



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Gabinete
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

ANEXO XXXIV

RELATÓRIO SITUACIONAL DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA MÉDIO RIO PURUS

1. HISTÓRICO

Durante muito tempo a assistência prestada aos povos indígenas era realizada pelas missões religiosas e não atendia todas as etnias. Os povos indígenas do Brasil passaram a ser considerados como foco de políticas públicas a partir de 1910, com a criação do Serviço de Proteção ao Índio e Levantamento de Trabalhadores Nacionais (SPILT), cuja missão era proteger os índios, procurando incluí-los na sociedade e suas terras no sistema produtivo nacional. Considerado como a primeira política para esses povos, o SPILT visava à transformação do índio em trabalhador nacional, tornando-o “civilizado” (Bernardes, 2011).

Em 1942, o SPILT foi reestruturado, passando a se chamar Serviço de Proteção aos Índios (SPI) e tinha como objetivo o controle das fronteiras e sertões, a educação indígena, com ênfase na preservação, conservação e desenvolvimento do patrimônio indígena (terras e recursos naturais de posse dos índios) de modo a assegurar a emancipação econômica das sociedades indígenas.

Nos anos 50 criou-se o Serviço de Unidade Sanitária Aéreas (SUSA) no Ministério da Saúde, por Noel Nutels, e tinha por objetivo levar as ações básicas de saúde à população indígena e rural, tendo como foco o tratamento da tuberculose bem como atividades de vacinação e atendimento odontológico. (Barros, 2003).

Em 1967, o SPI deixa de existir e foi nomeada uma comissão com a participação de antropólogos, indigenistas e profissionais do SUSA e, a partir de suas propostas, implantou-se a Fundação Nacional de Índio - FUNAI, com o objetivo de engendrar uma nova política para os povos indígenas remanescentes em resposta às críticas de “genocídio étnico” (Barros, 2004).

Os recursos do Setor Saúde da FUNAI eram praticamente consumidos pela remoção dos doentes das áreas indígenas e o pagamento dos serviços médicos em hospitais das cidades. O que ocasionou desgaste devido a não fixação do fluxo de referência e contrarreferência permanente dos indígenas, levando a enormes custos.

O que levou à busca de um modelo de assistência à saúde para as populações indígenas que atendesse as suas especificidades culturais. As discussões no campo da saúde foram avançando e em 1986 com a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, se estabeleceram as bases para a criação de sistema específico de saúde para prestar assistência e



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Gabinete
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

que este fosse vinculado ao sistema nacional de saúde com a participação indígena junto à formulação de políticas de saúde e estruturação de um modelo de atenção diferenciado (Novo, 2011).

Ao longo dos anos 90, os Povos Indígenas do Purus vivem, pós decadência do seringalismo, um processo de luta pelo reconhecimento de seus direitos, especialmente os territoriais, que constitucionalmente garantidos, passam a ser demarcados e homologados, e com o reconhecimento fundiário passam a fortalecer a interlocução com o Estado, com projeção nas políticas educacional e sanitária e, dentro deste cenário, é instaurado, depois de muita luta de seus representantes locais, o Distrito Sanitário Especial Indígena do Médio Purus, em 1999, ainda pela FUNASA, este que não estava nos planos do Ministério da Saúde.

[O movimento indígena passa a ser fortalecido com as demarcações de seus territórios tradicionais e assume formato de organização institucionalizada e passa a focar, a buscar, suas prioridades nestas pautas políticas. E, assim, surgiu em 1995 a OPIMP - Organização dos Povos Indígenas do Médio Purus, com apoio da COIAB - Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira, fundada em 1989 para ser o instrumento de luta e de representação dos povos indígenas da Amazônia Legal Brasileira pelos seus direitos básicos (terra, saúde, educação, economia e interculturalidade) e das organizações indigenistas CIMI - Conselho Indigenista Missionário, criado pela CNBB no ano de 1972 com o objetivo de lutar pelo direito à diversidade cultural dos povos indígenas e OPAN - Operação Amazônia Nativa, foi a primeira organização indigenista fundada no Brasil, em 1969 e há 46 anos atua pelo fortalecimento do protagonismo indígena no cenário regional, valorizando sua cultura, seus modos de organização social através da qualificação das práticas de gestão de seus territórios e recursos naturais, com autonomia e de forma sustentável; atuou especialmente na área de saúde enquanto conveniada à FUNASA.

Porém, apesar do pioneirismo do movimento indígena, que de enorme destaque em relação à construção dos processos organizativos, a experiência demonstrou que, durante os anos 2000, a gestão das políticas públicas, especialmente da saúde indígena, do convênio constituído entre FUNASA/OPIMP/DSEI MRP foi desestruturante e levou ao colapso da organização indígena, revelando a incapacidade das instituições governamentais para efetivar o atendimento sanitário nas aldeias indígenas

Aconteceu uma desarmonia, onde ao mesmo tempo em que estas organizações deveriam ser instância de controle social, se tornaram gestora pública. E, depois destes ensaios contraproducentes, e sua fragilização, decidiram criar novas organizações indígenas, se reorganizarem, como a AMIMP, APISAMP, AMINT, e em 2010 fundam a FOCIMP, como formas de fiscalização da administração da saúde indígena.

Também em 2010 houve a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena no âmbito do Ministério da Saúde, que transferiu as ações de saneamento básico nas comunidades indígenas, da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) para o Ministério da Saúde, e a SESAI passa a ser responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Gabinete
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e surgiu a partir da necessidade de reformulação da gestão da saúde indígena no país, demanda reivindicada pelos próprios indígenas durante as Conferências Nacionais de Saúde Indígena. E sua Missão é implementar um novo modelo de gestão e de atenção no âmbito do SASISUS, articulado com o SUS, descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira e responsabilidade sanitária dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs).

Assim, mediante a Medida Provisória n.º 1.911-8/1999, foram transferidos da FUNAI para a FUNASA os recursos destinados às atividades de assistência à saúde indígena. No mesmo ano foi publicado o Decreto Presidencial n.º 3.156, em que foram definidas as diretrizes para a prestação de assistência à saúde aos povos indígenas, no âmbito do SUS, pelo Ministério da Saúde. Por meio de Decreto, o governo federal assumiu ser a atenção à saúde indígena dever da União, a ser prestada de acordo com a Constituição e com a Lei n.º 8.080/90, objetivando a universalidade e a equanimidade na prestação de serviços de saúde aos povos indígenas.

Finalmente, em 23 de setembro de 1999, foi sancionada a Lei n.º 9.836, que definiu a Política Nacional de Saúde Indígena. A Lei n.º 9.836/99, também chamada de “Lei Arouca” dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, tendo como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), onde a gestão dos recursos financeiros e orçamentários da saúde indígena eram feitas pelo MS, através da FUNASA com participação de ONGs ou Municípios.

A Constituição Federal de 1988, quando afirmou a saúde como direito de todos e dever do Estado, agregou a atenção à saúde dos povos indígenas como parte do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, a sistematização das ações de saúde indígena no aparato legal, efetivamente ocorreu em 1999 com a Lei Arouca, pois ela instituiu a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena - SASISUS e compôs o Artigo 19 da Lei Orgânica da Saúde (LOS) n.º 8.080/1990.

Em 2001, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Indígena (III CNSI) que teve o objetivo de analisar os obstáculos e avanços na implementação dos DSEI's no âmbito do SUS, bem como propor diretrizes e caminhos para efetivar o acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde indígena com efetivo controle social. Os principais temas gerados em torno da avaliação da implantação dos DSEI's foram: o respeito às especificidades culturais indígenas na atenção à saúde, a formação de recursos humanos indígenas, o controle social, questões relativas à segurança alimentar e sustentabilidade. E, finalmente, em 2002, por meio da Portaria do Ministério da Saúde n.º 254, a Política de Atenção à Saúde Indígena foi aprovada, reafirmando sua implementação através dos DSEI's, já implantados. O território que delimita estes distritos respeita a distribuição geográfica, antropológica e de acesso aos serviços de saúde pelos povos indígenas.



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Gabinete
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

Nesse contexto, podemos verificar que são vários os desafios enfrentados pela SESAI/MS. Entre os desafios estão a reestruturação e fortalecimento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com a reorganização e qualificação da atenção no DSEI MRP e a articulação regional com os outros níveis de atenção à saúde. No entanto, no tocante aos desafios, um de caráter emergencial e que merece um cuidado especial é a Redução da Mortalidade Materna e Infantil, hoje com índices altos na população indígena. Aliás, esta meta a ser alcançada faz parte do Pacto Pela Vida no milênio!

