situação de saúde dos países das Américas. Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
43. Prata, PR. A transição epidemiológica no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 168-175, abr./jun. 1992.
44. Paes, NA; Silva, LAA. Doenças infecciosas e parasitárias no Brasil: uma década de transição. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 6(2), 1999.
45. Barreto, ML; Carmo, EH. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2007 ; 12( Suppl ): 1179-1790.
46. Schramm, JMA; Oliveira, AF; Leite, IC; Valente, JG; Gadelha, AMJ; Portela, MC; Campos, MR. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 9(4):897-908, 2004.
47. Síntese de indicadores sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira : 2015 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro : IBGE, 2015.
48. Teixeira, C. F. Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas. Ciênc. saúde coletiva. 9( 4 ): 841-843, 2004.
49. Editorial. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 21(4):529-532, out-dez 2012.
50. Moon, S et al. Will Ebola change the game? Ten essential reforms before the next pandemic. The report of the Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to Ebola. The Lancet , Volume 386 , Issue 10009 , 2204 – 2221
51. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias – guia de bolso – 8ª edição revista. BRASÍLIA / DF – 2010.

52. Nascimento, Dilene Raimundo (org.) N245h Projeto a história da Poliomielite e de sua erradicação no Brasil: Seminários / Organizado por Dilene Raimundo do Nascimento. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, 2004.
53. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Casos confirmados de Tétano Neonatal. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 1997 a 2015. Situação epidemiológica – Dados. 2016.
54. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico – Volume 44 N° 16 – 2013.
55. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Indicadores de morbidade. Taxa de incidência de tuberculose.
56. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de informação de agravos de notificação/ Sistema de informação da esquistossomose. Casos confirmados de Esquistossomose. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 1995 a 2011. Brasília; 06 ago 2012.
57. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica. SIVEP-Malária 2009 a 2015.
58. Luna, EJA.. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. Rev. bras. epidemiol. 2002 ; 5( 3 ): 229-243.
59. World Health Organization. Prevention GAD Report – UNAIDS. Julho, 2016.
60. Barcellos, C.; Xavier, D.R.; Pavão, A.L.; Boccolini, C.S.; Pina, M.F.; Pedroso, M.; Romero, D.; Romão, A.R. Increased Hospitalizations for Neuropathies as Indicators of Zika Virus Infection, according to Health Information System Data, Brazil. Emerging Infectious Diseases • www.cdc.gov/eid • Vol. 22, No.11, November 2016.
61. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Volume 47. N° 3 – 2016.
62. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Zika Epidemiological Update – 26 maio 2016. Washington, D.C.: PAHO/WHO; 2016
63. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da

- Saúde . Saúde Brasil 2014 : uma análise da situação de saúde e das causas externas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 462 p. : il.
64. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Febre de chikungunya: manejo clínico – Brasília: Ministério da Saúde, 2015..
  65. Barros, M. B. A. et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3755-3768, set. 2011.
  66. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa nacional de saúde : 2013 : percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas : Brasil, grandes regiões, unidades da federação, municípios das capitais e Distrito Federal. Rio de Janeiro, 2014.
  67. Malta, D.C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 23(4):599-608, out-dez 2014.
  68. Fundação Oswaldo Cruz A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário. volume 2 / Fundação Oswaldo Cruz... [et al.] – Rio de Janeiro : Fiocruz/Ipea/ Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.
  69. Cesse, Eduarda Ângela Pessoa. *Epidemiologia e determinantes sociais das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil/ Eduarda Ângela Pessoa Cesse. — Recife: E. A. P. Cesse, 2007.*
  70. Brasil. Ministério da Saúde. DataSUS indicadores. Óbitos p/Residência por Capítulo CID-10 segundo Região. Acesso 2017 jun 10. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/evitb10uf.def>.
  71. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Alimentação e Nutrição. Ministério da Saúde lança ações para combater obesidade e outras doenças

- crônicas. <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/13/sodio-e-alimentacao-saudavel.pdf>.
72. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística –IBGE. Indicadores Sociodemográficos de Saúde no Brasil, 2009. Importância dos censos nacionais no conhecimento da demografia e da saúde dos indígenas no Brasil, p. 97-107. Rio de Janeiro, 2009.
  73. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Saúde Indígena. Vigilância em saúde indígena: síntese dos Indicadores 2010. Brasília: FUNASA, 2010.
  74. Coimbra Jr. CEA . Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(4):855-859, abr, 2014
  75. Neves, D.P. Parasitologia Humana. 11ª edição. São Paulo:Atheneu, 2005.
  76. Souza, MLP and Ferreira, LO. Jurupari se suicidou?: notas para investigação do suicídio no contexto indígena. *Saude soc.* 2014, vol.23, n.3, pp. 1064-1076.
  77. Hoefel et al. Aproximações do Movimento Indígena e os conflitos socioambientais: processos de resistência e violência a partir do olhar indígena. *Rev Tempus Actas Saúde Col* . V. 7, N. 4 (2013)
  78. Conselho Indígena Missionário. Relatório – Violência contra os Povos Indígenas no Brasil – Dados de 2014.
  79. Freitas GA, Souza MCC, Lima RC. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados em mulheres indígenas do Município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online], v. 32, n. 8, ago. 2016.
  80. Mazzucchetti L, Santos KM, Tsutsui MLS, Galvão PPO, Rodrigues D, Gimeno SGA, Mendonça SB. Incidência de síndrome metabólica e doenças associadas na população indígena Khisêdjê do Xingu, Brasil Central, no período de 1999-2000 a 2010-2011. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(11):1-11, nov, 2014.
  81. Santos KM, Tsutsui MLS, Galvão PPO, Mazzucchetti L, Rodrigues D, Gimeno SGA. Grau de atividade física e síndrome metabólica: um estudo transversal

- com indígenas Khisêdjê do Parque Indígena do Xingu, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(12):2327-2338, dez, 2012.
82. Gimeno SG, Rodrigues D, Canó EN, Lima EE, Schaper M, Pagliaro H, Lafer MM, Baruzzi RG. Cardiovascular risk factors among Brazilian Karib indigenous peoples: Upper Xingu, Central Brazil, 2000-3. *J Epidemiol Community Health*. 2009 Apr;63(4):299-304. doi: 10.1136/jech.2008.077966. Epub 2008 Nov 21.
83. Souza Filho ZA, Ferreira AA, Santos B, Pierin AMG. Prevalência de hipertensão arterial em indígenas do Brasil: uma revisão sistemática com meta-análise. *Rev Esc Enferm USP* . 2015; 49(6):1016-1026.
84. Aguiar JR, Nazareth P. et al. Disparidades na epidemiologia e no tratamento de câncer nas populações indígenas brasileiras. *Einstein (São Paulo)* [online]. 2016, vol.14, n.3, pp.330-337.
85. Rodrigues DA, Pereira ÉR, Oliveira LSS, Speck NMG, Gimeno SGA. Prevalência de atipias citológicas e infecção pelo papilomavírus humano de alto risco em mulheres indígenas Panará, povo indígena do Brasil Central. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(12):2587-2593, dez, 2014
86. Freitas VG, Focchi GR, Pereira ER, Levi JE, Speck NM, Ribalta JC. HPV genotyping and p16 expression in Xingu Indigenous Park, Brazil. *Genet Mol Res*. 2016 Sep 16;15(3). doi: 10.4238/gmr.15036840.
87. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
88. Speck NM, Pereira ER, Schaper M, Rodrigues D, Almeida P, Sakano CR, Ribalta JC. Cytopathological screening in indigenous women from Parque Indígena do Xingu. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2009;30(5):512-3.
89. Speck NM, Pereira ER, Schaper M, Tso FK, de Freitas VG, Ribalta JC. Uterine cervical neoplasia prevention in Parque Indígena do Xingu. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2009;30(4):415-7.

90. Pereira ER, Speck NM, Rodrigues DA, De Freitas VG, Ribalta JC. Prevention, diagnosis and treatment of cervical cancer precursor lesions at the Xingu Indigenous Park, Brazil. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2015;36(4):376-82.
91. Garnelo, L(Org.). Saúde Indígena: uma introdução ao tema. / Luiza Garnelo; Ana Lúcia Pontes (Org.). - Brasília: MEC-SECADI, 2012.
92. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena /Fundação Nacional de Saúde. - Brasília : Funasa, 2009. 112 p.
93. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena, Conheça a SESAI.
94. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde indígena 1999-2001. FUNASA, 2001.
95. Garnelo, L e BRANDÃO, L.C. Avaliação Preliminar do Processo de Distritalização Sanitária Indígena no Estado do Amazonas. In: COIMBRA Jr., C.E.A.; SANTOS, R.V. e ESCOBAR, A.L. (Orgs.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. , pp. 235-257, 2003.
96. Escobar, AL. et al. Causas de internação hospitalar indígena em Rondônia. O Distrito Sanitário Especial Indígena Porto Velho (1998-2001). In: COIMBRA Jr., C.E.A.; SANTOS, R.V. e Escobar, A.L. (Orgs.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz, pp.127-148, 2003.
97. Coimbra, Carlos et al. Sistema em Transição. In: RICARDO, Carlos Alberto; RICARDO, Fany (Orgs). *Povos Indígenas do Brasil: 2001-2005.* São Paulo: Edição Instituto Socioambiental, v., pp. 141-144, 2006.
98. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Funasa Notícias. Boletim informativo, Brasília, DF, edição nº 7, p. 1-12, 2008.
99. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento do Distrito Federal – SEPLAG. *População Indígena: um primeiro olhar sobre o fenômeno do índio urbano na Área Metropolitana de Brasília.* Brasília-DF, abril de 2015.
100. Hospital da Criança de Brasília José Alencar. *Gestão estratégica Hospital da Criança de Brasília.* / Hospital da Criança de Brasília José Alencar. Superintendência Executiva. Brasília: HCB, 2016.
101. Barreto ABR et al. Perfil nutricional de pacientes pediátricos portadores de câncer, internados no Hospital da Criança de Brasília. *Com. Ciências Saúde.* 2013; 24(4): 315-320.

102. Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários do SUS: *Plano Diretor Estratégico do Hospital Universitário de Brasília*. Ministério da Educação, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. São Paulo; 2013-2014.
103. Quezado AV. Perfil epidemiológico e sociocultural dos pacientes atendidos no Ambulatório de Saúde Indígena do HUB (ASI/HUB) no ano de 2015. Trabalho de Conclusão de Curso de Gestão em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Distrito Federal; 2016.
104. Hoefel et al. PET-Saúde Indígena UnB: construindo redes interculturais em saúde. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, 9(1), 43-63, mar, 2015.
105. Dantas FLL. Perfil de morbidade da população indígena infantil referenciada para a Casa de Saúde Indígena (Casai) de Rio Branco. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2010.
106. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde-CID: 10ª revisão. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
107. Nogueira RP. Mortalidade por três grandes grupos de causa no Brasil. *Políticas sociais – acompanhamento e análise*. 2004; 9: 139-145.
108. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.
109. Brasil. Lei nº 10/741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.
110. Fisher RA. *Statistical methods for research workers*. New York, Hafner; 1954



# ARTIGO 1

**Perfil epidemiológico dos indígenas adultos referenciados para a Casa de Saúde Indígena do Distrito Federal.**

**Epidemiological profile of the indigenous adults referred to Indigenous Health House in the Federal District, Brazil.**

Lívia Umebara Lopes An<sup>1</sup>

Maria da Graça Luderitz Hoefel<sup>2</sup>

**Resumo**

Este artigo visa caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes indígenas referenciados à Casa de Saúde Indígena do Distrito Federal (CASAI-DF), bem como identificar outras morbidades, dados sociodemográficos e resolutividade dos encaminhamentos. Constitui um estudo acerca do perfil epidemiológico desses indígenas por meio da adaptação de instrumento de coleta de dados. A amostra foi composta por 109 (cento e nove) prontuários de indígenas com idade superior a 18 anos e para análise adoto u-se o programa SPSS Statistics 20<sup>®</sup>. Os achados dessa pesquisa evidenciam que 30% dos pacientes indígenas encaminhados à CASAI-DF, apresentam doenças crônicas não transmissíveis, sendo necessário que as política públicas de saúde para as doenças crônicas não transmissíveis sejam pensados para esse grupo populacional assim como qualificação das equipes multiprofissional sobre clínica ampliada.

