

ADOCIMENTO INDÍGENA: ASPECTOS REFERENTES À MORMIMORTALIDADE INDÍGENA

INDIGENOUS ADEQUACY: ASPECTS CONCERNING INDIAN MORBIMORTALITY

MARCOS VINICIUS PINTO¹, CASSIO ADRIANO ZATTI^{2*}

1. Enfermeiro. Formado pela Universidade Regional Integrada e das Missões - URI - FW. Atualmente enfermeiro na aldeia Toldo Chimbangue - Polo Base Chapecó - SESAI. Pós graduando em Saúde Indígena; 2. Enfermeiro. Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Jangada; Especialista em Auditoria em Serviços de Saúde pelo pelo Centro Sul Brasileiro de Pesquisa, Extensão e Pós-graduação - CENSUPEG. Especialista em Enfermagem em Cuidado Pré-Natal pela UNIFESP. Pós-graduando em Gestão em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo. Resp. Téc Soc. Hosp. Nossa Senhora Auxiliadora.

* Rua Torres Gonçalves, 890, Iraí, Rio Grande do Sul, Brasil. CEP: 9860-000. cassiozt@hotmail.com

Recebido em 03/08/2018. Aceito para publicação em 30/08/2018

RESUMO

Trata-se de uma revisão de literatura com o objetivo de abordar a temática morbimortalidade indígena no Brasil no período de Janeiro de 2014 à Janeiro de 2018, abordando capítulos do CID-10 mais prevalentes, identificando as doenças mais frequentes, definindo faixa etária, sexo, regime de atendimento e regiões em que ocorreram as internações desta população indígena. Verificaram-se 99036 atendimentos, sendo que a maioria ocorreu no Centro-Oeste, sendo estes atendimentos ocorrendo em caráter de urgência sendo em indivíduos do sexo feminino. A maioria dos atendimentos deu-se por causas decorrentes de gravidez, parto e puerpério, doenças do aparelho respiratório seguida por doenças infecciosas e parasitárias. A faixa etária de maior procura pelos serviços de saúde deu-se dos 20 aos 29 anos, logo, 1 a 4 anos e menores de 1 ano de idade. Quanto aos óbitos, a maioria deu-se em indígenas do sexo masculino, em menores de 1 ano e maiores de 80 anos. As causas de maior predomínio foram as doenças do aparelho respiratório precedida por doenças infecciosas e parasitárias. Conclui-se que estes achados estão ligados à mudanças nos hábitos de vida, início tardio do pré-natal, condições precárias de saneamento básico. Entretanto, sugere-se a continuidade de estudos sobre a população indígena visto que, há carência de estudos sobre a temática.

PALAVRAS-CHAVE: Morbidade, epidemiologia, saúde indígena.

ABSTRACT

This is a literature review aimed at addressing the issue of indigenous morbimortality in Brazil from January 2014 to January 2018, addressing the most prevalent ICD-10 chapters, identifying the most frequent diseases, defining age range, sex, care regime and regions in which the hospitalizations of this indigenous population occurred. There were 99036 visits, most of them occurring in the Central-West, and these services occurring in an emergency and female. Most of the visits were due to pregnancy, childbirth and puerperium, diseases of the respiratory tract followed by infectious and parasitic diseases. The age group with the greatest demand for health services was between the ages of

20 and 29, hence 1 to 4 years and under 1 year of age. Concerning the obits, the majority occurred in indigenous men of the sex, in children less than 1 year and over 80 years. The most prevalent causes were diseases of the respiratory tract preceded by infectious and parasitic diseases. It is concluded that these findings are linked to changes in life habits, late onset of prenatal care, poor basic sanitation conditions. However, it is suggested to continue studies on the indigenous population since there is a lack of studies on the subject.

KEYWORDS: Morbidity, epidemiology, indigenous health.

1. INTRODUÇÃO

As comunidades indígenas, são aquelas que, tendo uma continuidade histórica com a pré-invasão e as sociedades pré-coloniais que se desenvolveram em seus territórios, consideram-se distintas dos outros setores das sociedades existentes atualmente naqueles territórios.⁸

Logo, as populações indígenas são reconhecidos sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, neste aspecto compete à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens.⁶

No Brasil, tradicionalmente, a assistência à saúde à população indígena era realizada pela igreja católica, por meio dos missionários. Posterior, o estado constituiu um aparelho estatal para cuidar desses povos, este baseado num modelo de ações esporádicas, emergenciais, ineficientes e de baixa cobertura.⁸