O DSEI tem como objetivo de realizar continuamente uma análise situacional, diagnosticando a situação de saúde, a situação demográfica, socioeconômica e singularidades em sua abrangência para possibilitar a promoção de um plano de ações e serviços voltados para a redução da mortalidade materna e infantil, que é ainda um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade como um todo, sendo uma meta para todos os países integrados da Organização das Nações Unidas, do qual o Brasil é signatário. A mortalidade infantil reflete as condições de vida da sociedade como um todo, por isso se faz necessária a análise ao que tange a saúde indígena. A responsabilidade e o compromisso dos serviços de saúde sobre a população indígena de determinada área de abrangência devem fazer parte do cotidiano dos serviços de saúde, com o propósito de identificar os problemas, as estratégias e as medidas de prevenção de óbitos evitáveis, de modo que diminua a mortalidade e melhore os níveis de sobrevivência infantil e de suas vidas.

Em 2007, foi realizada a IV Conferência Nacional de Saúde Indígena que aprovaram resoluções em cinco eixos: 1) direito à saúde; 2) controle social; 3) desafios indígenas atuais; 4) trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde e 5) segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável.

Depois da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena a FUNASA não implementou uma política que viesse ao encontro das resoluções aprovadas na referida conferência. Foram desenvolvidos alguns projetos pontuais financiados pelo Projeto VIGISUS II/FUNASA. Mas em meio às turbulências no modelo de gestão dos recursos e precarização da assistência, uma das demandas da IV Conferência, foi a autonomia dos DSEI's, que se daria por meio da interlocução direta do Ministério da Saúde.

Assim, por meio da Lei n.º 12.314/2010 foi autorizada a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI no âmbito do Ministério da Saúde, transferindo todas as atribuições e responsabilidades da Atenção à Saúde Indígena da FUNASA para a SESAI, que vem ocorrendo até os dias atuais.

A 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em Brasília/DF, em 2013, teve por metodologia a realização antecedente de 306 Conferências Locais e 34 Conferências Distritais Sanitárias, promovendo um debate com a presença de indígenas e não-indígenas a respeito das questões vinculadas a saúde indígena. Uma das principais demandas refere-se a articulação entre DSEI, Estados e Municípios, a disponibilização de um maior número de



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Gabinete
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

procedimentos e menor tempo de espera para exames, consultas e vagas em hospitais para pacientes indígenas com ênfase na equidade e a participação ampla do Controle Social Indígena nos órgãos de deliberação como Conselhos Estaduais e Nacional de Saúde. Esta proposta vem ao encontro da grande necessidade de interconexão entre o SUS e o Subsistema de Saúde Indígena, já que é um único sistema de saúde, portanto o subsistema deve interagir na lógica do SUS, convergências de informações, fluxos (referência e contra referência) e pactuações nas regiões de saúde, municipais e regionais, evidentemente sem perder o princípio da equidade, pois ainda há muito que se avançar em relação a esta proposta.

No mesmo ano de 2010, além da Lei n.º 12.314/2010, foi publicado o Decreto n.º 7.336/MS que formalizou a decisão governamental de repassar a gestão do Subsistema de Saúde Indígena para a recém criada Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) que recebeu as atribuições anteriormente desenvolvidas pela FUNASA, que a desenvolvia desde a promulgação da Lei Arouca. Mesmo estando na responsabilidade da FUNASA, o Ministério da Saúde continuou com a responsabilidade mais ampla de gerir o SASI-SUS. Salienta-se que parte deste monitoramento ficou a cargo da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), que além de coordenar a assistência à saúde da população brasileira como um todo, passou a exercer este papel junto à população indígena, e também na interlocução com os sistemas municipais de saúde. A criação da SESAI não retirou as atribuições que a SAS já desenvolvia junto aos sistemas municipais de saúde no âmbito da saúde indígena.

Lembra-se que por ter o SASI-SUS ficado sob a responsabilidade de entidades governamentais e não governamentais, e mesmo pela SAS/Municípios, gerou muitos conflitos, pois a disparidade de interesses, principalmente os políticos que sobrepõem-se aos técnicos, as prioridades e formas de funcionamento destes atores institucionais envolvidos, dificultou em muito a atenção aos povos indígenas, e levou a uma interação desarmoniosa entre eles. Esse modelo de gestão está em fase de modificação e foi reestruturado após a implantação da Secretaria de Saúde Indígena, e que, atualmente, continua em curso.

A SESAI/MS em sendo a área do Ministério da Saúde criada para coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em todo Território Nacional, tem como missão principal implementar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, observando as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena está em todo território nacional, e organizado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas e são unidades de responsabilidade sanitária federal, e não guardam relação direta com os limites dos Estados e Municípios onde estão localizadas as terras indígenas, assim, abrangem uma ou mais terras indígenas, criados pela Lei nº 9.836 de 24 de setembro de 1999, onde essa lei regulamenta o relacionamento entre o SASISUS e os órgãos responsáveis pela política indigenista; permite uma atuação complementar por parte de Estados, Municípios e Organizações não-governamentais; determina a necessidade de diferenciação na organização do SUS para atender às



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Gabinete
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

especificidades da atenção intercultural em saúde, recuperando o princípio de equidade das ações de saúde; possibilita a representação indígena no Conselho Nacional de Saúde, nos Conselhos Estaduais e Municipais; estabelece o financiamento no âmbito da União para os DSEI; adota uma concepção de saúde integral e diferenciada; aplica os princípios do SUS de descentralização, hierarquização e regionalização ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

A partir de 1999 foram implantados 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, ficando a execução das ações de atenção à saúde indígena sob a responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, braço executivo do Ministério da Saúde. Portanto, a partir da aprovação da Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002, do Ministério da Saúde, entra em vigor a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

O Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Purus possui sob sua égide a prestação de atenção básica de saúde que compreende 20 (vinte) Terras Indígenas demarcadas, e alguns territórios que se encontram em processo de reivindicação, estudo e/ou identificação, bem como atua em terras não homologadas e sua jurisdição abarca ainda 19 (dezenove) povos, com níveis variados de contato com a sociedade envolvente, como, por exemplo, Apurinã, Bakairi, Banawá, Deni, Jamamadi, Jarawara, Karipuna, Katukina, Kaxarari, Kokama, Mamuri, Mura, Paumari, Suruwaha, Kambeba, Katawixi, Wapixana, Xavante e Hi-Merimã (Fonte: SIASI MRP, 2023) que se encontram distribuídos ao longo de 124 (cento e vinte e quatro) aldeias indígenas, abrangendo 10 Polos Base Homologados e 02 em processo de institucionalização, além da Unidade Suruwaha, que atende o povo de recente contato Suruwaha.

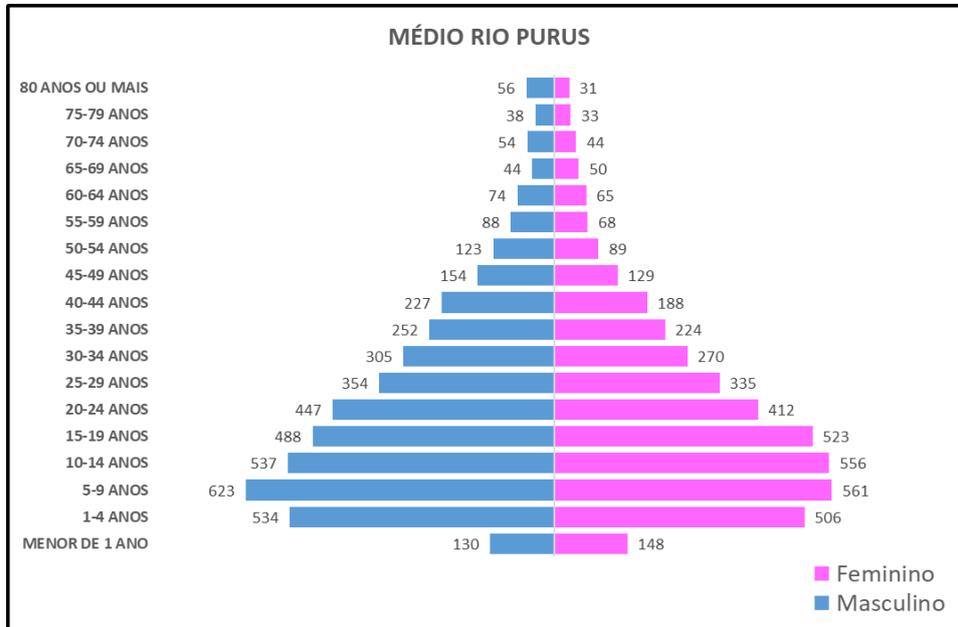
Dos povos acima mencionados, compete destacar que este Distrito tem sob sua jurisdição 02 povos em isolamento autônomo - Hi-Merimã e Katauixi - e 01 povo de recente contato, se tratando dos Suruwaha. Somente os Hi-Merimã e Suruwaha possuem terras indígenas (T.I) demarcada, enquanto o território Katauixi possui apenas medida de restrição de uso emitida pela Fundação Nacional dos Povos Indígenas - FUNAI.