**Palavras-chaves:** saúde indígena; epidemiologia; doenças crônicas não transmissíveis; morbidade;

---

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

<sup>2</sup>Médica. Doutora em Sociologia pela UFRGS. Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

**Abstract**

This article aims to characterize the epidemiological profile of the indigenous patients referenced in the House of Indigenous Health of the Federal District (CASAI-DF), as well as to identify other morbidities, sociodemographic data and resolution of referrals. Creation of a study on the epidemiological profile of indigenous people through the adaptation of the data collection instrument. The sample consisted of 109 (one hundred and nine) medical records of natives aged over 18 years and for the analysis was adopted the program SPSS Statistics 20®. The research findings show that 30% indigenous patients referred to CASAI-DF present chronic non-transmissible diseases, and it is necessary that the public health policy for chronic non-communicable diseases be designed for this population group as well the qualification of the multiprofessional team on extended clinic.

**Keywords:** indigenous health; Epidemiology; chronic non-communicable diseases; morbidity

## Introdução

As mudanças ocorridas no último século (fatores históricos, socioeconômicos, demográficos e ambientais), geraram uma transformação gradual no perfil epidemiológico. A industrialização, a migração das pessoas do campo para as cidades, as inovações tecnológicas, a redução da mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida ao nascer, contribuíram para que a prevalência de doenças crônico-degenerativas fosse mais comum no cenário mundial<sup>1, 2</sup>.

Tal fato pode ser notado principalmente em países desenvolvidos, onde as doenças cardiovasculares e as neoplasias são as principais causas de morte. Nos países em desenvolvimento há semelhante transição, contudo uma transição incompleta, com a coexistência de doenças crônicas e infectocontagiosas<sup>1, 2</sup>.

Essa transição incompleta se caracteriza por enfermidades associadas à pobreza absoluta e ao desenvolvimento da sociedade, embora haja no Brasil o decréscimo da incidência de doenças transmissíveis e imunopreveníveis. Enfermidades como tuberculose, malária, dengue e hanseníase ainda representam um desafio para a saúde pública, embora as morbimortalidades relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) sejam mais prevalentes<sup>1-5</sup>.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), enfermidades como diabetes, câncer, doenças respiratórias crônicas e doenças cardiovasculares são responsáveis por 63% das mortes prematuras e 85% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento<sup>3</sup>.

Estima-se que no Brasil as DCNT foram responsáveis por 74% das mortes em 2012, 31% delas foram por doença cardiovascular, 17% por câncer, 6% por doença respiratória crônica e 6% por diabetes<sup>3,4,6</sup>. Para combater o crescimento dessas morbidades o governo brasileiro criou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, com metas voltadas para a redução dos fatores de risco, tais como: reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes; reduzir as prevalências de consumo nocivo de álcool; aumentar a prevalência de atividade física no lazer; aumentar o

consumo de frutas e hortaliças; reduzir o consumo médio de sal; aumentar a cobertura de mamografia, aumentar a oferta do exame preventivo de câncer de colo uterino e tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer<sup>7</sup>.

Segundo Malta *et al.* (2013), os fatores de risco para as DCNT no Brasil foram atribuídos ao baixo nível de atividade física, abuso de álcool, baixo consumo de frutas e hortaliças. Além disso, 34% da população consome alimentos com alto teor de gordura, 28% ingere refrigerante cinco ou mais dias por semana, sobrepeso 50,8%, e tais fatores foram associados ao sexo masculino, idade mais avançada e escolaridade baixa<sup>8</sup>.

Os fatores de risco e as DCNT são fruto de mudanças no perfil epidemiológico e demográfico. A migração da população do campo para a área urbana, a implantação de rede de água e esgoto, o aumento do número de alfabetizados, a industrialização, a menor taxa de natalidade, trouxeram aumento da expectativa de vida e alteração no perfil da população brasileira, bem como desafios a serem enfrentados pelo setor saúde<sup>9</sup> principalmente para a saúde indígena.

Historicamente, a população indígena apresenta maior incidência de doenças infectoparasitárias e respiratórias, além de piores índices de morbimortalidade se comparados aos da população brasileira. Exemplo disso é a taxa de mortalidade infantil (TMI), em 2009 a TMI indígena foi de 41,9/1000 nascidos vivos, enquanto que a TMI nacional foi 16,8/1000<sup>9,10</sup>.

Embora ainda exista um quadro persistente de doenças infecciosas e parasitárias, como as enteroparasitoses e tuberculose<sup>11-17</sup> tais enfermidades têm diminuído sua incidência devido ao tratamento medicamentoso e a outras intervenções como a implantação de fossas sépticas e cisternas realizadas nos DSEI<sup>15,16,18</sup>.

Em estudo realizado por Ferreira *et al.* (2011), com a população indígena do Mato Grosso do Sul, no período de 2004 a 2006, tais afecções eram a quarta causa de morte, com percentual de 11,7%, principalmente em crianças menores de 5 anos<sup>9</sup>. Causas externas vem em primeiro lugar com 22,4% das ocorrências, seguida pelas doenças do aparelho respiratório com 14,9% e, logo depois, as doenças do aparelho circulatório com 14,3%. Comparando-se com os dados da Rede

Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA) do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>17</sup>, no mesmo período, verifica-se que o quadro de mortalidade por grupos de causas, da população brasileira, no total, difere em percentuais causas, na seguinte ordem: 1º - doenças do aparelho circulatório (31,77%); 2º - neoplasias (16,17%); 3º - causas externas (13,97%); 4º - doenças do aparelho respiratório (11,01%).

Apesar das doenças transmissíveis estarem presentes, os povos autóctones tem migrado para as cidades, consumido produtos industrializados e mudado os hábitos culturais, devido a esse fato as doenças infecciosas e parasitárias dão lugar às doenças crônicas não transmissíveis<sup>19-21</sup>.

Nesse novo contexto social indígena, alcoolismo, violências e doenças como, DST-AIDS, diabetes *Mellitus* (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e neoplasias são apresentadas em detrimento das infectoparasitárias na população adulta.<sup>22, 23</sup> De fato, estudos sobre níveis tensionais com os indígenas Suruí (RO), Kaingang da Terra Indígena Xapecó (SC), Xukuru do Ororuba (PE), Aldeia Jaguapiru (MS), apresentaram um aumento na prevalência de hipertensão arterial<sup>24-27</sup>, bem como o aparecimento de diabetes e tolerância a glicose na Aldeia Jaguapiru (MS), e também entre os índios Guarani (RJ), Suyá do Parque Indígena do Xingu (MT)<sup>25, 28, 29</sup>.

Pesquisa sobre o perfil nutricional dos indígenas Xukuru-Kariri (MG) constituída por 58 indivíduos revelou que 27,6% estavam com sobrepeso, 5,2% com obesidade e 29% com excesso de adiposidade. Os pesquisadores atribuíram esse resultado ao fato dessa etnia ter migrado de Alagoas para Minas Gerais, há mais de 20 anos, contribuindo assim para a modificação dos hábitos alimentares<sup>30</sup>. Resultados semelhantes também foi encontrado em pesquisa sobre o perfil metabólico de índios Aruák do Alto Xingu (MT) revelaram que, dos 201 indivíduos avaliados, 51,8% apresentaram sobrepeso, 15% obesidade, 77,1% dislipidemia e 37,7% níveis pressóricos elevados<sup>31</sup>.

Hipertensão, dislipidemia, sobrepeso, obesidade e intolerância à glicose são fatores de risco intermediários cujo desfecho são DCNT. Tais achados na população indígena, se não tomadas as devidas providências, pode levar a outras morbidades como doença cerebrovascular, renal crônica, coronariana, diabetes, responsáveis por 63% das mortes no mundo<sup>32-34</sup>.

Os indígenas com tais morbidades são atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) que pertence ao Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é o responsável pela integração entre os diferentes pontos de atenção articulado com o SASI, para garantir o cuidado integral aos povos indígenas. Reconhecendo as especificidades e realidades diferenciadas de cada cultura indígena o Subsistema adota como base os DSEI<sup>35</sup>.

O SASI fornece serviços de atenção básica em cada DSEI através dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), do posto de saúde e das equipes multidisciplinares periódicas; se necessário, o paciente indígena é transportado ao Polo Base; e se o agravo requer atenção em unidade especializada ou hospitalar ele é transportado aos serviços da rede SUS, que em geral são distantes das aldeias e é nesse contexto que entra a Casa de Atenção à Saúde Indígena (CASAI)<sup>34</sup>.

A CASAI é uma instituição de apoio para o paciente e acompanhante que inclui alojamento, alimentação, assistência de enfermagem 24 horas, marcação de consulta e exames no Polo Base e/ou na rede SUS, acompanhamento do paciente indígena nessas necessidades e o seu retorno à comunidade com informações sobre o caso. A CASAI também oferta atividades de entretenimento como lazer, artesanato e educação em saúde para os acompanhantes e pacientes que puderem exercer tais atividades<sup>34</sup>.

A CASAI-DF é referência nacional, para receber os indígenas encaminhados pelos DSEI's, para tratamento especializado (média e alta complexidade) na rede SUS-DF. A análise dos prontuários permite verificar se há ou não mudança no perfil epidemiológico indígena permitindo também traçar um perfil de morbidade.

Este artigo objetiva, portanto, caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes indígenas referenciados à CASAI-DF e identificar outras morbidades, dados sociodemográficos, bem como a resolutividade dos encaminhamentos. Desse modo, busca-se também produzir informações que possam subsidiar futuras políticas de saúde voltadas à saúde indígena, levando-se em conta a transição epidemiológica dos povos indígenas.

## Metodologia

Foi realizado um estudo epidemiológico transversal, de base institucional, retrospectivo acerca do perfil epidemiológico dos indígenas encaminhados à CASA-DF, a partir da adaptação de um instrumento de coleta de dados Dantas, F.<sup>31</sup> e do prontuário médico do Ambulatório de Saúde Indígena (ASI) do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

Foram incluídas no estudo as informações de prontuários dos pacientes e os relatórios de contrarreferência dos indígenas admitidos na CASAI-DF no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2014. Tal período de escolha foi devido à publicação em 2011 do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022<sup>32</sup>, tema importante para a saúde indígena, tanto por estar em consonância com a transição epidemiológica – observada nesse estudo – quanto para qualificação de políticas pública com especificidade para a atenção à saúde indígena.

As análises das morbidades foram decodificadas segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10)<sup>33</sup> e agrupadas em três grandes categorias. Optou-se por esse agrupamento, em conformidade com a divisão feita pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo de reduzir o número de variáveis, o que facilita a visualização dos problemas e contribui para uma priorização de políticas públicas de saúde. O primeiro grupo abrange doenças transmissíveis, desnutrição, condições maternas e causas perinatais. O segundo grupo, se enquadra as doenças não transmissíveis e o terceiro grupo, as causas externas. Foram excluídos do agrupamento os diagnósticos relacionados ao capítulo XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte<sup>34</sup>.

O banco de dados da pesquisa apresentava informação de 168 prontuários. Os prontuários incluídos no estudo adotaram a variável idade como critério de inclusão. Deste modo foram incluídos na amostra de prontuários apenas os indígenas adultos com idade superior a 18 anos e classificados por faixa etária até os 60 anos, indígenas com idade igual ou superior a 60 anos foram considerados como idosos, sendo elegíveis 109 prontuários.

A seleção de prontuários de indivíduos com idade superior a 18 anos foi adotado devido o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que classifica como adolescentes pessoas até essa idade<sup>35</sup>. A classificação como idoso seguiu o Estatuto do Idoso, que se enquadra nessa categoria pessoas a partir de 60 anos<sup>36</sup>.

Quanto ao desfecho do tratamento dispensado aos indígenas foram consideradas três categorias: 1 alta, quando o paciente é dispensado da especialidade devido a resolatividade do tratamento; 2 em tratamento, quando houve marcação de consulta e/ou exame após dezembro de 2014; 3 não retornou, quando há marcação de retorno ou exame, porém não há registro da continuidade desse tratamento no prontuário.