Salienta-se que o que motivou à busca de alternativas foram os elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis, causadas pela expansão das fronteiras econômicas, estes impulsionaram a criação, em 1910, do Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais – SPILTN, mais tarde chamado de SPI (Serviço de Proteção ao Índio), já em 1956, houve criação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), o qual possuía ligação com o Programa Nacional de Tuberculose do Ministério da Saúde. Posterior houve o encerramento

das atividades do Serviço de Proteção ao Índio com a criação de uma comissão formada por indigenistas, antropólogos e profissionais do SUS, a partir da qual se constituiu a Fundação Nacional do Índio (Funai). Em 1968, a Funai cria as Equipes Volantes de Saúde, que prestavam assistência médica, aplicavam vacinas e faziam a supervisão do trabalho do pessoal de saúde local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem, posterior, muda de nome para Unidade de Atendimento Especial e passa a trabalhar apenas com tuberculose, deixando as outras ações para a divisão de saúde da Funai.²

Com a Constituição Federal, e a criação do Sistema Único de Saúde, ambos em 1988, foi reconhecido o direito dos povos indígenas a um tratamento à saúde diferenciado, já que antes o modelo se dispunha a cuidar da população rural concomitantemente.⁸

Logo, ao se criar o Sistema Único de Saúde (SUS), foi determinante para o avanço das políticas públicas de saúde. Os princípios que sustentam o SUS possibilitaram ampliar a cobertura dos serviços públicos de saúde a todos os brasileiros, mas, além disso, permitiram que esses serviços se adequassem de forma a incluir grupos de pessoas com características e necessidades diferenciadas da maior parte da população, no caso os indígenas por suas especificidades culturais.²

Outro marco importante foi a Lei no 9.836, de 1999, conhecida como “Lei Arouca”, criou o Subsistema de Saúde Indígena, incorporado ao sistema maior, o SUS. Compõe o Capítulo V da Lei Federal nº 8.080, de 1990. Esta lei levava em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.⁹

Fato relevante no âmbito da saúde indígena foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, que indicou a necessidade da criação de uma política pública específica para atender os povos indígenas, sendo a coordenação realizada pelo Ministério da Saúde por meio de um subsistema de serviços vinculado ao SUS. Em 1992, na 9ª CNS foi reafirmada essa proposta e aprovado um modelo diferenciado de atenção à saúde indígena, articulado ao SUS e organizado na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).⁶

Entretanto, verifica-se que, um dos maiores desafios para os sistemas públicos é garantir o acesso à saúde de minorias culturalmente distintas em sociedades multiétnicas, para tanto, a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde, pretendeu adequar os serviços de saúde às características da população indígena e proporcionou o surgimento de espaços para a participação indígena.²

No que tange aos DSEI, considerado uma unidade organizacional do Subsistema de Saúde Indígena, e sua abrangência de atuação não se restringe às unidades de federação e sim à localização geográfica dos povos indígenas cabe a FUNASA a responsabilidade pela estrutura orçamentária e administrativa e, por consequência, é a autarquia do Ministério da Saúde que responde pela execução da atenção primária nas aldeias indígenas.⁶

Atualmente, no Brasil, são conhecidas 225 etnias (ou 305, segundo o censo 2010 do IBGE) e cerca de cento e oitenta línguas. Entao, cada povo possui determinados hábitos e culturas, além de formas de organização social e política, nos rituais, nas cosmologias, nos mitos, nas formas de expressão artística, nas habitações, na maneira de se relacionarem com o ambiente. Todavia, essa diversidade faz com que as ações dos profissionais devam ser reavaliadas de acordo com a cultura do povo indígena com que se trabalha, fazendo com que o processo terapêutico se contínuo como uma sequência de decisões e negociações entre várias pessoas e grupos com interpretações divergentes a respeito da identificação da doença e da escolha da terapia adequada.²

Em meio à tantas transformações nos sistemas de saúde, em 2008, houve a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) pelo Ministério da Saúde, no entanto este modelo tem trabalhado de uma forma inoperante e omissa, agravando ainda mais o cenário da crise interminável que atinge a saúde das comunidades indígenas nas últimas décadas. O Ministério Público Federal (MPF) através da Sexta Câmara de Coordenação e Revisão, responsável pela defesa dos direitos dos povos indígenas e outras minorias étnicas, realizou em dezembro de 2012 o ‘Dia D da Saúde Indígena’, com a finalidade de chamar a atenção do poder público e da sociedade brasileira para o triste quadro da saúde indígena no Brasil. Neste dia apresentou-se que o cenário da saúde indígena no Brasil vem sendo caracterizado por relatos de morte de pacientes nas aldeias em razão da demora nas remoções, ausência de medicamentos básicos nos postos de saúde, inexistência de médicos e odontólogos para o atendimento nas comunidades, falta de estrutura nas Casas de Saúde Indígena (Casai), que muitas vezes estão em situação de completo abandono, e a enorme quantidade de motores e barcos quebrados, entre tantos outros fatores evitáveis de óbito”.¹