2. DADOS DEMOGRAFICOS

Pirâmide Etária da população das 123 aldeias atendidas pelo DSEI



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Gabinete
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade



Fonte: Siasi/SESAI/MS, 2022 (Dados preliminares)

Número de Atendimentos

DSEI	MÉDIO RIO PURUS
1 - Número de atendimentos de Médicos (as)	6.961
2 - Número de atendimentos de Enfermeiros (as)	46.077
3 - Número de atendimentos de Odontólogos (as)	7.861
4 - Número de atendimentos de Técnicos/Auxiliares de Enfermagem	63.769
5 - Número de atendimentos de Técnicos/Auxiliares de Saúde Bucal	5.161
6 - Número de atendimentos de Nutricionistas	4.379
7 - Número de atendimentos de Psicólogos (as)	602
8 - Número de atendimentos de Assistentes Sociais	
9 - Número de atendimentos de Agente Indígena de Saúde	12.130
TOTAL GERAL	146.940

Fonte: Siasi/SESAI/MS, 2022 (Dados preliminares)

3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Gabinete
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

O Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei) Médio Rio Purus é composto por dez polos base, abrangendo uma população de 8.760 pessoas, segundo os dados inseridos no Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena - Siasi, em 2022.

São apresentadas abaixo morbidades que acometem a população indígena, de importância para a saúde pública e agrupamentos por causas de óbitos. Ressalta-se que os dados analisados para a elaboração do perfil epidemiológico compreendem o período de 2018 a 2022 e que os dados relativos aos anos de 2020 a 2022 ainda são preliminares, devido ao processo de qualificação das bases de dados no sistema.

Morbidade

Em relação às morbidades, priorizou-se para essa análise algumas das principais doenças e agravos que ocorrem no território.

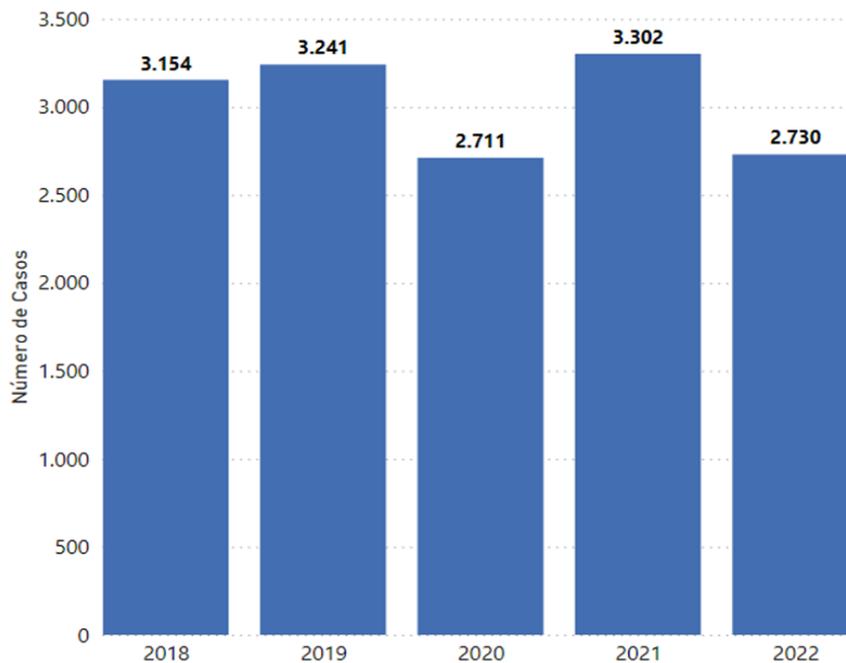
- **Síndrome Gripal**

Considerado os casos acumulados de 2018 a 2022, foram notificados 15.138 casos de Síndrome Gripal (SG), sendo o ano de 2021 o que apresentou maior registro com 3.302 casos (figura 1).

Figura 1 - Casos de Síndrome Gripal segundo ano de atendimento. DSEI Médio Rio Purus, 2018 a 2022.



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Gabinete
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade



Fonte: SIASI/SESAI/MS, extração em 25/04/2023, dados sujeitos a alterações.

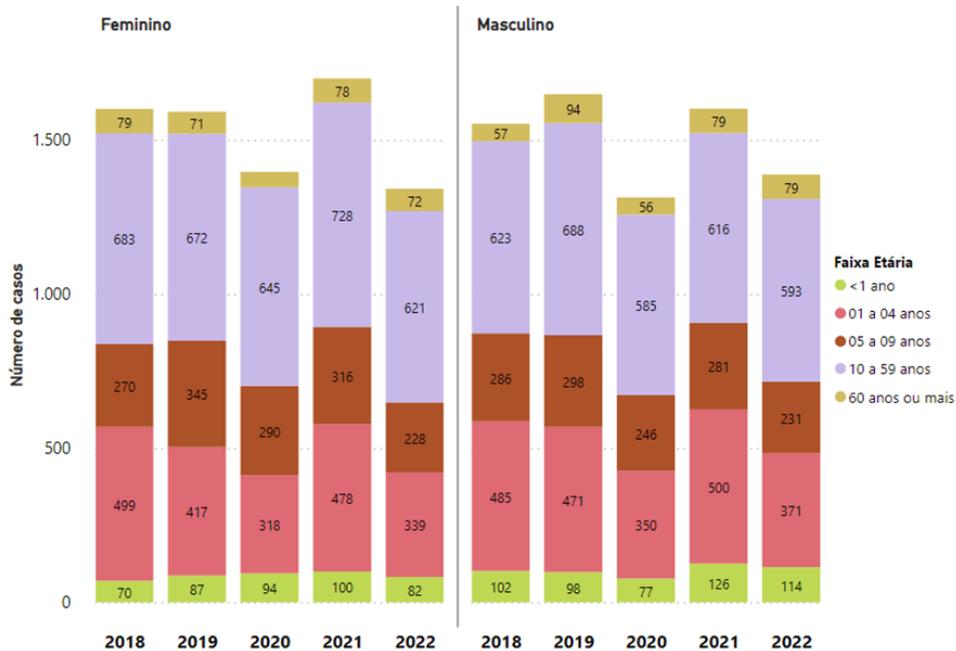
No acumulado de casos de 2018 a 2019, a faixa etária de 10 a 59 anos foi a mais acometida em homens e mulheres, destaca-se ainda um elevado número de casos em crianças de 1 a 4 anos, seguido de 5 a 9 anos de idade (figura 2).

Figura 2 - Casos de Síndrome Gripal segundo sexo, faixa etária e ano de atendimento. DSEI Médio Rio Purus, 2018 a 2022.



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Gabinete

Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade



Fonte: SIASI/SESAI/MS, extração em 25/04/2023, dados sujeitos a alterações.

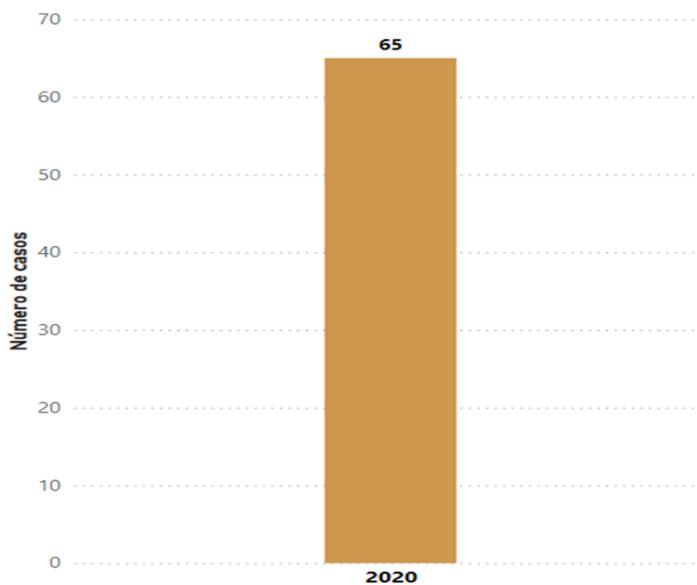
- **Síndrome Respiratória Aguda Grave**

Referente às notificações de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) no Dsei Médio Rio Purus, só há registro de casos no ano de 2020, com 65 casos notificados no sistema de informação (figura 3).

Figura 3 - Casos de Síndrome Respiratório Aguda Grave segundo ano de atendimento. DSEI Médio Rio Purus, 2020.