Com o intuito de caracterizar o perfil sociodemográfico foram consideradas as seguintes variáveis do paciente: idade, sexo, etnia, DSEI de origem, Polo Base de origem. Por outro lado o conjunto de variáveis para caracterização do perfil epidemiológico está estruturado no quadro a seguir:

Variáveis do perfil epidemiológico			
Razão do encaminhamento	1. Investigação diagnostic 2. Emergência 3. Consulta ambulatorial		
Número de dias na CASAI			
Esferas do SUS	1. HUB 2. Outros hospitais		
Natureza da especialidade	1. Ortopedia 2. Dermatologia 3. Neurologia 4. Ginecologia 5. Outros		
Patologias	Grupo I – Doenças transmissíveis, desnutrição, condições maternas e causas perinatais	Sexo	
		Idade	
		Desfecho	Alta Tratamento Não retornou
	Grupo II - Doenças não transmissíveis	Sexo	
		Idade	
		Desfecho	Alta Tratamento Não retornou
	Grupo III – Causas Externas	Sexo	
		Idade	
		Desfecho	Alta Tratamento Não retornou

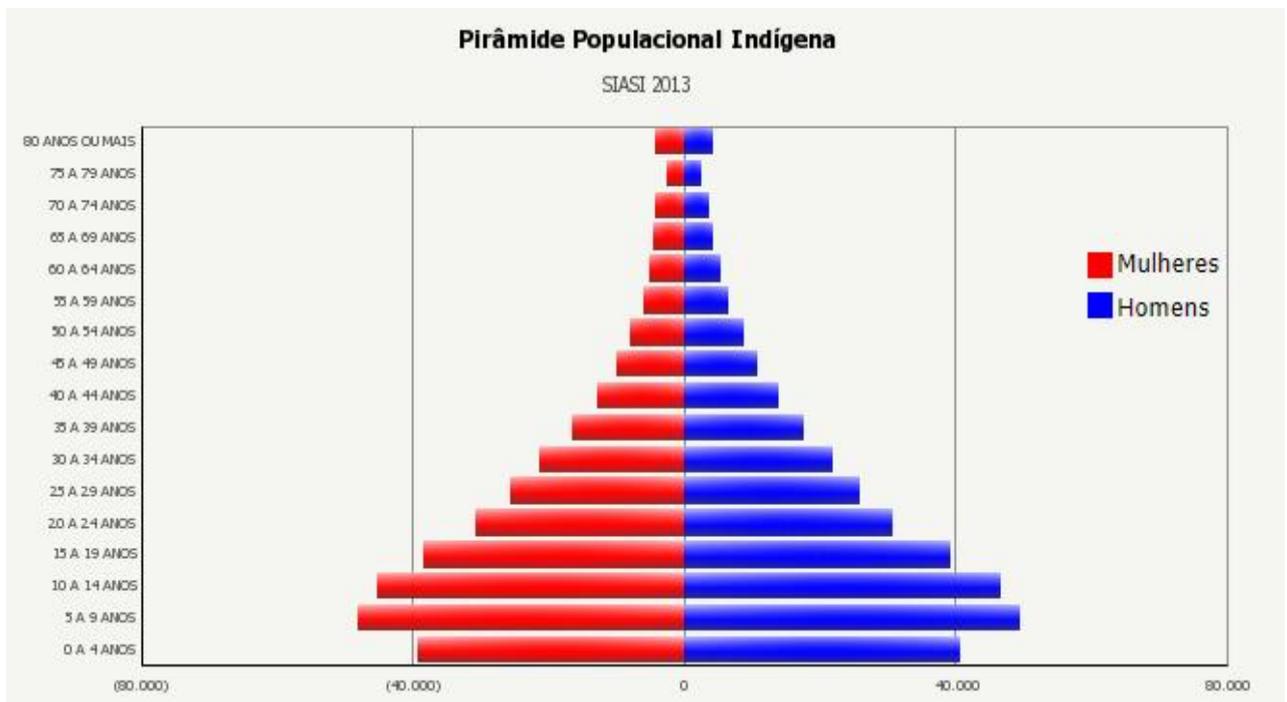
A análise estatística foi realizada utilizando o programa SPSS versão 20. O teste exato de Fisher foi utilizado para a probabilidade de significância sendo considerado o resultado da associação com significância estatística valores de  $p < 0,05$ <sup>37</sup>; para as variáveis quantitativas utilizou-se a média, mediana e o desvio padrão.

A coleta de dados foi realizada após aprovação do projeto Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 45011014.6.0000.0030 no Comitê de

Ética em Pesquisa (CEP), em conformidade com a resolução 304/00 e 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados e discussão

Segundo o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), a pirâmide populacional indígena, de 2013, possui a base larga e é composta por maioria masculina na faixa etária até 64 anos. Por outro lado, se observada à faixa etária acima de 65 anos, a característica sofre uma inversão, sendo mais frequente o sexo feminino nessa faixa<sup>42</sup>.



Sexo ▲	F	M
Faixa Etária ▲	Indígenas ▼	Indígenas ▼
80 ANOS OU MAIS	(4.373)	4.219
75 A 79 ANOS	(2.591)	2.713
70 A 74 ANOS	(4.126)	3.601
65 A 69 ANOS	(4.402)	4.244
60 A 64 ANOS	(5.139)	5.404
55 A 59 ANOS	(5.926)	6.459
50 A 54 ANOS	(7.831)	8.769
45 A 49 ANOS	(9.977)	10.877
40 A 44 ANOS	(12.723)	14.051
35 A 39 ANOS	(16.434)	17.622
30 A 34 ANOS	(21.405)	22.076
25 A 29 ANOS	(25.508)	25.950
20 A 24 ANOS	(30.675)	30.847
15 A 19 ANOS	(38.535)	39.222
10 A 14 ANOS	(45.179)	46.832
5 A 9 ANOS	(47.998)	49.488
0 A 4 ANOS	(39.318)	40.597
<b>Total</b>	<b>(322.140)</b>	<b>332.971</b>

Fonte: SIASI/SESAI/MS

Figura 5 – Pirâmide Populacional Indígena para o ano de 2013.

Em pesquisa realizada por Escobar et al. sobre causa de internação hospitalar indígena em Rondônia, houve predominância de mulheres nas internações. Todavia, retirando as internações por causas relativas ao parto, gravidez e puerpério, os homens eram a maior parte<sup>39</sup>. Os homens também foram a maioria com relação aos encaminhados à CASAI-DF, apenas a faixa etária entre os 40-49 as mulheres sobressaíram, fato que não reflete a pirâmide populacional indígena.

A mediana das idades encontradas nos prontuários estudados da CASAI-DF foi de 43 ( $\pm 17,3$ ), sendo o mais velho com idade de 82 anos. Esses dados alinham-se com os resultados assinalados na pesquisa de Bresan et al. realizada também com população adulta em indígenas Kaingang, na qual a mediana foi de 37 anos<sup>2</sup>. Por outro lado, o estudo de internação hospitalar de Escobar et al. com paciente de 0 a 87 evidenciou uma média de 20,8 anos<sup>39</sup>.

Conforme o IBGE, 36,2% dos indígenas residem em área urbana e apenas 57,7% vivem em terras indígenas<sup>41</sup>. No entanto, todos os admitidos na CASAI/DF eram aldeados, uma vez que são referenciados Subsistema de Saúde Indígena.

Foram identificadas 23 etnias entre os indígenas encaminhados à CASAI/DF. Apesar do SIASI apresentar apenas etnia Xavante no DSEI de mesmo nome<sup>42</sup>, foram identificados outras etnias nos prontuários referentes a esse DSEI. Destes 25 (22,9%) prontuários não foi possível obter essa informação. A dificuldade de informação também foi apontada por Escobar et al. e Hattori, os quais encontraram registros incompletos com ausência sobre dados demográficos dos pacientes<sup>39, 43</sup>.

Esse estudo mostra que o DSEI mais populoso (segundo o SIASI, é o Mato Grosso do Sul<sup>42</sup>) encaminhou apenas um paciente. O Polo Base mais populoso (Leonardo) e o menos populoso (Wawi) do DSEI Xingu foram os que mais encaminharam indígenas para tratamento de saúde em Brasília conforme os dados da tabela 2.

O DSEI Xingu representou 58,1% (61) indígenas da amostra, constituído pelas etnias Aweti, Ikpeng, Kalapalo, Kamayurá, Kaiabi, Kisedje, Kuikuro, Matipu, Mehinaku, Nahukwa, Tapayuna, Trumai, Waurá, e Yawalapiti. Dois prontuários não apresentava informação sobre a etnia.

O DSEI Xavante encaminhou 25,7% (27) indígenas; representado pelas etnias Juruna, Tseredi'a, Tsinhotse, Xavante. Dez prontuários não continham essa informação. Os Polos Base desse DSEI são Água Boa, Campinápolis, Marãiwatsede, Paranatinga, Sangradouro e São Marcos. Apenas Marãiwatsede e Paranatinga não encaminharam paciente para a CASAI/DF.

A seguir apresenta-se uma síntese dos dados sociodemográficos dos pacientes admitidos na CASAI/DF nos anos entre 2011 e 2014.

**Tabela 2.** Descrição sociodemográfica dos pacientes admitidos na CASAI-DF para tratamento de saúde. Brasília-DF, 2011-2014.

<b>Descrição demográfica</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo (n = 109)</b>		
Masculino	56	51,4
Feminino	53	48,6
<b>Idade – ambos os sexos (n = 109)</b>		
18-29 anos	28	25,7
30-39 anos	20	18,3
40-49 anos	29	26,6
50-59 anos	8	7,3
Acima de 60 anos	24	22,1

<b>DSEI de origem (n = 105)</b>		
Xingu	61	58,1
Xavante	27	25,7
Outros <sup>1</sup>	17	16,2
<b>Polo Base (n = 104)</b>		
Leonardo	44	42,3
Campinápolis	18	17,3
Wawi	10	9,6
Outros <sup>2</sup>	31	29,8
<b>Etnias (n = 88)</b>		
Kuikuro	16	18,2
Xavante	14	15,9
Kisedje	8	9,1
Kamayurá	7	7,9
Kalapalo	7	7,9
Outros <sup>3</sup>	36	41,0

Araguaia, Bahia, Mato Grosso do Sul, Médio Rio Purus, Palmas, Tocantins, Vilhena. Valores inferiores a 6,5% cada.

2 Água Boa, Barro Queimado, Cacoal, Casa Nova, Diauarum, Gurupi, Javae, Marrecão, Pau Brasil, Pavuru, Ribeirão de Cascalho, Sangradouro, Santa Tereza, São Felix, São Marcos, Sidrolândia, Tocantínia. Valores inferiores a 5,8% cada.

3 Aweti, Ikpeng, Juruna, Karamuru, Kayabi, Matipu, Mehinako, Nahukwa, Suruwaha, Tapayuna, Tapirape, Terena, Trumai, Tseredi'a, Tsinhotse, Waurá, Xerente, Yawalapiti. Valores inferiores a 7,0% cada.

A tabela 3 descreve a estatística dos dados quantitativos dos indígenas encaminhados à CASAI-DF. O tempo médio de permanência na CASAI-DF foi de 18,8 dias ( $\pm 29,5$ ) e a média do tempo de internação hospitalar foi de 12 dias ( $\pm 7,1$ ), período este que foi superior ao encontrado por Escobar et al. de 8,5 dia<sup>39</sup> e por Hattori de 10,6 dias<sup>43</sup>. Tal achado pode ser devido à complexidade do quadro clínico dos admitidos na CASAI/DF, uma vez que 24,7% dos encaminhados são por motivo de investigação diagnóstica e emergência. Observa-se que 100% dos pacientes foram contra referenciados para as equipes médicas de saúde indígena (EMSI) dos respectivos DSEI, porém esse dado não foi avaliado nesses outros dois estudos.

**Tabela 3.** Média, mediana e desvio padrão dos dados quantitativos dos indígenas admitidos na CASAI-DF, Brasília, 2011-2014.