Em termos de acompanhamento e avaliação de serviços de saúde prestados, foi criado o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena. Na avaliação da assistência farmacêutica foi implantado o Hórus indígena, através do qual é possível registrar as entradas, saídas e fluxo de produtos de medicamentos na rede de saúde indígena contribuindo para o planejamento, monitoramento, avaliação e execução das ações da Assistência Farmacêutica.³

Em se tratando de analisar o comportamento do processo saúde-doença na saúde indígena, verifica-se um histórico de graves epidemias; usurpação de

territórios, perseguição e morte de indivíduos ou mesmo comunidades inteiras. Atualmente os desafios dos profissionais da saúde dos povos indígenas, incluem doenças crônicas não-transmissíveis, contaminação ambiental e dificuldades de sustentabilidade alimentar.⁴

Os determinantes do processo saúde-doença são muito diversificados e específicos para cada povo, resultando em um quadro epidemiológico bastante complexo, ainda mais complicado quando o contato com não indígenas torna-se frequente. De modo geral, sabe-se que as doenças infecciosas e parasitárias permanecem como importante causa de morbimortalidade, as doenças crônicas já mencionadas além de, transtornos mentais e comportamentais e das causas externas de adoecimento e morte.⁶

Evidencia-se ainda, condições inadequadas de sobrevivência pela ausência de saneamento básico, assistência médica e de ações preventivas, que poderiam impedir as mortes de crianças por viroses ou doenças relacionadas a verminoses e parasitoses, como ocorre atualmente, associados à desassistência e falta de participação popular.¹

Quando se fala em doenças crônicas não transmissíveis, citam-se a obesidade, hipertensão e diabetes mellitus, relacionados à mudanças dos hábitos de vida como o contato com alimentos processados e industrializados.⁴

Estudos brasileiros revelam diferenças entre os perfis de saúde de indígenas das diferentes macrorregiões do país. O sobrepeso e a obesidade é um problema relevante na região Centro-Oeste onde atingem mais de 50% das mulheres indígenas, na região Norte este problema não é tão expressivo. Em relação às crianças de zero a cinco anos foi observado, que a desnutrição, constitui um problema sério que atinge um terço das crianças indígenas de todas as regiões do país. Na região Norte a prevalência de desnutrição pode chegar a 40%.⁶

Logo, outro estudo verifica que, a mortalidade infantil indígena é 7,8 vezes maior que na referência da população branca; (as afecções perinatais na população indígena equivale à metade da referência amarela, indicando condições de saúde aceitáveis ao nascimento a diarreia como componente das causas infecciosas na população indígena é 1,7 vez mais importante que a referência branca; as infecções respiratórias agudas são 1,8 vez mais importante na população indígena que na referência amarela, indicando deficiência na atenção básica e, a mortalidade pós-neonatal na população indígena é 2,2 vezes mais importante que na referência amarela.⁹

Em se tratando de mortalidade infantil, outro estudo realizado no Distrito Sanitário Indígena do Mato Grosso do Sul (DSEI/MS) relativas ao período compreendido entre 2010 e 2012 mostrou que 118 crianças morreram ao nascer, outras 208 crianças foram a óbito antes de completar o primeiro ano de vida, e 87 morreram antes dos cinco anos. Esses números correspondem a índices muito superiores aos

verificados na média nacional, que são de 23 mortes para cada mil nascidos vivos.¹

Verificou-se 54.183 óbitos na faixa etária de menores de um ano em 2004, no Brasil, ou seja, 22.329 (41%) em brancos; 33% (18.030) em pardos; 2,8% (1.499) da raça/cor preta e 626 (1,16%) da raça/cor amarela ou indígena, sendo não informados 21,6%.⁹ Frente a este dado evidencia-se à subnotificação de dados estatísticos importantes no desenvolvimento e aperfeiçoamento das políticas públicas. Pode-se, no entanto, vincular essas informações à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, à própria desassistência e até mesmo à desatenção pré-natal.