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Gabinete
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade



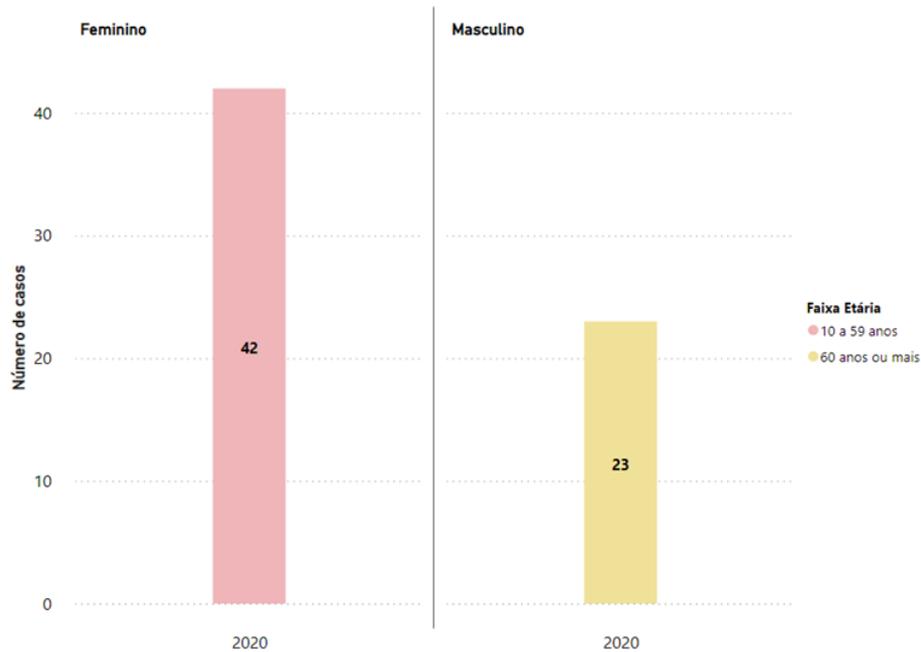
Fonte: SIASIWeb/SESAI/MS, extração em 25/04/2023, dados sujeitos a alterações.

Do total de casos de SRAG notificados pelo Dsei Médio Rio Purus, a maior frequência foi em mulheres, na faixa etária de 10 a 59 anos de idade (figura 4).

Figura 4 - Casos de Síndrome Respiratório Aguda Grave segundo sexo, faixa etária e ano de atendimento. DSEI Médio Rio Purus, 2020.



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Gabinete
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade



Fonte: SIASIWeb/SESAI/MS, extração em 25/04/2023, dados sujeitos a alterações.

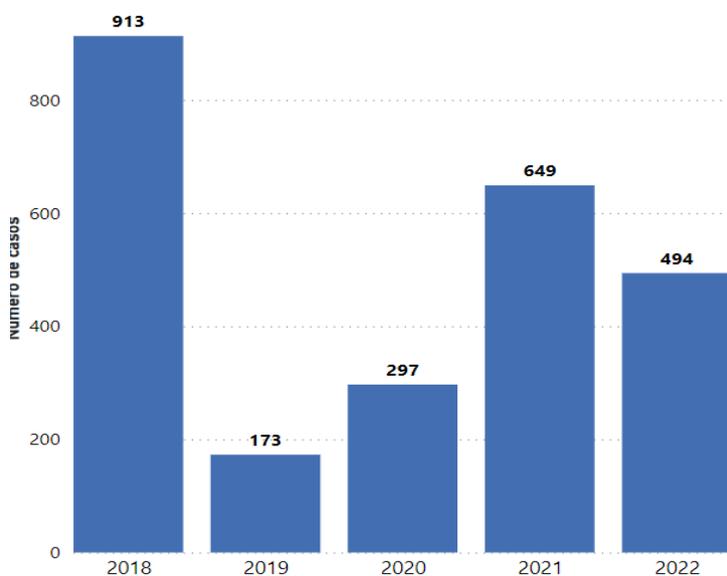
- **Doenças Diarreicas Agudas**

O DSEI Médio Rio Purus apresentou variações na frequência de doenças diarreicas agudas (DDA) ao longo dos anos, sendo 2018 o ano com maior número, chegando a 913 casos (figura 5).

Figura 5 – Casos de doença diarreica aguda segundo ano, DSEI Médio Rio Purus, 2018 a 2022.



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Gabinete
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade



Fonte: SIASI/SESAI/MS, extração realizada em 26/08/2023, dados sujeitos a alterações.

A faixa etária mais afetada pelas DDA é a de 1 a 4 anos, com 1.138 casos no acumulado dos anos analisados (tabela 1).

Tabela 1 - Casos de doenças diarreicas agudas, por faixa etária, DSEI Médio Rio Purus, 2018 a 2022.

Ano	< 1 Ano	01 A 04 Anos	05 A 09 Anos	10 Anos ou mais	Ignorada	Total_casos
2018	82	410	92	327	2	913
2019	27	73	13	60	0	173
2020	39	141	28	89	0	297
2021	55	294	98	202	0	649
2022	53	220	68	153	0	494
Total	256	1.138	299	831	2	2.526

Fonte: SIASI/SESAI/MS, extração realizada em 26/08/2023, dados sujeitos a alterações.

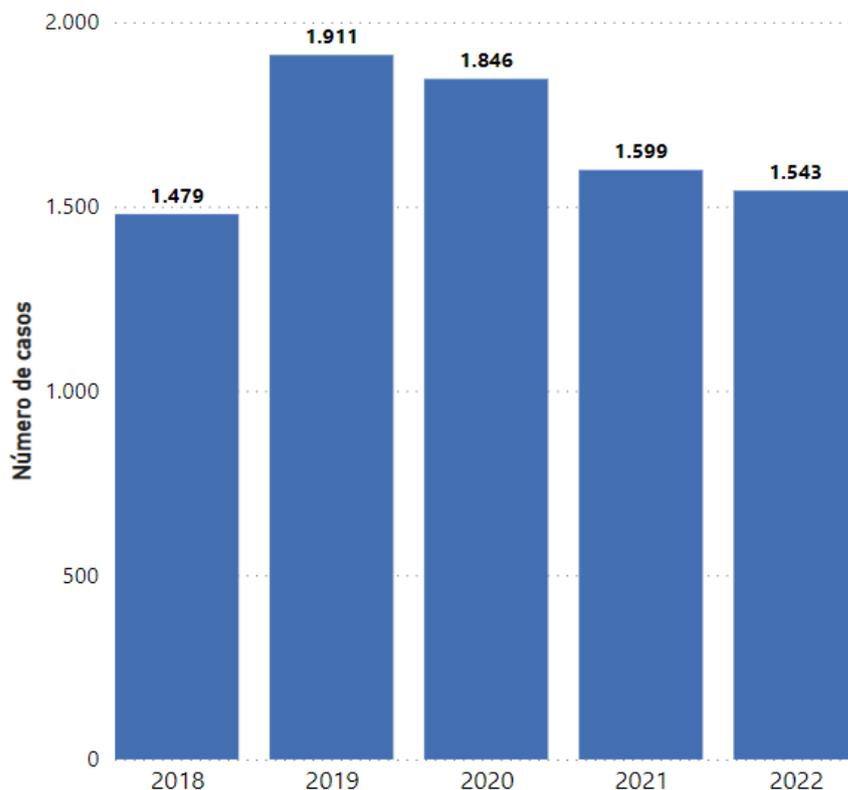
- **Malária**

O Dsei Médio Rio Purus localiza-se em uma região endêmica para malária e entre 2018 e 2022 notificou 8.378 casos da doença, o que representa 4,0% ($n=8.378/207.262$) do total de casos registrados em áreas indígenas. O ano com o maior número de casos no Dsei Médio Rio Purus foi o de 2019 com 1.911 registros (figura 6).

Figura 6 - Número de casos autóctones de malária no Dsei Médio Rio Purus, 2018 a 2022.



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Gabinete
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade



Fonte: Sivep-malária. Extração em: 3/10/2023. Excluídas as Lâminas de Verificação de Cura positivas. Dados sujeitos a alterações.

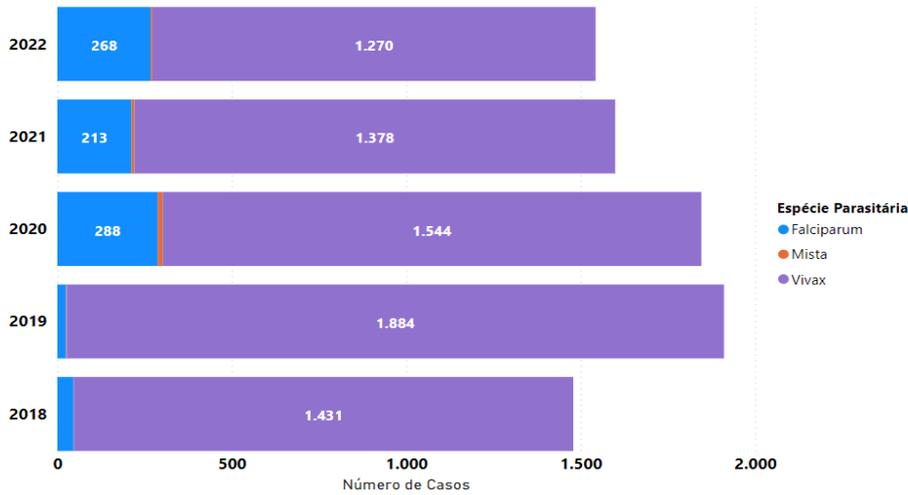
Em relação à espécie parasitária, observa-se que 89,6% (n=7.507) foram pelo plasmódio vivax, em todo o período, foram identificados 841 (10,0%) caso pelo plasmódio falciparum e 30 (0,4%) de malária mista (vivax+falciparum) (figura 7).