<b>Variáveis</b>	<b>Idade em anos</b>	<b>Permanência em dias na CASAI/DF</b>	<b>Dias de internação</b>
Média	43,6881	18,8165	12,0800
Mediana	43,0000	8,0000	10,0000
Desvio padrão	17,30109	29,52876	7,17008

De acordo com a tabela 4, que expõe dados sobre os encaminhamentos e hospitalizações dos admitidos na CASAI/DF, 42,5% dos pacientes já haviam sido referenciados a instituição em anos anteriores a 2011 e, permaneceram sendo referenciados entre 2011 e 2014.

**Tabela 4.** Descrição dos encaminhamentos e hospitalizações dos pacientes admitidos na CASAI-DF para tratamento de saúde – Brasília-DF, 2011-2014.

<b>Esfera do SUS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Hospital encaminhado (n = 109)		
HUB	91	83,5
Outros <sup>1</sup>	18	16,5
<b>Natureza da Especialidade (n = 109)</b>		
Ortopedia	15	13,8
Neurologia	15	13,8
Ginecologia	10	9,1
Dermatologia	9	8,2
Outros <sup>2</sup>	60	55,1
<b>Razão do encaminhamento (n = 109)</b>		
Consulta ambulatorial	82	75,3
Investigação diagnóstica	19	17,4
Emergência	8	7,3
<b>Resolutividade (n =109)</b>		
Não retornou	42	35,8
Permanece em tratamento	39	38,5
Alta	28	25,7
Admissão na CASAI/DF anterior à data do estudo (n =109)	47	42,5
Diagnóstico de ao menos uma morbidade das 4 principais DCNT (n =109)	33	30,3
Internações (n = 109)	25	19,2
Causas mal definidas (n = 109)	21	23,8
Cirurgias (n = 109)	13	11,9
Contrarreferência para EMSI (n = 109)	109	100

<sup>1</sup>Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação, Hospital de Base do Distrito Federal, Hospital Regional de Taguatinga (HRT), Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), Hospital oftalmológico de Brasília (HOB) e Clínica de Olhos Goretti Melo. Valores inferiores a 6,5% cada.

<sup>2</sup> Alergologia, angiologia, cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, genética, hematologia, mastologia, nefrologia, odontologia, oftalmologia, oncohematologia, oncologia, otorrinolaringologia, proctologia, reumatologia, urologia. Valores inferiores a 6,5% cada.

Como pode ser observado na tabela acima o hospital que mais recebeu pacientes encaminhados da CASAI/DF foi o Hospital Universitário de Brasília (HUB), responsável por 83,17% das consultas. O fato do HUB ser o hospital mais referenciado nos prontuários é devido ser um hospital universitário de referência na

região, com investigação diagnóstica, tratamentos especializados e ter ambulatório de saúde indígena (ASI) - inaugurado em 2014 com o objetivo de fazer o acolhimento do indígena no serviço de saúde e o acompanhamento nas consultas - além de ter infraestrutura para internações, cirurgias, exames laboratoriais e de imagem<sup>44</sup>.

A ortopedia e a neurologia foram as especialidades mais procuradas, de acordo com o banco de dados. As patologias apresentadas na ortopedia foram: artrite, artrose, displasia fibrosa, disreflexia autonômica, fratura, lesão de menisco, raquitismo, tetraplegia. Já na neurologia foram: seqüela de AVC, epilepsia, fibromialgia, hernia de disco, miastenia gravis, mielopatia, polineuropatia carencial, Síndrome Túnel do Carpo.

Em relação às patologias tratadas pela ginecologia e obstetrícia foram identificadas as seguintes: cisto, fibrose pélvica, hidrosalpinge, holoprosencefalia alobar, mioma e neoplasia.

Além do atendimento pelas especialidades, também se encontravam casos de investigação diagnóstica. Esses dados convergem com outros estudos que apresentaram como causa de hospitalização e admissão na CASAI enfermidades relacionadas às doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório e doenças endócrina, nutricionais e metabólicas<sup>23,31,39,43,46</sup>.

O fato de 19,2% dos encaminhados retornarem sem um diagnóstico definido e 38,6% não retornarem ao tratamento em Brasília são dados que devem ser investigados, para verificar se houve adesão ou não ao tratamento, bem como a continuidade em outra localidade. Não consta nos prontuários e relatórios de contrarreferência a consulta com cuidadores ou médicos tradicionais (pajés, xamã), apesar do Ambulatório de Saúde Indígena do HUB oferecer essa possibilidade.

Esse estudo evidencia uma prevalência elevada de doenças crônicas não transmissíveis nos indígenas com idade superior a 18 anos, encaminhados à CASAI/DF. Desses, 30,3% dos indígenas da amostra apresentaram algum tipo de DCNT relacionada a hábitos de vida. Segundo o banco de dados, 6 pacientes tinham o diagnóstico de diabetes, 9 apresentaram doença do aparelho circulatório, 14 câncer e 1 doença respiratória crônica. Tais doenças são responsáveis por 72% das mortes prematuras e redução da qualidade de vida da população brasileira<sup>3</sup>.

Os fatores de risco para a DCNT na população brasileira em geral foram atribuídos ao baixo nível de atividade física, abuso de álcool, baixo consumo de frutas e hortaliças (23,6%, 34% da população consomem alimentos com alto teor de gordura, 28% ingerem refrigerante cinco ou mais dias por semana), sobrepeso 50,8%, entre outros e foram associados ao sexo masculino, idade mais avançada e escolaridade baixa<sup>8</sup>.

Na população indígena, os fatores de risco atribuídos ao aumento de síndrome metabólica, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, entre outras doenças do quadro de doenças crônicas não transmissíveis foram: consumo de alimentos industrializados, mudanças de hábitos culturais e perda de tradições indígenas<sup>28, 43</sup>. Pesquisa sobre o perfil metabólico e antropométrico apontam que, entre os Suyá (Kisedje), a introdução de tecnologias como o barco a motor e serra elétrica levaram à prevalência de excesso de peso entre os homens<sup>28</sup>.

No que tange a distribuição dos diagnósticos conforme o CID-10 os sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (Cap. XVIII) somam o total de 25 pacientes, sendo o capítulo de maior frequência dos encaminhamentos. Excetuando se aos achados relacionados ao capítulo XVIII e dividindo os demais diagnósticos pelos grandes grupos observa se que a maioria vem referenciada por problemas de saúde relacionados a doenças não transmissíveis.

Na tabela 5 foi considerado apenas um diagnóstico por indígena para distribuição conforme o CID-10 sendo considerado o diagnóstico que o levou ao encaminhamento para a CASAI-DF, identificando que as principais causas de encaminhamentos para tratamento de saúde em Brasília está relacionada a neoplasias (Cap. II) e doença do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (Cap. XIII).

**Tabela 5.** Distribuição do diagnóstico principal de encaminhamentos para a CASAI-DF por capítulo conforme Classificação Internacional de Doenças 10ª revisão – Brasília-DF, 2011-2014.

<b>Capítulos do CID</b>	<b>Grupo I*</b>	<b>Grupo II*</b>	<b>Total</b>
Capítulo I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3	-	3
Capítulo II – Neoplasias	-	20	20

Capítulo III – Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	-	1	1
Capítulo IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2	3	5
Capítulo IX – Doenças do aparelho circulatório	-	4	4
Capítulo VI – Doenças do sistema nervoso	-	10	10
Capítulo VII – Doenças do olho e anexos	-	4	4
Capítulo VIII – Doenças do ouvido e da apófise mastoide	-	1	1
Capítulo X – Doenças do aparelho respiratório	1	4	5
Capítulo XI – Doenças do aparelho digestivo	-	3	3
Capítulo XII – Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	3	3
Capítulo XIII – Doença do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	-	17	17
Capítulo XIV – Doenças do aparelho geniturinário	-	6	6
Capítulo XV – Gravidez, parto e puerpério.	2	-	2
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>76</b>	<b>84</b>

\*Grupo I – Doenças transmissíveis, desnutrição, condições maternas e causas perinatais. Grupo II – Doenças não transmissíveis

No estudo de Hattori no Hospital Universitário de Dourados, foram encontrados como as morbidades mais frequentes as doenças do aparelho respiratório (Cap. V) e as infecto parasitárias (Cap. I) mais diagnosticadas em crianças e doenças do aparelho digestivo (Cap. XI) que acometeram em sua maioria os adultos.<sup>43</sup> Dados semelhantes também foram encontrados nos Xavantes<sup>46</sup> e em mulheres >50 anos dos Guaranis do Sul e Sudeste. Todavia, entre os Guaranis foram os transtornos mentais e comportamentais (Cap. V) e doenças do aparelho circulatório (Cap. IX) responsáveis pela hospitalização dos homens<sup>22</sup>.

Nos hospitais de Porto Velho, Escobar et al. encontraram como morbidade mais frequente os sintomas e sinais mal definidos (Cap. XVIII) seguidos pelas

doenças do aparelho respiratório (Cap. V), pelas doenças infecto-parasitárias (Cap. I) e pelo contato com serviços de saúde (Cap. XXI)<sup>39</sup>.

Diferente dos estudos em que a causa da hospitalização se dá por condições sensíveis à atenção primária (CSAP)<sup>23,31,39,43,46</sup>, o quadro dos encaminhados à CASAI-DF se assemelha ao da população nacional, uma maior frequência de doenças crônicas que infecto contagiosas e parasitárias<sup>7, 8</sup>.

Segundo o banco de dados dos pacientes indígenas encaminhados à CASAI-DF, que apresentavam diagnóstico principal e/ou secundário relacionado aos quatro principais tipos de DCNT (doença respiratória crônica, diabetes *mellitus*, câncer e doenças cardiovasculares) foram 33 (30,0%).

Na tabela 6, observa-se a associação entre os três grandes grupos de morbidades e as variáveis sociais, motivo da consulta e desfecho do encaminhamento. Não se obteve nenhuma associação com significância estatística entre essas variáveis e os pacientes que tiveram diagnóstico que pertencia ao capítulo XVIII do CID-10 foram excluídos da associação.

Conforme a tabela a seguir a maioria dos encaminhados eram do sexo feminino ( $p = 0,600$ ), do DSEI Xingu ( $p = 0,919$ ), que não retornaram ao tratamento em Brasília ( $p = 0,087$ ) e vieram por motivo de consulta ambulatorial especializada ( $p = 0,868$ ), não apresentando diferença estatisticamente significativa nessas variáveis.

**Tabela 6.** Distribuição dos encaminhados a CASAI-DF segundo agrupamento em três grandes grupos de morbidade por sexo, faixa etária, desfecho de tratamento e motivo da consulta em Brasília-DF, 2011 a 2014.

Variáveis	Grupo I*	Grupo II**	Valor de p
N (%)	8 (9,5%)	76 (90,5%)	-
<b>Sexo</b>			<b>0,600</b>
Masculino	5 (11,1%)	40 (88,9%)	
Feminino	3 (7,7%)	36 (92,3%)	
<b>DSEI</b>			<b>0,919</b>
Xavante	4 (21,1%)	15 (78,9%)	
Xingu	0 (0,0%)	44 (100,0%)	
Outros <sup>1</sup>	4 (19,0%)	17 (81,0%)	
<b>Idade de admissão</b>			<b>0,991</b>
18-29 anos	2 (8,7%)	21 (91,3%)	
30-39 anos	2 (15,4%)	11 (84,6%)	
40-49 anos	1 (4,8%)	20 (95,2%)	
50-59 anos	1 (20,0%)	4 (80,0%)	

Acima de 60 anos	2 (9,1%)	20 (90,9%)	
<b>Motivo da consulta</b>			<b>0,868</b>
Investigação diagnóstica	0 (0,0%)	8 (100,0%)	
Emergência	2 (25,0%)	6 (75,0%)	
Consulta ambulatorial especializada	6 (8,8%)	62 (91,2%)	
<b>Desfecho</b>			<b>0,087</b>
Em tratamento	2 (6,2%)	30 (93,8%)	
Não retornou	1 (3,6%)	27 (96,4%)	
Alta	5 (20,8%)	21 (79,2%)	

1. Araguaia, Bahia, Mato Grosso do Sul, Médio Rio Purus, Palmas, Tocantins, Vilhena. Valores inferiores a 6,5% cada.

\*Grupo I – Doenças transmissíveis, desnutrição, condições maternas e causas perinatais.

\*\* Grupo II – Doenças não transmissíveis.