Figura 7 - Número de casos autóctones de malária por espécie parasitária no Dsei Médio Rio Purus, 2018 a 2022.



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Gabinete

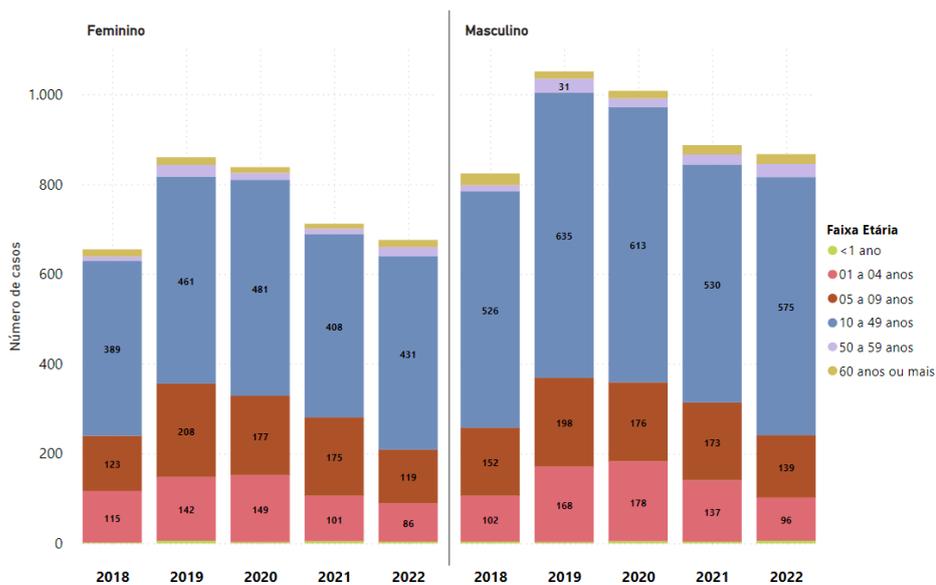
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade



Fonte: Sivep-malária. Extração em: 3/10/2023. Excluídas as Lâminas de Verificação de Cura positivas. Dados sujeitos a alterações.

Observa-se que o sexo masculino concentra aproximadamente 55,4% (n=4.637/8.378), sendo que a população de indígenas de 10 a 49 anos representam a faixa etária mais atingida em ambos os sexos, de maneira que juntos representaram 60,3% (n=5.049/8.378) (figura 8).

Figura 8 - Número de casos autóctones de malária por sexo e faixa etária no Dsei Médio Rio Purus, 2018 a 2022.



Fonte: Sivep-malária. Extração em: 3/10/2023. Excluídas as Lâminas de Verificação de Cura positivas.

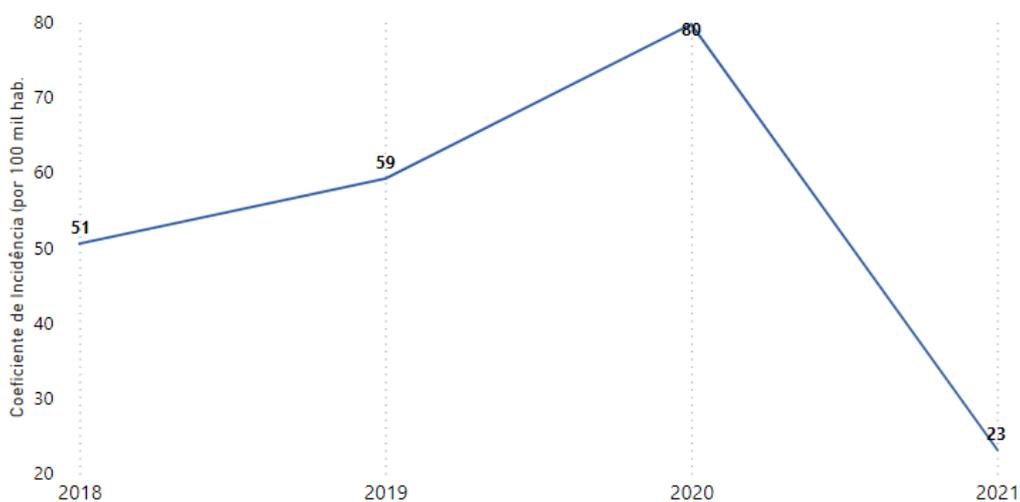


Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Gabinete
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

- **Tuberculose:**

No Dsei Médio Rio Purus, entre 2018 e 2022, foram notificados 18 casos de Tuberculose. O ano de 2020 apresentou o maior coeficiente de incidência de 80 casos a cada 100 mil habitantes. No ano de 2022 o Dsei se apresentou como silencioso, não tendo notificado nenhum caso, o que reforça a cautela quanto a real situação epidemiológica do distrito. Com relação as faixas etárias, a maior ocorrência foi no grupo de 10 a 49 anos, com 9 casos (50%) e o sexo mais acometido foi o masculino (n=10/56%) (figuras 9 e 10).

Figura 9 - Coeficiente de incidência de tuberculose, Dsei Médio Rio Purus, 2018-2022*.

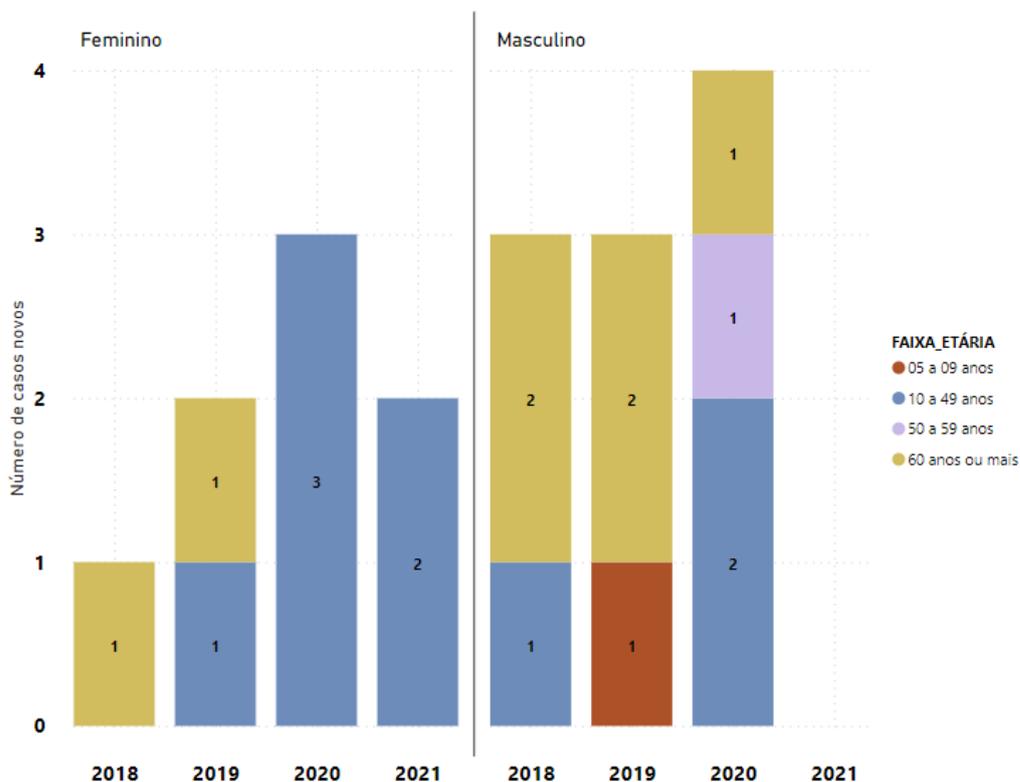


Fonte: SIASI/SESAI/MS data de extração: 2018-2021 06/09/2022; 2022:28/03/2023 * dados preliminares sujeitos a alteração

Figura 10 - Número de casos de tuberculose por faixa etária e sexo, 2018-2022*.



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Gabinete
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade



Fonte: SIASI/SESAI/MS data de extração: 2018-2021 06/09/2022; 2022:28/03/2023 * dados preliminares sujeitos a alteração.