As doenças não transmissíveis representaram 90,5% do corte amostral, e as morbidades do grupo I, 9,5%, dados divergentes dos outros estudos relacionados à população indígena hospitalizada. Na pesquisa realizada por Escobar et al. as doenças infecciosas e parasitárias foram responsáveis por 15,6% das hospitalizações<sup>39</sup>.

Constatou-se que, segundo o banco de dados, não houve diagnóstico que pudesse ser classificado no grupo III (causas externas), fato que diverge do achado no DSEI Mato Grosso do Sul, onde os agravos referentes a esse grupo representam a maior causa de morte, uma vez que os indígenas desse estado vivem em constante conflito por seus direitos<sup>43</sup>.

### Considerações finais

Os resultados desta pesquisa permitem identificar o perfil epidemiológico dos pacientes indígenas encaminhados à CASAI-DF e reiteram dados relativos a outros estudos, sinalizando que as doenças crônicas têm alta prevalência nos pacientes indígenas estudados. Embora não seja possível extrapolar esses dados para o conjunto dos povos indígenas do Brasil, os dados reforçam a hipótese de transição epidemiológica incompleta nesses grupos populacionais, haja vista que, além da expressiva prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, também foi identificada baixa prevalência de doenças infecciosas e parasitárias. Contudo,

comparando os grupos de doenças e morbidade associadas, nota-se que as doenças crônicas são mais frequentes.

Entretanto, é interessante notar que a maiorias dos pacientes encaminhados à CASAI-DF são referenciados do DSEI Xingu e Xavante, fato que sugere a necessidade de mais atenção à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis na região e a construção de estratégias que favoreçam a consolidação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Embora os avanços na atenção à saúde indígena nos últimos 14 anos, a partir da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas sejam inegáveis, ainda se mantêm diversas fragilidades que exigem adequação e aprimoramento do Subsistema de Saúde Indígena. Entre os desafios apontados para o Subsistema, destacam-se: a necessidade de maior articulação intersetorial entre o Subsistema de Saúde Indígena e o SUS, mais profissionais qualificados para atuarem na Atenção à Saúde Indígena (clínica ampliada) aperfeiçoamento da relação entre a medicina tradicional indígena e a medicina ocidental e a valorização e o reconhecimento da medicina ancestral indígena e suas potencialidades.

Por fim, é importante destacar que os aspectos culturais são determinantes na prevenção do processo saúde-doença da população indígena, bem como podem ser uma forma de preservar e valorizar essa medicina. O respeito a seus costumes e seus tratamentos tradicionais exigem um perfil diferenciado do profissional de saúde que atenderá essa população tão rica em costumes e, infelizmente, ainda tão vulnerável em alguns aspectos sanitários.

### **Referências Bibliográficas**

1. Pereira RA, Alves-Souza RA, Vale JS. O processo de transição epidemiológica no Brasil: uma revisão de literatura. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente* 2015; 6(1): 99-108.
2. Araújo JD. Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2012; 21(4): 533-538.
3. World Health Organization. *Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles*, 2014.

4. Malta DC et al. Vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no SUS. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006; 15(3).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*; 2009.
6. Malta DC, Campos MO, Oliveira MM, Iser BPM, Bernal RTI, Claro RM et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2013; 24(3): 373-387.
7. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Vigilância em Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS; 2007.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. *Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasil; 2012.
9. Ferreira MEV, Matsuo T, Souza RKT. Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(12): 2.327-2.339.
10. Souza LG, Santos RV, Coimbra Jr CEA. *Demografia e saúde dos povos indígenas no Brasil: considerações a partir dos Xavântes de Mato Grosso (1999-2002)*. Porto Velho: Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia, Universidade Federal de Rondônia; 2005.
11. Orellana JDY, Basta PC, Santos RV, Coimbra Júnior CEA. Morbidade hospitalar em crianças indígenas Suruí menores de dez anos, Rondônia, Brasil: 2000 a 2004. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2007; 7(3): 281-287.
12. Miranda RA, Xavier FB, Nascimento JRL, Menezes RC. Prevalência de parasitismo intestinal nas aldeias indígenas da tribo Tembê, Amazônia Oriental Brasileira. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 1999; 32(4): 389-393.
13. Marques AM, Cunha RV. A medicação assistida e os índices de cura de tuberculose e de abandono de tratamento na população indígena Guaraní-kaiwá no município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(5): 1.405-1.411.

14. Machado Filho AC. Incidência da tuberculose em indígenas do município de São Gabriel da Cachoeira, AM. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2008; 41(3): 243-246.
15. Basta PC et al. Aspectos epidemiológicos da tuberculose na população indígena Suruí, Amazônia, Brasil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2004; 37(4): 338-342.
16. Coimbra Júnior CEA, Santos RV. Parasitismo intestinal entre o grupo indígena Zoró, estado de Mato Grosso (Brasil). *Cad. Saúde Pública* 1991; 7(1): 100-103.
17. Brasil. Ministério da Saúde. DataSUS indicadores e dados básicos Brasil 2012. Proporção de óbitos (%) por Grupo de Causas segundo Unidade da Federação  
Período: 2004-2006. Acessado 2016 jul 30. Disponível em:  
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c04.def>.
18. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Saúde Indígena. *Vigilância em saúde indígena: síntese dos Indicadores 2010*. Brasília: Funasa; 2010.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Indicadores Sociodemográficos de Saúde no Brasil*, Rio de Janeiro; 2009.
20. Santos RV, Coimbra Júnior CEA. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas. In: Coimbra Júnior CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e Saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 2003.
21. Guimaraes LAM, Grubits S. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. *Psicol. Soc.* 2007; 19(1): 45-51.
22. Cardoso AM, Coimbra Júnior CEA, Tavares FG. Morbidade hospitalar indígena Guarani no Sul e Sudeste do Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* 2010; 13(1): 21-34.
23. Tavares FG, Coimbra Júnior CEA, Cardoso AM. Blood pressure levels of Suruí indigenous adults in Rondônia, Brazil. *Ciênc. saúde coletiva* 2013; 18(5): 1.399-1.409.

24. Bresan D, Bastos LJ, Leite MS. Epidemiology of high blood pressure among the Kaingang people on the Xaçupé Indigenous Land in Santa Catarina State, Brazil, 2013. *Cad. Saúde Pública* 2015; 31(2): 331-344.
25. Oliveira GF, Oliveira TRR, Rodrigues FF, Corrêa LF, Ikejiri AT, Casulari LA. Prevalência de diabetes melito e tolerância à glicose diminuída nos indígenas da Aldeia Jaguapiru, Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica* 2011; 29(5): 315-321.
26. Barbosa JMV. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada no povo Indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira-PE, 2010. 2013. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife; 2013.
27. Cardoso AM, Mattos IE, Koifman RJ. Prevalência de diabetes *mellitus* e da síndrome de resistência insulínica nos índios Guarani do estado do Rio de Janeiro. In: Coimbra Júnior CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e Saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 2003.
28. Salvo VLMA, Rodrigues D, Baruzzi RG, Pagliaro H, Gimeno SGA. Perfil metabólico e antropométrico dos Suyá: Parque Indígena do Xingu, Brasil Central. *Rev. bras. epidemiol.* 2009; 12(3): 458-468.
29. Brasil. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.
30. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde; 2002.
31. Dantas FLL. Perfil de morbidade da população indígena infantil referenciada para a Casa de Saúde Indígena (CASAÍ) de Rio Branco. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2010.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o

- enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022; 2011.
33. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde-CID: 10ª revisão. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
  34. Nogueira RP. Mortalidade por três grandes grupos de causa no Brasil. *Políticas sociais – acompanhamento e análise*. 2004; 9: 139-145.
  35. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.
  36. Brasil. Lei nº 10/741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.
  37. Fisher RA. *Statistical methods for research workers*. New York, Hafner; 1954.
  38. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Atenção à Saúde Indígena. Pirâmide populacional dos indígenas cadastrados no SIASI em 2013 por diversos parâmetros de territorialidade indígena ou nacional. Brasil; 2013.
  39. Escobar AL et al. Causa de internação hospitalar indígenas em Rondônia. O Distrito Sanitário Especial Indígena Porto Velho. In: Coimbra Júnior CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e Saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 2003.
  40. Leite MS, Santos RV, Gugelmin SA, Coimbra Júnior CEA. Crescimento físico e perfil nutricional da população indígena Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(2): 265-276.
  41. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2010: Características gerais dos indígenas resultados do universo*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
  42. Brasil. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI)*. População Indígena por DSEI, Polo, Aldeia e Etnia. Brasil; 2013.
  43. Hattori TY. *Perfil epidemiológico dos indígenas internados em um hospital universitário*. Dissertação apresentada à Universidade Federal da Grande Dourados, Faculdade de Ciências da Saúde. Dourados; 2013.

44. Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários do SUS: *Plano Diretor Estratégico do Hospital Universitário de Brasília*. Ministério da Educação, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. São Paulo; 2013-2014.
45. Theme FMM et al. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: pesquisa nacional de saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2015; 18 (2): 83-96.
46. Lunardi R, Santos RV, Coimbra Júnior CEA. Morbidade hospitalar de indígenas Xavante, Mato Grosso, Brasil (2000-2002). *Rev. bras. epidemiol*. 2007; 10(4): 441-452.



## **ARTIGO 2**

**Perfil epidemiológico das crianças e adolescentes indígenas referenciados para a Casa de Saúde Indígena do Distrito Federal.**

**Epidemiological profile of indigenous children and teenagers referenced to the Indigenous Health House of the Federal District.**

Lívia Umebara Lopes An<sup>3</sup>

Maria da Graça Luderitz Hoefel<sup>4</sup>

**Resumo**

Este artigo visa caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes crianças e adolescentes indígenas referenciados à Casa de Saúde Indígena do Distrito Federal (CASAI/DF), bem como identificar outras morbidades e dados sociodemográficos. Constitui um estudo acerca do perfil epidemiológico desses indígenas por meio da adaptação de instrumento de coleta de dados. A população de estudo foi composta por 59 (cinquenta e nove) prontuários de indígenas com idade entre 0 e 17 anos, para análise adotou-se o programa SPSS Statistics 20<sup>®</sup>. Apenas a idade teve associação com significância estatística ( $p = 0,001$ ) com doenças congênitas; as morbidades mais frequentes estavam enquadradas nos capítulos XVII, XVIII e VI do CID-10 referentes às malformações congênitas, deformidade e anomalias cromossômicas; sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte; e doenças do aparelho nervoso. Apesar dos resultados encontrados não poderem ser extrapolados para representação nacional ou de um DSEI específico os achados revelam um perfil de adoecimento de criança e adolescentes referenciados a CASAI-DF diferente da bibliografia encontrada podendo estar relacionadas à resolutividade que a rede dos SUS do Distrito Federal apresenta no tocante a investigação diagnóstica, assistência e o acompanhamento das morbidades apresentadas.

**Palavras-chaves:** saúde indígena; epidemiologia; criança; morbidade;

---

<sup>3</sup>Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

<sup>4</sup>Médica. Doutora em Sociologia pela UFRGS. Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

**Abstract**

This article aims to characterize the epidemiological profile of children and teenagers indigenous patients referenced to the House of Indigenous Health of the Federal District (CASAI/DF), as well as to identify other morbidities and sociodemographic data. It is a study about the epidemiological profile of these Indians through the adaptation of an instrument of data collection. The study population consisted of 59 (fifty-nine) medical records of indigenous people aged 0 to 17 years, for the analysis was adopted the program SPSS Statistics 20®. Only age had an association with statistical significance ( $p = 0.001$ ) with congenital diseases; the most frequent morbidities were framed in chapters XVII, XVIII and VI of CID-10 referring to the congenital malformations, deformity and chromosomal anomalies; Symptoms, signs, and abnormal findings of clinical and laboratory tests, not elsewhere classified; and diseases of the nervous system. Although the results found can not be extrapolated to national representation or to a specific DSEI, the findings reveal a profile of the illness of children and adolescents referenced to CASAI-DF, different from the bibliography criteria found, which may be related to the resolutivity that the SUS network of the Federal District presents In relation to diagnostic investigation, care and monitoring of the presented morbidities.