Mortalidade

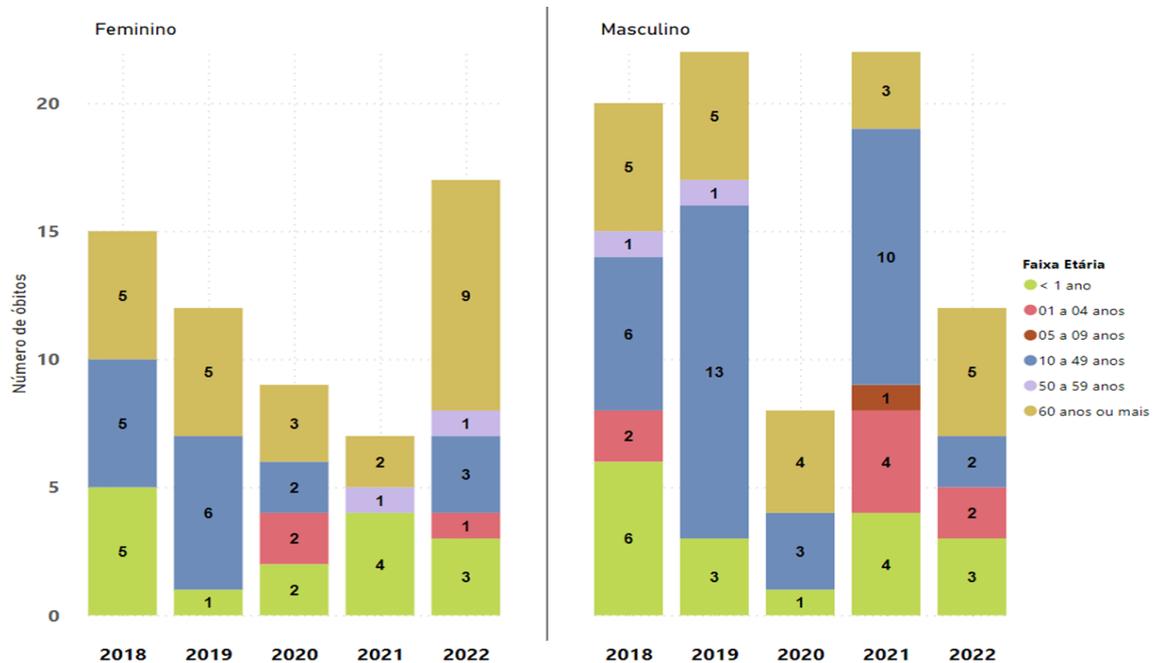
No Dsei Médio Rio Purus, entre 2018 e 2022, ocorreram 144 óbitos. A faixa etária com maior ocorrência foi a de 10 a 49 anos de idade com 50 registros (34,7%), seguida da de ≥ 60 anos com 46 notificações (31,9%), e o sexo mais acometido foi o masculino (n=84/58,3%). Os óbitos infantis correspondem a 22,2% (n=32) (figura 11).

Figura 11 - Número de óbitos por sexo e faixa etária. Dsei Médio Rio Purus, 2018-2022*.



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Gabinete

Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade



Fonte: Siasi/Sesai/MS, extração em: 24/04/2023, *dados sujeitos a revisão (2020-2022).

Em relação às causas de morte, no período analisado, considerando os principais agrupamentos de causas definidas de óbito, as doenças do aparelho respiratório se configuram como as de maior ocorrência 24,8% (27/109), seguidas pelas causas externas 20,2% (22/109) (tabela 2).

Tabela 2 – Número e percentual de óbitos por agrupamento de causas. Dsei Médio Purus, 2018 a 2022*.

Principais causas de óbito por agrupamento de CID-10	2018		2019		2020		2021		2022		Total Geral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Influenza [gripe] e pneumonia (J09-J18)	3	13,64	2	8,70	3	18,75	4	16,67	8	33,33	20	18,35
Outras formas de doença do coração (I30-I52)	5	22,73	3	13,04	0,00	2	8,33	3	12,50	13	11,93	
Lesões autoprovocadas intencionalmente (X60-X84)	1	4,55	5	21,74	1	6,25	3	12,50	0,00	10	9,17	
Afogamento e submersão acidentais (W65-W74)	1	4,55	2	8,70	1	6,25	2	8,33	2	8,33	8	7,34
Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal (P20-P29)	1	4,55	1	4,35	1	6,25	3	12,50	2	8,33	8	7,34
COVID-19 vírus identificado	0,00		0,00		5	31,25	2	8,33	0,00	7	6,42	
Agressões (X85-Y09)	0,00		4	17,39	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4	3,67	
Diabetes mellitus (E10-E14)	3	13,64	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3	2,75	
Outras doenças bacterianas (A30-A49)	0,00		0,00		1	6,25	0,00	0,00	1	4,17	2	1,83
Doenças cerebrovasculares (I60-I69)	1	4,55	0,00		0,00	0,00	1	4,17	0,00	2	1,83	
Demais óbitos por causas definidas	7	31,82	6	26,09	4	25,00	7	29,17	8	33,33	32	29,36
Total Geral	22	100,00	23	100,00	16	100,00	24	100,00	24	100,00	109	100,00

Fonte: Siasi/Sesai/MS, extração em: 24/04/2023, *dados sujeitos a revisão (2020-2022).



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Gabinete
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

4. INDICADORES DE SAÚDE

- **Imunização**

Um dos indicadores de vacinação acompanhados pela SESAI é o esquema vacinal completo em menores de cinco anos de idade. Esse indicador demonstra como está a situação vacinal de cada indivíduo, considerando todas as vacinas preconizadas de acordo com a sua idade. Para este indicador, o Dsei Médio Rio Purus não alcançou, em nenhum dos anos analisados, as metas pactuadas (quadro 1).

Quadro 1. Percentual de crianças menores de 5 anos com Esquema Vacinal Completo, em relação à meta pactuada. Dsei Médio Rio Purus, 2018 a 2022.

Meta / Ano	2018	2019	2020	2021	2022
Pactuado	82	85	86	87,5	88,5
Alcançado	53,5	60,2	33,2	39,98	56,7

Fonte: Planilhas padronizadas DSEI/Sesai.

SAÚDE BUCAL

- **Percentual da população indígena com primeira consulta odontológica programática**

Este indicador dimensiona a porcentagem da população cadastrada no SIASI com acesso aos serviços odontológicos para assistência individual, por meio da realização da primeira consulta odontológica programática, excluindo-se as consultas de urgência, emergência, retorno ou manutenções.

A primeira consulta odontológica programática tem como objetivo a elaboração e execução de um plano preventivo-terapêutico estabelecido a partir de uma avaliação/exame clínico odontológico.

Quadro 2. Meta e % alcançado de Primeira consulta odontológica programática. De 2018 a 2022.

INDICADOR: Percentual da população indígena com primeira consulta odontológica programática					
Ano	2018	2019	2020	2021	2022



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Gabinete
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

Meta (%)		60	45	25	30
% alcançado	52,7	56,7	36,2	55,0	59,5

Fonte: Siasi/Sesai/MS. 2018: Extração 03/01/2023; 2019: Extração 14/02/2022; 2020*: Extração 31/05/2022; 2021*: Extração 18/04/2022; 2022: Extração 28/03/2023. *Dados preliminares sujeitos à alteração.

Em 2020 com o início da Pandemia da Covid-19, houve a expressiva piora na atenção à saúde bucal, em virtude da diminuição dos atendimentos odontológicos. Por recomendação do Ministério da Saúde, a Secretaria de Saúde Indígena suspendeu os atendimentos odontológicos eletivos, ficando apenas atendimentos de urgência e emergência. Em 2021 os atendimentos foram normalizados e em 2023 os Dsei ainda contam com alta demanda reprimida.

Devido essa suspensão, necessitou-se da readequação das metas de saúde bucal do PNS dos anos 2021, 2022 e 2023, tendo em vista a inviabilidade dos Dsei alcançarem as metas pactuadas anteriormente.

Em relação ao período de 2018 a 2022 (quadro 2), podemos observar que o % alcançado do indicador população indígena com primeira consulta odontológica programática alcançou as metas pactuadas em 2019(55,0%) e 2022 (59,5). Apresentou o menor alcance em 2020 (36,2%).

Já para o percentual do indicador tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta (quadro 3), observou-se que o Dsei superou as metas pactuadas em 2021 (60,4%) e 2022 (67,1%). Apresentou 44,7% em 2018 e 2020.

- **Percentual de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica programática**

Este indicador dimensiona a porcentagem da população que concluiu o tratamento odontológico básico, dentre aqueles que realizaram a primeira consulta odontológica programática em determinado local e ano.

Permite analisar se a equipe promove resolutividade após o acesso à assistência odontológica, ou seja, em que medida a equipe está concluindo os tratamentos iniciados e previstos pela primeira consulta odontológica programática. Pode ser utilizado para



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Gabinete

Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

subsidiar os processos de planejamento, gestão, resolutividade, monitoramento e avaliação das ações das equipes de saúde bucal.

O tratamento odontológico básico concluído tem por objetivo registrar os indivíduos que tiveram todos os procedimentos básicos previstos plano preventivo-terapêutico realizados, ou seja, conclui-se o tratamento previsto no âmbito da atenção básica, podendo o mesmo requerer atendimento especializado.

Quadro 3. Meta e % alcançado do indicador de Tratamento odontológico básico concluído, de 2018 a 2022.

INDICADOR: Percentual de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica programática					
Ano	2018	2019	2020	2021	2022
Meta (%)			58	52	55
% alcançado	44,7	65,8	44,7	60,4	67,1

Fonte: Siasi/Sesai/MS. 2018: Extração 03/01/2023; 2019: Extração 14/02/2022; 2020*: Extração 31/05/2022; 2021*: Extração 18/04/2022; 2022: Extração 28/03/2023. *Dados preliminares sujeitos à alteração.

- **Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Vigilância Alimentar e Nutricional**

INDICADOR: Percentual de crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento (CeD)

Para uma assistência com qualidade às crianças menores de 1 ano (até 11 meses e 29 dias) são preconizadas no mínimo 6 consultas de rotina. Assim, desde 2017, a SESAI fomentou e definiu como prioritário o indicador de “Proporção de crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento (CeD)”, que tem como objetivo dimensionar o percentual de crianças que tiveram acesso à seis consultas de crescimento e desenvolvimento infantil preconizadas para o primeiro ano de vida.

Quadro 4. Crescimento e Desenvolvimento Infantil

INDICADOR: Percentual de crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento (CeD)					
Ano	2018	2019	2020	2021	2022



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Gabinete
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

Meta (%)			40,0	44,0	52,0
% alcançado	39,1	29,0	21,6	32,4	61,1

Fonte: SIASI. 2018: extração 15/08/2020; 2019: extração 14/02/2022; 2020*: extração 31/05/2022; 2021*: extração 18/04/2022; 2022*: extração 28/03/2023. *Dados preliminares)

Quadro 5. Vigilância alimentar e nutricional.

Diante da particularidade territorial apresentada em cada Dsei, o gerenciamento dos dados epidemiológicos será conforme a realidade local. Analisando o acompanhamento do estado nutricional realizado e inserido Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi), observa-se que o Dsei apresenta um bom acompanhamento de crianças menores de 5 anos ao longo dos anos.

O acompanhamento nutricional oportuniza um diagnóstico alimentar e nutricional das crianças, que possibilita subsidiar a gestão na tomada de decisão. No quadro que detalha a proporção do estado nutricional de crianças indígenas, menores de 5 anos, segundo indicador de peso por idade, podemos observar que o Dsei apresenta alto percentual de crianças com déficit de peso (somatória de crianças com muito baixo peso e baixo peso) e baixo percentual de crianças com peso elevado.

Desta forma, cabe o Dsei desenvolver ações de educação em saúde e promoção da alimentação saudável a partir da análise territorial e condições de saúde, em conjunto com a população.

INDICADOR: Percentual de crianças indígenas menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional realizado					
Ano	2018	2019	2020	2021	2022
Meta (%)	85,0	90,0	85,0	88,0	90,0
% alcançado	71,0	70,6	75,1	89,3	94,5

Fonte: SIASI. 2018: extração 15/08/2020; 2019: extração 14/02/2022; 2020*: extração 31/05/2022; 2021*: extração 18/04/2022; 2022*: extração 28/03/2023. *Dados preliminares)

Quadro 6. Estado nutricional de crianças indígenas menores de 5 anos.

INDICADOR: Proporção do estado nutricional de crianças indígenas, menores de 5 anos, segundo indicador de peso por idade				
Ano	% de crianças com muito baixo peso	% de crianças com baixo peso	% de crianças com peso adequado	% de crianças com peso elevado



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Gabinete
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

2018	2,4	11,3	84,7	1,7
2019	2,3	10,0	86,2	1,5
2020	3,6	9,5	83,7	3,2
2021	3,2	10,7	83,7	2,5
2022	2,2	9,9	86,4	1,6

Fonte: SIASI. 2018: extração 15/08/2020; 2019: extração 14/02/2022; 2020*: extração 31/05/2022; 2021*: extração 18/04/2022; 2022*: extração 28/03/2023. *Dados preliminares)

Percentual de gestantes indígenas, que finalizaram a gestação, com no mínimo 6 consultas de pré-natal

Este indicador dimensiona o percentual de gestantes com acesso ao pré-natal e com seis ou mais consultas na população residente em determinado espaço geográfico, no período considerado. A avaliação deste indicador fornece referências para avaliar as condições de acesso, variação da cobertura do atendimento e qualidade da assistência pré-natal. Se analisado em associação com outros indicadores, tais como a mortalidade materna e infantil pode fornecer subsídios para identificar situações de desigualdade, e tendências que demandem ações.

Quadro 7. Gestantes com no mínimo 6 consultas

INDICADOR: Percentual de gestantes indígenas, que finalizaram a gestação, com no mínimo 6 consultas de pré-natal					
Ano	2018	2019	2020	2021	2022
Meta (%)			39,0	43,0	47,0
% alcançado	39,0	40,6	43,2	52,9	62,9

Fonte: SIASI. 2018: extração 15/08/2020; 2019: extração 14/02/2022; 2020*: extração 31/05/2022; 2021*: extração 18/04/2022; 2022*: extração 28/03/2023. *Dados preliminares)

5. INFRAESTRUTURA E SANEAMENTO



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Gabinete
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

Fonte	Informação	MÉDIO RIO PURUS
[1]	Número de SAA	62
	Número de SAA de gestão da SESAI	61
[1]	Aldeias atendida por concessionária	1
[1]	População atendida por SAA	5.638
	Percentual de aldeias com SAA	51%
	Percentual da População com SAA	66%
[1]	Aldeias com coleta de resíduos pela prefeitura	9
[1]	Número de Polos Base	11
[2]	Número de Polos Base (sedes)	11
[2]	Número de UBSI	16
[3]	Número de CASAI	2
[4]	Sede do DSEI	Lábrea (AM)
[2]	Número de alojamentos	27
[1]	Número de aldeias com MSD	0
[7]	Número de AISAN*	40

Fontes das informações

- [1] Caracterização do saneamento nas aldeias 2022
- [2] Consolidado de estabelecimentos de saúde 2022
- [3] Relação CASAI - Boletim de serviço 12/07/2022 (fornecido pelo DAPSI)
- [4] Shapefile sede DSEI + shapefile municípios IBGE
- [5] Planilhas de MQAI
- [6] Planilhas de GRS
- [7] Planilhas AISAN e consulta aos gestores de saneamento

6. EDUCAÇÃO PERMANENTE

Considerando as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), definidas através da Portaria nº 254/2002, em que destaca a importância da educação permanente dos profissionais que atuam nos territórios indígenas, destacamos que entre as principais demandas de capacitação destinadas aos profissionais distribuídos nas áreas meio e fim, é de suma importância:

- I - Divisão de Atenção à Saúde Indígena e Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena**
 - a) Oficina sobre a realidade do serviço de saúde nas aldeias de jurisdição do DSEI,



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Gabinete
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

dialogando com a realidade social, cultural e geográfica do território e os povos indígenas residente neles,

b) Qualificação do processo de trabalho nas aldeias, em consonância com as perspectivas indígenas de cura e autocuidado e itinerário terapêutico;

c) Especificidades dos agravos de maior incidência no território;

d) Capacitação em Sala de Vacina e Rede de Frios;

e) Capacitação em Vigilância do Óbito;

f) Capacitação para fortalecimento da estratégia do AIDPI;

g) Capacitação em Saúde Mental, visando a qualificação da abordagem profissional no território e notificação dos casos de uso abusivo de álcool e outras drogas;

h) Capacitação para atuação junto aos Povos de Recente Contato e situações de Contato com Povos em Isolamento Autônomo;

i) Capacitação para os profissionais de Saúde Bucal;

j) Capacitação sobre Crescimento e desenvolvimento infantil, com o objetivo de qualificar a assistência destinada as crianças menores de 05 anos;

k) Capacitações para Desenvolvimento de rotinas de atenção ao pré-natal baseadas no trabalho conjunto entre profissionais de saúde e cuidadores indígenas, visando garantir a segurança da gestação e do parto domiciliar e a redução de partos hospitalares e de cesarianas;

l) Capacitação dos Agentes Indígenas de Saúde;

m) Capacitação sobre doenças endêmicas na região e prevalente nos territórios – Malária, Tuberculose, Leishmaniose e outras;

n) A importância do controle social na saúde indígena.