**Keywords:** indigenous health; epidemiology; child; Morbidity

## Introdução

O conhecimento do perfil epidemiológico é fonte de dados que dá suporte para o planejamento e intervenções no quesito saúde, portanto, conhecer as morbidades que atingem a população a ser estudada dá embasamento para se evitar possíveis mortalidades por tais agravos<sup>1</sup>. Embora haja publicações específicas sobre parasitoses, deficiências nutricionais, tuberculose, elas geralmente são restritas a uma determinada etnia ou terra indígena não refletindo a totalidade dos povos. Essa escassez de informação é devido a vários fatores como a sociodiversidade dos povos, a ocupação geográfica e a parcela de indígenas isolados<sup>2</sup>.

No entanto, em 2009 foi publicado o I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, referentes aos anos de 2008 e 2009, com crianças menores de 60 meses, revelando que 1156 (19,2%) das crianças entrevistadas haviam sido hospitalizadas no último ano e as grandes causas das internações foram a diarreia, infecção respiratória aguda (IRA) pneumonia e malária. Outro dado importante ressaltado pelo inquérito foi à presença de agravos relacionados a carências nutricionais como a anemia, a desnutrição e a baixa estatura<sup>3</sup>.

Outros estudos posteriores ao inquérito e de etnias específicas apontam uma elevada incidência das morbidades em crianças indígenas relacionada a condições sensíveis à atenção primária, como doenças infecciosas, parasitárias, anemia, desnutrição e doenças do aparelho respiratório, principalmente em crianças menores de cinco anos, sendo maiores tais incidências em indígenas se comparada à população não indígena<sup>4-8</sup>.

Porem, ao relacionar a taxa de mortalidade, com o quesito raça/cor dos dados por capítulos do CID-10 dos dados fornecidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), nos anos de 2012 a 2016, para a população com menos de 5 anos observamos que a mortalidade por contato com os serviços de saúde é 7,3 vezes maior na população indígena que na população brasileira em geral, seguido de doenças do aparelho geniturinário (3,8), doenças osteomusculares e tecido conjuntivo (5,2), causas maldefinidas (3,8), doenças

endócrinas, nutricionais e metabólicas (3,5) e doenças do sistema nervoso (3,2), neoplasias (2,1). As mortes por doenças infecctoparasitárias e do aparelho respiratório são 1,5 e 1,72 vezes maior nas crianças indígenas respectivamente<sup>9</sup>.

Tais dados apontam para uma necessidade de maior abrangência do atendimento, de modo a se evitar mortes por essas moléstias. Também revelam uma desigualdade de acesso aos serviços de saúde bem como uma transição do perfil epidemiológico das morbimortalidades em crianças indígenas, que apresentam causas de morte relacionada a doenças crônicas e alta incidência de morbidades relacionadas a causas evitáveis.

O Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) é responsável por prover esse atendimento de saúde aos indígenas tanto em nível primário quanto em secundário e terciário. Quando há necessidade de assistência em locais distantes da aldeia o indígena é referenciado para a Casa de Atenção à Saúde Indígena (CASAI) onde encontrará apoio e suporte para que sua situação de saúde seja satisfeita<sup>10, 11</sup>.

A CASAI-DF recebe indígenas encaminhados pelos DSEI's para tratamento especializado nos hospitais do SUS no Distrito Federal. A análise dos prontuários da CASAI-DF permite verificar se há ou não mudança no perfil epidemiológico indígena e é relevante por se tratar de uma instituição para onde são encaminhados os indígenas que necessitam de tratamento de média e alta complexidade, permitindo também traçar um perfil de morbidade.

Este artigo objetiva caracterizar o perfil epidemiológico das crianças e adolescentes referenciados à CASAI-DF, identificar outras morbidades e dados sociodemográficos. Desse modo, busca-se também produzir informações que possam subsidiar futuras políticas de saúde voltadas para a transição epidemiológica dos povos indígenas.

## **Metodologia**

Foi realizado um estudo epidemiológico transversal, de base institucional, retrospectivo acerca do perfil epidemiológico dos indígenas encaminhados à CASAI-

DF, a partir da adaptação de um instrumento de coleta de dados Dantas, F.<sup>4</sup> e do prontuário médico do Ambulatório de Saúde Indígena (ASI) do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

Foram incluídas no estudo as informações de prontuários dos pacientes e os relatórios de contrarreferência dos indígenas admitidos na CASAI-DF no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2014.

As análises das morbidades foram codificadas segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10<sup>a</sup> revisão (CID-10)<sup>12</sup> e agrupadas em três grandes categorias. Optou-se por esse agrupamento, em conformidade com a divisão feita pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo de reduzir o número de variáveis, o que facilita a visualização dos problemas e contribui para uma priorização de políticas públicas de saúde. O primeiro grupo abrange doenças transmissíveis, desnutrição, condições maternas e causas perinatais. O segundo grupo, se enquadra as doenças não transmissíveis e o terceiro grupo, as causas externas. Foram excluídos do agrupamento os diagnósticos relacionados ao capítulo XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte<sup>13</sup>.

O banco de dados da pesquisa apresentava informação de 168 prontuários. Os prontuários incluídos no estudo adotaram a variável idade como critério de inclusão. Deste modo foram incluídos na amostra de prontuários apenas os indígenas com idade inferior a 18 anos, sendo elegíveis 59 prontuários.

A seleção de prontuários de indivíduos com idade inferior a 18 anos foi adotado devido o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que classifica como adolescentes pessoas até essa idade<sup>14</sup>.

Com o intuito de caracterizar o perfil sociodemográfico, foram consideradas as seguintes variáveis constantes dos prontuários dos pacientes: idade, sexo, etnia, DSEI de origem, polo base de origem. O conjunto de variáveis para caracterização do perfil epidemiológico está estruturado no quadro a seguir.

---

Variáveis do perfil epidemiológico das crianças e adolescentes encaminhados a CASAI

Razão do encaminhamento	1. Investigação diagnóstica 2. Emergência 3. Consulta ambulatorial
Número de dias na	

CASAI		
Esferas do SUS	1. HUB 2. SARA 3. Outros hospitais	
Natureza da especialidade	1. Pediatria 2. Neuropediatria 3. Ortopedia 4. Outros	
Etiologia	Congênita	Sexo Idade
	Infecciosa	Sexo Idade
	Outros	Sexo Idade

A análise estatística foi realizada utilizando o programa SPSS versão 20. O teste exato de Fisher foi utilizado para a probabilidade de significância sendo considerado o resultado da associação com significância estatística valores de  $p < 0,05$ <sup>15</sup>; para as variáveis quantitativas utilizou-se a média, mediana e o desvio padrão.

A coleta de dados foi realizada após aprovação do projeto Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 45011014.6.0000.0030 no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em conformidade com a resolução 304/00 e 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## Resultados e discussão

A caracterização dos 59 prontuários selecionados no período de 2011 a 2014 está descrita na tabela 7 na qual se observa que o maior quantitativo de encaminhamentos foi do sexo masculino (59,3%), crianças maiores de 1 anos e menores que 5 anos (40,7%), do DSEI Xingu (49,2%) e do polo-base Leonardo (32,2%), dos prontuários pesquisados 17 não apresentaram a etnia do paciente, como em outras pesquisas que também constataram que havia falha no preenchimento de dados sociodemográficos dos indígenas encaminhados à atenção secundária e/ou terciária<sup>4,5</sup>. Todos os indígenas vieram referenciados pelo polo-base ou CASAI.

A média das idades foi 5,49 ( $\pm 5,28$ ) com mediana 4, mostrando que o segmento populacional escolhido teve maior concentração nas idade de 0 a 10 anos. A média de dias de permanência na CASAI/DF foi de 16,91 ( $\pm 22,40$ ) com mediana 8, mostrando uma grande dispersão, onde o agrupamento maior se dá entre 1 a 39 dias, com relação aos 17 pacientes que precisaram de internação, seja para realização de cirurgia ou investigação diagnóstica a média foi de 16,58 ( $\pm 18,26$ ) com mediana 9, mínimo de 2 dias e máximo de 60 dias. Tais dados revelam elevada permanência das crianças indígenas bem como seus responsáveis que ficam fora do convívio de sua comunidade devido a problemas de saúde.

**Tabela 7.** Descrição sociodemográfica dos pacientes admitidos na CASAI-DF para tratamento de saúde. Brasília-DF, 2011-2014.

<b>Descrição demográfica</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo (n = 59)</b>		
Masculino	35	59,3
Feminino	24	40,7
<b>Idade – ambos os sexos (n = 59)</b>		
Menores de 1 ano	10	17,0
1-4 anos	24	40,7
5-10 anos	14	23,7
10-17 anos	11	18,6
<b>DSEI de origem (n = 59)</b>		
Xingu	29	49,2
Xavante	16	27,1
Outros <sup>1</sup>	14	23,7
<b>Polo Base (n = 58)</b>		
Leonardo	19	32,2
Campinápolis	9	15,3
Wawi	7	11,9
Outros <sup>2</sup>	23	39,0
<b>Etnias (n =42 )</b>		
Xavante	7	11,9
Kisedje	7	11,9
Kalapalo	6	10,2
Outros <sup>3</sup>	22	37,3

1. Araguaia, Bahia, Mato Grosso do Sul, Médio Rio Purus, Palmas, Tocantins, Vilhena, Yanomami. Valores inferiores a 6,8% cada.

2. Barro Queimado, Cacoal, Casa Nova, Diauarum, Gurupi, Javae, Marrecão, Pau Brasil, Pavuru, Ribeirão de Cascalho, Sangradouro, Santa Tereza, São Felix, São Marcos, Sidrolândia, Tocantínia. Valores inferiores a 6,8% cada.

3. Enawene, Ikpeng, Kamayurá, Kayapó, Kuikuru, Mehinako, Trumai, Waikisu, Wapixana, Waurá, Xerente, Yawalapiti, Yanomami.. Valores inferiores a 5% cada.

A tabela 8 referente ao atendimento hospitalar, 55,9% dos indígenas foram encaminhados para o Hospital Universitário de Brasília (HUB) e as especialidade com maior demanda foram a ortopedia, neuropediatria e pediatria, para consulta ambulatorial. Todos os indígenas atendidos em Brasília apresentaram relatório de contrarreferência para a equipe multidisciplinar de saúde indígena (EMSI) do DSEI de origem.

Percebe-se pela tabela 8 que das 17 internações, 11 foram por motivo cirúrgico, 03 para tratamento medicamentoso, 02 para investigação diagnóstica e 01 para tratamento fisioterápico; 13 (76,4%) hospitalizações foram de crianças menores de 05 anos e dessas, 9 (52,9%) foram provenientes do DSEI Xavante.

Ainda com relação a tabela 8 e as informações contidas no banco de dados; das 04 consultas da oncologia 03 pacientes eram oriundos do DSEI Leste de Roraima e 01 do DSEI Yanomami, que são DSEI vizinhos localizados em áreas de fronteira ao norte do país. Das 09 consultas com o neuropediatra 08 eram de xinguanos. Independente da limitação apresentada pela amostra há necessidade de mais pesquisas sobre a incidência de câncer e problemas neurológicos, bem como fatores ambientais, que poderiam estar interferindo na saúde da população indígena mais especificamente nos distritos referidos.

**Tabela 8.** Descrição dos encaminhamentos e hospitalizações dos pacientes admitidos na CASAI/DF para tratamento de saúde – Brasília-DF, 2011-2014.

<b>Descrição dos encaminhamentos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Hospital encaminhado (n = 59)		
HUB	33	55,9
SARAH	13	22,0
Outros <sup>1</sup>	13	22,0
<b>Especialidade (n = 59)</b>		
Neuropediatria	9	15,3
Ortopedia	10	16,9
Pediatria	9	15,3
Outros <sup>2</sup>	31	52,5
<b>Motivo do encaminhamento (n = 59)</b>		
Consulta ambulatorial especializada	42	71,2
Investigação diagnóstica	14	23,7
Emergência	3	5,1
<b>Ocorrências das consultas (n =59)</b>		

Internações (n = 59)	17	28,8
Cirurgias (n = 59)	11	18,6
Contrarreferência para EMSI (n =59)	59	100

1. Hospital de Base do Distrito Federal, Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), Hospital da Criança de Brasília (HCB), Hospital Regional de Sobradinho (HRS), Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), Instituto do Coração (Incor). Valores inferiores a 6,9% cada.

2. Cardiologia, cirurgia pediátrica, dermatologia, emergência, endocrinopediatria, gastroenterologia, genética, infectologia, odontologia, oftalmologia, onco-hematologia, oncologia, otorrinolaringologia, pneumologia, reabilitação infantil, reumatologia. Valores inferiores a 6,9% cada.

Com relação à etiologia pode ser observado no banco de dados que patologias de base congênita e infecciosa representavam mais de 50% dos motivos de encaminhamento à CASAI/DF. Na tabela 9, podemos observar a associação feita entre as etiologias, as variáveis sociais e motivo da consulta.

**Tabela 9.** Distribuição dos encaminhados a CASAI/DF segundo agrupamento em etiologia da doença por sexo, faixa etária e motivo da consulta em Brasília-DF, 2011 a 2014.

Variáveis	Congênita	Infecciosa	Outros	Valor de p
N (%)	28 (47,5%)	8 (13,5%)	23(39,0%)	-
<b>Sexo</b>				<b>0,264</b>
Masculino	14 (40,0%)	6 (17,2%)	15(42,8%)	
Feminino	14 (58,3%)	2 (8,3%)	8(33,3%)	
<b>DSEI</b>				<b>0,287</b>
Xavante	10 (62,5%)	4 (25,0%)	2(12,5%)	
Xingu	11 (38,0%)	3 (10,3%)	15(51,7%)	
Outros <sup>1</sup>	7 (50,0%)	1 (7,1%)	6(42,9%)	
<b>Idade de admissão</b>				<b>0,001</b>
Menores de 1 ano	7 (70,0%)	1 (10,0%)	2(20,0%)	
1-4 anos	14(58,3%)	2(8,3%)	8(33,3%)	
5-10 anos	5(35,7%)	1(7,2%)	8(57,1%)	
10-17 anos	0 (0,0%)	4(36,4%)	7(63,6%)	
<b>Motivo da consulta</b>				<b>0,159</b>
Investigação diagnóstica	4 (28,5%)	2(14,4%)	8(57,1%)	
Emergência	2(66,6%)	1(33,3%)	0(0,0%)	
Consulta ambulatorial	22 (52,4%)	5(11,9%)	15(35,7%)	

1. Araguaia, Bahia, Mato Grosso do Sul, Médio Rio Purus, Palmas, Tocantins, Vilhena, Yanomami. Valores inferiores a 6,8% cada.

As morbidades referentes a etiologia congênita foram às más formações, doenças metabólicas e genéticas como lábio leporino, encefalocele, gastrosquise,

síndrome de Robinow, mielomeningocele, síndrome da brida amniótica, hipotireoidismo.

Com relação às infecciosas foram encontradas as pneumonias, tuberculose, meningite e sequela de tuberculose.

No tocante a outras etiologias estavam patologias como leucemia, epilepsia, osteomielite, fratura, adenopatia, cisto artrosinovial, lesão de corno anterior, cisto cerebral aracnoide.

Além das morbidades ou quadro de sintomas apresentados como motivo principal para o encaminhamento para o Distrito Federal, 16 pacientes apresentaram outras patologias, tanto relacionadas aos fatores congênitos, como insuficiência mitral, encefalocele anterior, hidrocefalia, quanto a fatores sensíveis a atenção primária, dentre essas foram encontradas a desnutrição, escabiose, tuberculose, hepatite B, pneumonia e anemia.

Caldart et al, 2016, também encontrou em sua pesquisa taxas elevadas de crianças yanomamis internadas por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP) chegando a casa de 90% as hospitalizações por pneumonia, gastroenterites e deficiência nutricional com fatores associados a ICSAP<sup>16</sup>. Tais achados indicam dificuldades enfrentadas pela assistência prestada pela atenção básica, podendo ser relacionada tanto ao acesso desse indígena ao serviço de saúde, quanto à implantação de intervenções e adesão ao tratamento<sup>4, 8</sup>.

A CASAI/DF apresentou em maior número de encaminhamentos devido a doenças não transmissíveis, como são as de etiologia congênita, do que as morbidades relacionadas às infecciosas e parasitárias, corroborando com o resultado encontrado na tabela 9, onde a faixa de idade apresentou associação com significância estatística ( $p= 0,001$ ) no tocante a etiologia, tal significância pode estar relacionada aos pacientes menores de um ano que apresentaram doenças congênitas, reforçando os achados da tabela 10.

---

**Tabela 10.** Distribuição do diagnóstico principal de encaminhamentos para a CASAI-DF por capítulo conforme Classificação Internacional de Doenças 10<sup>a</sup> revisão – Brasília-DF, 2011-2014.

---

Capítulos do CID	Grupo I*	Grupo II*	Total
------------------	----------	-----------	-------

Capítulo I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5	-	5
Capítulo II – Neoplasias	-	3	3
Capítulo IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2	2	4
Capítulo VI – Doenças do sistema nervoso	-	7	7
Capítulo IX – Doenças do aparelho circulatório	-	1	1
Capítulo X – Doenças do aparelho respiratório	1	3	4
Capítulo XI – Doenças do aparelho digestivo	-	1	1
Capítulo XIII – Doença do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	-	6	6
Capítulo XIV – Doenças do aparelho geniturinário	-	1	1
Capítulo XVII – Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	-	15	15
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>39</b>	<b>47</b>

\* Grupo I – Doenças transmissíveis, desnutrição, condições maternas e causas perinatais; Grupo II – Doenças não transmissíveis.

A tabela 10 foi construída com base em apenas um diagnóstico por indígena levando em consideração apenas o diagnóstico que o levou ao encaminhamento à CASAI-DF e mostra as principais causas de encaminhamento para a CASAI/DF classificadas pelo CID 10, 12 pacientes foram enquadrados no capítulo XVIII que são os sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte.

Quando ranqueados, mostra que as maiores incidências de morbidades estão relacionadas aos capítulos XVII (que trata das malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas), seguido pelo XVIII (que elenca sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte) e o capítulo VI (sobre doenças do sistema nervoso). Podendo estar relacionada a resolutividade que a rede do SUS no Distrito Federal apresenta no tocante ao suporte para atendimento de saúde dos indígenas com doenças neurológicas, malformação congênita e morbidades que necessitem de

investigação diagnóstica e/ou assistência na área da genética, cirurgia plástica e acompanhamento das síndromes.

Os resultados encontrados na CASAI/DF divergem de outras pesquisas sobre morbidades e internações que adotaram a CID 10 como parâmetro para a classificação das doenças, uma vez que estas obtiveram pouca ou nenhuma representação para o capítulo XVII (malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas). Escobar et al, 2003, em hospitais de Porto Velho no período de 1998-2001 obteve 2 (0,4%) internações por essa morbidade, Hattori, 2013, encontrou 12 (1,6%)<sup>5,17</sup>. Dantas, 2010, apresentou 61 (8,8%) encaminhamentos para a CASAI de Rio Branco devido à malformação congênita, porém sua amostra era composta apenas por crianças menores de 10 anos, em sua pesquisa essa morbidade foi mais comum entre as etnias Apurinã e Kaxinawá, tais resultados foram atribuídos à consanguinidade nos relacionamentos<sup>4</sup>.

Pesquisas que prezam por esse tipo de classificação apontam que as doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho respiratório são as principais causas de hospitalizações como aponta a realizada por Lunardi et al, 2007, onde as doenças mais prevalentes nas internações entre as crianças Xavantes menores de cinco anos, no período de 2000-2002, foram as relacionadas ao capítulo I, IV e X do CID 10, ou seja, doenças infecciosas e parasitárias; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, e doença do aparelho respiratório<sup>6</sup>.

Esses resultados se repetem, tanto em pesquisas realizadas na década de 90 (do século passado) quanto em anos após a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, embora com menor frequência, porém ainda sendo as de maior morbidade principalmente em crianças menores de 5 anos, o que mostra do Subsistema de Saúde Indígena e deficiência e desafios a serem enfrentados<sup>4-7, 17</sup>.

### **Considerações finais**

Os resultados desta pesquisa permitem identificar o perfil epidemiológico das crianças e adolescentes indígenas encaminhados à CASAI/DF. As morbidades mais frequentes se encontram nos capítulos XVII, XVIII e VI referentes às malformações congênicas, deformidade e anomalias cromossômicas; sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte; e

doenças do aparelho nervoso, respectivamente. Apesar dos resultados encontrados não poderem ser extrapolados para representação nacional ou de um DSEI específico os achados revelam um perfil de adoecimento de criança e adolescentes referenciados a CASAI-DF, diferente da bibliográfica encontrada<sup>4, 5, 17</sup>, essas mudanças podem estar relacionadas a resolutividade que a rede dos SUS do Distrito Federal apresenta no tocante a investigação diagnóstica, assistência e o acompanhamento das morbidades apresentadas.

Apesar dos referenciados virem em sua maioria para tratamento de malformações (47,5%), 13,5% dos indígenas apresentaram diagnóstico relacionado às doenças infecciosas e parasitárias, sendo esse tipo de morbidade ainda uma realidade para os povos autóctones.

Os avanços na atenção à saúde indígena nos últimos 14 anos (após a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas) são inegáveis, apresentando uma contrarreferência de alta complexidade para o diagnóstico tratamento e acompanhamento de patologias crônicas e também infecciosas. Entre os desafios apontados para o subsistema, destacam-se: a necessidade de maior articulação entre os diversos elementos do Subsistema de Saúde Indígena e o SUS, mais profissionais qualificados para atuarem na Atenção à Saúde Indígena (clínica ampliada), aperfeiçoamento da relação entre a medicina tradicional indígena e a medicina ocidental, a valorização e o reconhecimento da medicina ancestral indígena e suas potencialidades.

## Referências

1. Carvalho MS, d'Orsi E, Prates EC, Toschi WDM, Shiraiwa T, Campos TP, Ell E, Garcia NL, Junqueira AP, Serrão SA & Tavares ELA. Survey of Demand for Medical Care in Three Public Health Clinics in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 10 (1): 17-29, Jan/Mar, 1994
2. Santos RV, Coimbra Júnior CEA. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas. In: Coimbra Júnior CEA, Santos RV,

- Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e Saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 2003.
3. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas: relatório final. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2009.
  4. Dantas FLL. Perfil de morbidade da população indígena infantil referenciada para a Casa de Saúde Indígena (CASAI) de Rio Branco. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2010.
  5. Escobar AL et al. Causa de internação hospitalar indígenas em Rondônia. O Distrito Sanitário Especial Indígena Porto Velho. In: Coimbra Júnior CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e Saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 2003.
  6. Lunardi R, Santos RV, Coimbra Júnior CEA. Morbidade hospitalar de indígenas Xavante, Mato Grosso, Brasil (2000-2002). *Rev. bras. epidemiol.* 2007; 10(4): 441-452.
  7. Ferreira AA, Santos RV, Souza JAM, Welch JR., Coimbra Junior CEA. Anemia e níveis de hemoglobina em crianças indígenas Xavante, Brasil Central. *Rev. bras. epidemiol.* 2017 Mar; 20( 1 ): 102-114.
  8. Campos SBG, Menezes RCE, Oliveira MAA, Silva DAV, Longo-Silva G, Oliveira JS et al . Short stature in children of Karapotó ethnic background, São Sebastião, Alagoas, Brazil. *Rev. paul. pediatr.* 2016 June; 34( 2 ): 197-203.
  9. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Taxa mortalidade por Capítulo CID-10 segundo Cor/raça Faixa Etária 1: Menor 1 ano, 1 a 4 anos Período: 2012-2016.
  10. Brasil. **Lei nº 9.836**, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

11. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde; 2002.
12. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde-CID: 10ª revisão*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
13. Nogueira RP. Mortalidade por três grandes grupos de causa no Brasil. *Políticas sociais – acompanhamento e análise*. 2004; 9: 139-145.
14. Brasil. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.
15. Fisher RA. *Statistical methods for research workers*. New York, Hafner; 1954.
16. Caldart RV, Marrero L, Basta PC, Orellana JDY. Factors associated with pneumonia in Yanomami children hospitalized for Ambulatory Care sensitive conditions in the north of Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1597-1606, 2016.
17. Hattori TY. *Perfil epidemiológico dos indígenas internados em um hospital universitário*. Dissertação apresentada à Universidade Federal da Grande Dourados, Faculdade de Ciências da Saúde. Dourados; 2013.