II - SESANI

o) Qualificação do processo de trabalho nas aldeias, em consonância com as perspectivas indígenas relacionadas a terra/território e água,

p) Capacitações relacionadas ao desenvolvimento das ações de saneamento e descarte de resíduos sólidos nas aldeias;

q) Capacitação dos Agentes Indígenas de Saneamento.

III - SEDE ADMINISTRATIVA do DSEI Médio Rio Purus

r) Capacitação sobre acolhimento dos indígenas, dialogando com a realidade social e cultural dos povos indígenas atendidos pelo Distrito,



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Gabinete
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

s) Princípios e Diretrizes do SUS e PNASPI.

IV - CASAS DE SAÚDE INDÍGENA

t) Capacitação sobre acolhimento dos indígenas, dialogando com a realidade social e cultural dos povos indígenas atendidos pelo Distrito,

u) Reconhecimento da eficácia das médicas indígenas nos processos de autocuidado do paciente;

v) Articulação dos saberes e processos de adoecimento do paciente em diálogo com a perspectiva indígena, considerando a atuação dos pajés e parteiras;

w) Oficinas, palestras e exposição dialogada sobre a importância do cuidado dos pacientes no âmbito da CASAI, da continuidade dos tratamentos e fluxo de atendimento na Rede SUS;

x) Oficinas, palestras e exposição dialogada sobre as normativas/regras de funcionamento da Unidade;

y) Oficinas, palestras e exposição dialogada sobre as principais patologias e agravos recebidos pela CASAI e protocolos de cuidado.

7. CONTROLE SOCIAL

Número de Conselhos Locais de Saúde Indígena - CLS e Número de Respetivos Conselheiros

CLSI MÉDIO RIO PURUS		
Nº	CLSI	Nº MEMBROS
1	Conselho Local de Saúde Indígena Polo Base Abaquadi	13
2	Conselho Local de Saúde Indígena Polo Base Casa Nova	6
3	Conselho Local de Saúde Indígena Polo Base Chico Camilo	20
4	Conselho Local de Saúde Indígena Polo Base Crispim	13
5	Conselho Local de Saúde Indígena Polo Base Iminaã	17
6	Conselho Local de Saúde Indígena Polo Base Japiim	3
7	Conselho Local de Saúde Indígena Polo Base Marrecão	6
8	Conselho Local de Saúde Indígena Polo Base Pajé Sawê	5
9	Conselho Local de Saúde Indígena Polo Base São Pedro	6
10	Conselho Local de Saúde Indígena Polo Base São Francisco	6
11	Conselho Local de Saúde Indígena Polo Base Tumiã	8
12	Conselho Local de Saúde Indígena Polo Base Tawamirim	19



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Gabinete
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

TOTAL DE CONSELHEIROS LOCAIS	122
-------------------------------------	------------

Fonte: CGCSI/SESAI/MS, 2023.

Número de Conselheiros Distritais de Saúde Indígena - CONDISI

CONDISI MÉDIO RIO PURUS	
Nº	Nº MEMBROS
1	28

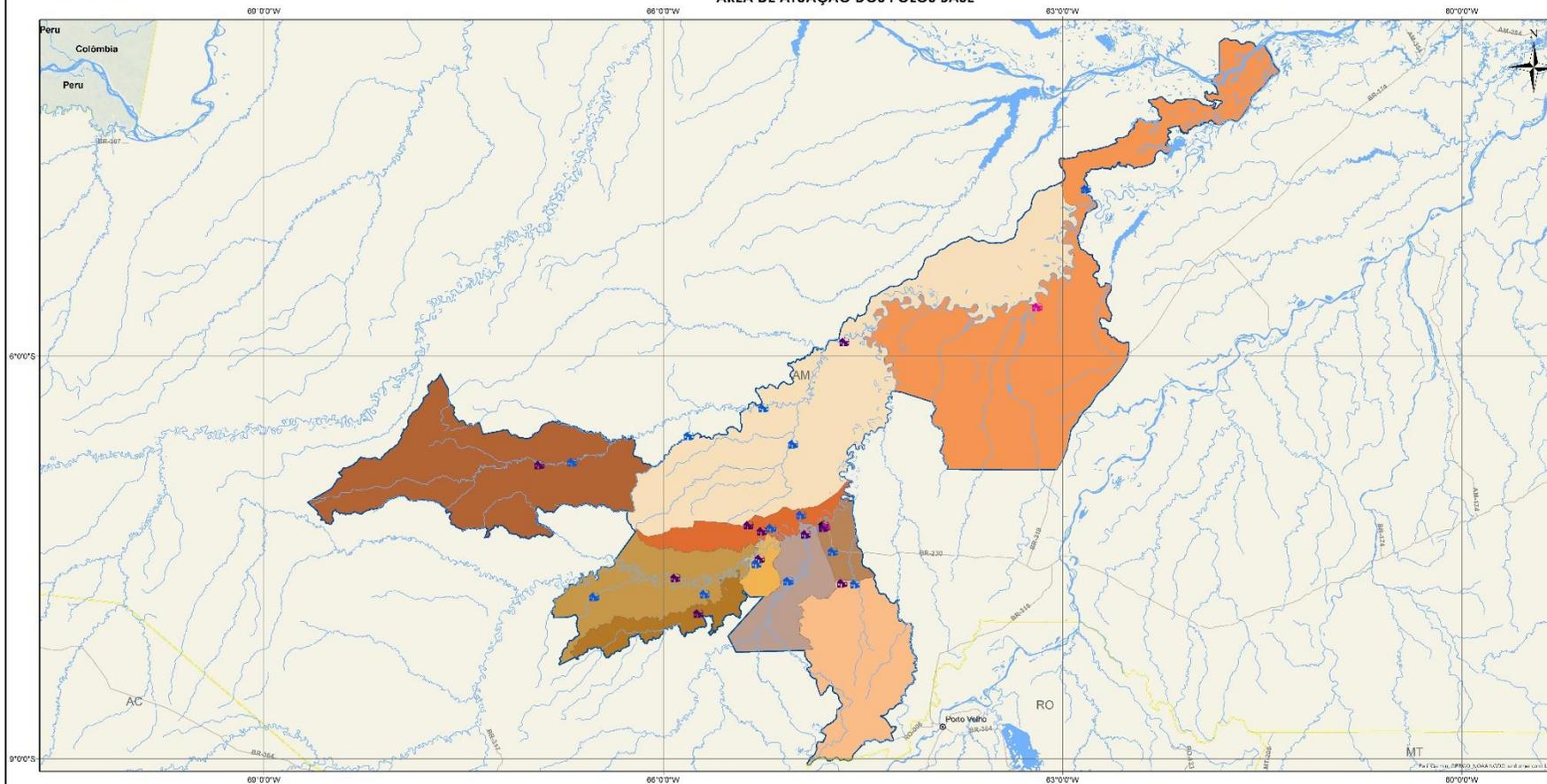
Fonte: CGCSI/SESAI/MS, 2023.

8. SABERES TRADICIONAIS

As medicinas indígenas, por meio de suas tecnologias de cuidado e da atuação de seus especialistas, devem compor o modelo de modelo de atenção prestado à saúde dos povos indígenas. Elas são fundamentais para a promoção e proteção à saúde dos povos indígenas e, através, da articulação com a biomedicina, pretende-se alcançar a atenção diferenciada, preconizada na Pnaspi.

Diante do exposto, relatar demandas de ações, estratégias e dispositivos para o fortalecimento das medicinas indígenas e de sua articulação para a promoção da atenção diferenciada.

Ministério da Saúde Secretaria de Saúde Indígena
 DSEI - MÉDIO RIO PURUS - ANO DE 2023
 ÁREA DE ATUAÇÃO DOS POLOS BASE



LEGENDA

- 📍 CIDADES
- 🏠 CAPITAIS
- 🏠 SEDE DSEI
- 🏠 CASA DE SAÚDE INDÍGENA - CASAI
- 🏠 POLO BASE
- 🏠 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE INDÍGENA - UBSI
- RODOVIAS ESTADUAIS
- HIDROGRAFIA
- UF
- LIMITE DSEI

POLOS BASE

- | | |
|----------------|-------------|
| 🏠 ABAQUADI | 🏠 JAPIIM |
| 🏠 CASA NOVA | 🏠 MARRECÃO |
| 🏠 CHICO CAMILO | 🏠 SÃO PEDRO |
| 🏠 CRISPIM | 🏠 TAWAMIRIM |
| 🏠 IMINÃ | 🏠 TUMÃ |



SESAI
 SECRETARIA DE SAÚDE INDÍGENA

Sistema de Coordenadas: GCS SIRGAS 2000
 Datum: SIRGAS 2000
 Unidades: Graus

Elaboração: SESAI/ DEAMB/ GEOPROCESSAMENTO