## CONCLUSÃO

Os resultados encontrados nesta pesquisa permitem identificar o perfil epidemiológico dos pacientes indígenas encaminhados à CASAI-DF e reiteram dados relativos a outros estudos de prevalência de doenças crônicas relacionadas à hábitos de vida na população indígena que foram identificada em 30,3% dos referenciados.

Outro dado que chamou atenção foi que 90,5% dos referenciados vieram para tratamento de doença não transmissível e 9,5% por doenças transmissíveis, desnutrição e condições maternas e puerperais, dados que reforçam a hipótese de transição epidemiológica incompleta nesses grupos populacionais, haja vista que, além da expressiva prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, também foi identificada baixa prevalência de doenças infecciosas e parasitárias. Contudo, comparando os grupos de doenças e morbidade associadas, nota-se que as doenças crônicas são mais frequentes.

Entretanto, é interessante notar que a maiorias dos pacientes encaminhados à CASAI-DF são referenciados do DSEI Xingu e Xavante, fato que sugere a necessidade de mais atenção à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis na região e a construção de estratégias que favoreçam a consolidação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

No que se refere às crianças e adolescentes referenciados à CASAI-DF pode-se destacar que as morbidades mais frequentes foram malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (cap. XVII), sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (cap. XVIII) e doenças do sistema nervoso (cap. VI), 13,5% dos indígenas apresentaram diagnóstico relacionado às doenças infecciosas e parasitárias. 47,5% doenças congênita. Tais dados foram diferentes dos encontrados nos estudo de Escobar ET al, 2003; Dantas, 2010 e Hattori, 2013 sendo necessário novas pesquisas para aprofundar sobre os dados encontrados, mas associa-se tais encaminhamentos ao

fato de Brasília ter uma boa rede hospitalar com capacidade de investigação de diagnóstico e acompanhamento.

Os avanços na atenção à saúde indígena nos últimos 14 anos (após a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas) são inegáveis, apresentando uma contrarreferência de alta complexidade para o diagnóstico tratamento e acompanhamento de patologias crônicas e também infecciosas. Entre os desafios apontados para o subsistema, destacam-se: a necessidade de maior articulação entre os diversos elementos do Subsistema de Saúde Indígena e o SUS, mais profissionais qualificados para atuarem na Atenção à Saúde Indígena (clínica ampliada), aperfeiçoamento da relação entre a medicina tradicional indígena e a medicina ocidental, a valorização e o reconhecimento da medicina ancestral indígena e suas potencialidades.

Por fim, é importante destacar que os aspectos culturais são determinantes na prevenção do processo saúde-doença da população indígena, bem como podem ser uma forma de preservar e valorizar essa medicina. O respeito a seus costumes e seus tratamentos tradicionais exigem um perfil diferenciado do profissional de saúde que atenderá essa população tão rica em costumes e, infelizmente, ainda tão vulnerável em alguns aspectos relacionados à saúde.



## APÊNDICE

## APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Instrumento de coleta de dados  
Perfil epidemiológico dos indígenas referenciados para Casa de Saúde Indígena do Distrito Federal-CASAI/DF

Data da coleta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N° do prontuário \_\_\_\_\_ N° do questionário \_\_\_\_\_

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. Sexo:  Masculino  Feminino
3. Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ sem certidão:
4. Etnia: \_\_\_\_\_
5. Aldeado:  Sim  Não Aldeia: \_\_\_\_\_  
Polo-base: \_\_\_\_\_  
DSEI: \_\_\_\_\_
6. Estado: \_\_\_\_\_
7. Data de admissão na CASAI: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data de alta da CASAI: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Idade de admissão na CASAI: \_\_\_\_\_
8. Motivo da consulta: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_

Congênita

Adquirida

- Carencial
- Infecção
- Trauma
- Outros


Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Patologias associadas: \_\_\_\_\_

Data da consulta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Encaminhamentos da consulta: \_\_\_\_\_

Hospital da consulta:

HUB	HCB	<u>HRPa</u>	HRC	HRT	HSVP	HRG	<u>HRPI</u>	SARAH
HRAN	HAB	HBDF	HRS	HMIB	<u>HRBz</u>	<u>HRGu</u>	<u>HRSam</u>	HRSM

9. Motivo da consulta: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_

Congênita

Adquirida

- Carencial
- Infecção
- Trauma
- Outros


Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Patologias associadas: \_\_\_\_\_

Data da consulta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Encaminhamentos da consulta: \_\_\_\_\_

Hospital da consulta:

HUB	HCB	<u>HRPa</u>	HRC	HRT	HSVP	HRG	<u>HRPI</u>	SARAH
HRAN	HAB	HBDF	HRS	HMIB	<u>HRBz</u>	<u>HRGu</u>	<u>HRSam</u>	HRSM

10. Motivo da internação: \_\_\_\_\_

--

Instrumento de coleta de dados adaptado de instrumento de coleta de dados da dissertação de mestrado de Fernanda Lage Lima Dantas

Instrumento adaptado de instrumento de coleta de dados – prontuário do Ambulatório de Saúde Indígenas do HUB.

Perfil epidemiológico dos indígenas referenciados para Casa de Saúde Indígena do Distrito Federal-CASAI/DF

Congênita    
 Adquirida    
 → Carencial    
 → Infecção    
 → Trauma    
 → Outros

Diagnóstico: \_\_\_\_\_   
 Patologias associadas: \_\_\_\_\_   
 Data da internação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data da alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tempo de internação: \_\_\_\_\_   
 Hospital de internação: \_\_\_\_\_

HUB	HCB	<u>HRPa</u>	HRC	HRT	HSVP	HRG	<u>HRPI</u>	SARAH
HRAN	HAB	HBDF	HRS	HMIB	<u>HRBz</u>	<u>HRGu</u>	<u>HRSam</u>	HRSM

11. Motivo da internação: \_\_\_\_\_

Congênita    
 Adquirida    
 → Carencial    
 → Infecção    
 → Trauma    
 → Outros

Diagnóstico: \_\_\_\_\_   
 Patologias associadas: \_\_\_\_\_   
 Data da internação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data da alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tempo de internação: \_\_\_\_\_   
 Hospital de internação: \_\_\_\_\_

HUB	HCB	<u>HRPa</u>	HRC	HRT	HSVP	HRG	<u>HRPI</u>	SARAH
HRAN	HAB	HBDF	HRS	HMIB	<u>HRBz</u>	<u>HRGu</u>	<u>HRSam</u>	HRSM

12. Cirurgia realizada: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

HUB	HCB	<u>HRPa</u>	HRC	HRT	HSVP	HRG	<u>HRPI</u>	SARAH
HRAN	HAB	HBDF	HRS	HMIB	<u>HRBz</u>	<u>HRGu</u>	<u>HRSam</u>	HRSM

13. Cirurgia realizada: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

HUB	HCB	<u>HRPa</u>	HRC	HRT	HSVP	HRG	<u>HRPI</u>	SARAH
HRAN	HAB	HBDF	HRS	HMIB	<u>HRBz</u>	<u>HRGu</u>	<u>HRSam</u>	HRSM

14. Origem do encaminhamento: \_\_\_\_\_

15. Para onde foi encaminhado: \_\_\_\_\_

16. Análise do boletim de alta: \_\_\_\_\_

17. Outras informações: \_\_\_\_\_

Instrumento de coleta de dados adaptado de instrumento de coleta de dados da dissertação de mestrado de Fernanda Lage Lima Dantas  
 Instrumento adaptado de instrumento de coleta de dados – prontuário do Ambulatório de Saúde Indígenas do HUB.



**ANEXOS**

# ANEXO A - DOCUMENTO DE APROVAÇÃO PELA COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA (CONEP)

12/07/2017

Plataforma Brasil

Saúde



Livia Umebara Lopes An - Pesquisador | V3.0

Cadastros Sua sessão expira em: 22min 12

## DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

### DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Perfil epidemiológico dos indígenas referenciados para Casa de Saúde Indígena do Distrito Federal-CASA/IDF  
**Pesquisador Responsável:** Livia Umebara Lopes An  
**Área Temática:** Estudos com populações indígenas;  
**Versão:** 1  
**CAAE:** 45011014.6.0000.0030  
**Submetido em:** 10/05/2015  
**Instituição Proponente:** Departamento de Saúde Coletiva  
**Situação da Versão do Projeto:** Aprovado  
**Localização atual da Versão do Projeto:** Pesquisador Responsável  
**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio



Comprovante de Recepção: PB\_COMPROVANTE\_RECEPCAO\_418276

### DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

- Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 1
  - Projeto Original (PO) - Versão 1
    - Documentos do Projeto
      - Folha de Rosto - Submissão 1
      - Informações Básicas do Projeto - Subm
      - Outros - Submissão 1
      - Projeto Detalhado / Brochura Investiga
      - Apreciação 1 - CONEP - Versão 1
      - Apreciação 1 - UnB - Faculdade de Ciênci
      - Projeto Completo

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
-------------------	----------	---------	----------	-------

### LISTA DE APRECIACIONES DO PROJETO

Apreciação *	Pesquisador Responsável *	Versão *	Submissão *	Modificação *	Situação *	Exclusiva do Centro Coord. *	Ações
PO	Livia Umebara Lopes An	1		11/08/2015	Aprovado	Não	

### HISTÓRICO DE TRÂMITES

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	11/08/2015 15:08:04	Efetivada a Apreciação da CONEP			Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília - CEP/FS-UnB		
PO	11/08/2015 15:08:04	Parecer liberado			CONEP	Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília - CEP/FS-UnB	
PO	11/08/2015 15:07:51	Parecer do Colegiado Editado			CONEP	CONEP	
PO	05/08/2015 19:34:53	Parecer do colegiado emitido			CONEP	CONEP	
PO	05/08/2015 10:48:15	Parecer do colegiado liberado			CONEP	CONEP	
PO	29/07/2015 15:47:59	Parecer do colegiado em análise			CONEP	CONEP	
PO	01/07/2015 10:49:20	Parecer do relator emitido			CONEP	CONEP	
PO	01/07/2015 10:48:53	Aceleração de Elaboração de Relatoria			CONEP	CONEP	
PO	25/06/2015 09:15:56	Confirmação de Indicação de Relatoria			CONEP	CONEP	
PO	24/06/2015 09:42:04	Indicação de Relatoria			CONEP	CONEP	

«« « Ocorrência 1 a 10 de 27 registro(s) »»

## ANEXO B – COMPROVANTE DA SUBMISSÃO DOS ARTIGOS À REVISTA CIÊNCIA SAÚDE COLETIVA

Ciência & Saúde Coletiva - Manuscript ID CSC-2016-3088

Entrada x



Ciência & Saúde Coletiva <onbehalfof+danuziacienciaesaudecoletiva+gmail.com@manuscriptcentral.com> 08/11/2016 ☆  
para mim, mim, gracahoefel

inglês > português Traduzir mensagem Desativar para: inglês x

08-Nov-2016

Dear Ms. An:

Your manuscript entitled "Epidemiological profile of indigenous referred to the Indigenous Health House of the Distrito Federal, Brazil." has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the **Ciência & Saúde Coletiva**.

Your manuscript ID is CSC-2016-3088.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the **Ciência & Saúde Coletiva**.

Sincerely,  
Ciência & Saúde Coletiva Editorial Office

Ciência & Saúde Coletiva - Manuscript ID CSC-2017-1676

Entrada x



Ciência & Saúde Coletiva <onbehalfof+danuziacienciaesaudecoletiva+gmail.com@manuscriptce> 5 de jul (Há 13 dias) ☆  
para mim, mim, gracahoefel

inglês > português Traduzir mensagem Desativar para: inglês x

05-Jul-2017

Dear Ms. An:

Your manuscript entitled "Epidemiological profile of indigenous children and teenagers referenced to the Indigenous Health House of the Federal District Brazil." has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the **Ciência & Saúde Coletiva**.

Your manuscript ID is CSC-2017-1676.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the **Ciência & Saúde Coletiva**.

Sincerely,  
Ciência & Saúde Coletiva Editorial Office