Em relação ao acesso à atenção pré-natal, conforme dados do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, realizado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva, em 2008/2009, os números demonstram que no conjunto das macrorregiões, 88,6% das mulheres referiram ter realizado pelo menos uma consulta de pré-natal com médico ou enfermeiro durante a gravidez do filho vivo mais novo com idade inferior a 60 meses. No entanto, a pesquisa aponta para diferenças regionais. Na região Norte o percentual foi 72,4%; no Nordeste, 86,4%; no Centro-Oeste 94,3%; e no Sul/Sudeste, 97,5%. Entretanto a média do número de consultas pré-natais relativas à gravidez do filho vivo mais novo com idade inferior a 60 meses foi de 4,7 consultas por mulher com variações significativas em outras regiões.⁸

Outro estudo brasileiro apontou como a segunda principal causa de morte, que contabilizou 16,8% das notificações as causas externas de morbidade e de mortalidade, as quais se concentraram em aproximadamente 60% dos indivíduos com idades entre 10,0 e 39,9 anos. Do total de mortes classificadas neste capítulo, 26,6% foram devidas ao suicídio, 24,5% aos acidentes e 23,9% às agressões.⁶

Essa questão pode estar relacionada aos impactos das mudanças ambientais decorrentes da construção de barragens e hidrelétricas em suas terras ou nas proximidades, atividades extrativistas como o garimpo, ou mesmo a introdução de novas tecnologias agrícolas que envolvam a substituição do sistema de horticultura consorciada tradicional por monoculturas. Associa-se ainda a exposição contínua aos campos eletromagnéticos gerados pelas redes de transmissão e câncer. A ocorrência de suicídio, alcoolismo e drogadicção vem sendo reportada em diferentes tribos. Menciona-se ainda, acidentes automobilísticos e uso de maquinário agrícola, como também por violência de orrentes de assassinatos e mesmo massacres por madeireiros, garimpeiros e outros invasores de terras indígenas.⁴

Quanto ao acesso à rede de abastecimento de água, os resultados do Censo 2010 demonstraram que em 63,34% dos domicílios indígenas a forma de abastecimento é por rede geral de distribuição, enquanto que em 36,6% é por outras formas, incluindo poço, carro-pipa, água da chuva, rio e outras formas. Do total de domicílios abastecidos por rede geral de

distribuição apenas 16,64 % estão dentro das terras indígenas.⁸

Quando se trata de parasitoses e doenças diarreicas associa-se à precariedade das condições de saneamento, haja vista que, as infra-estruturas sanitárias são inadequadas, há déficit de profissionais, além de, ser comum a ausência de infra-estrutura destinada à coleta dos dejetos e a inexistência de água potável nas aldeias.⁴

No tocante ao saneamento, dados do IBGE, divulgados em 2010, 36,1% dos domicílios particulares permanentes com responsabilidade indígena não possuíam banheiro. Na análise por macrorregião, esse percentual é de 70,9% na região Norte, 41,3% na região Centro-Oeste, 25,7% no Nordeste, 20,9% no Sul e 5,8% no Sudeste.⁸

De um modo geral, o modelo de atenção à saúde implementado não tem conseguido se consolidar e ser potente o suficiente para solucionar os problemas sanitários locais. Isto porque tem sido excessivamente centrado na prática assistencialista e tecnicista, deixando a segundo plano as estratégias de discussão local com a comunidade, a possibilidade integração entre as medicinas tradicional e ocidental, e a incorporação das práticas de vigilância em saúde e promoção da saúde.⁸

Após apresentar inúmeros dados referentes à situação da saúde indígena, friza-se que os indicadores de saúde são indícios importantes, que podem ser utilizados para a justificativa de estudos aprofundados, integralizadores., neste caso, estudos de vulnerabilidade, estes com base na epidemiologia social poderão detalhar o perfil epidemiológico, a causalidade e a possibilidade de intervenção para melhoria dos resultados desses indicadores.⁹

Outro aspecto importante e central é a relevância dos temas e indicadores selecionados para os processos de monitoramento da política pública. As quatro dimensões escolhidas para contribuir com o monitoramento da política pública de saúde indígena foram: (i) acesso e cobertura dos serviços e programas de saúde, (ii) acesso à medicamentos, (iii) mortalidade infantil e (iv) vigilância e controle de doenças.⁸

As pesquisas acerca desses aspectos vêm ocorrendo, mais ainda são poucas em relação aos demais grupos populacionais do país. Aliada a isso está a enorme diversidade cultural, socioeconômica e linguística dessa população que gera um perfil de saúde que ora delineado pode variar substancialmente de um grupo para o outro e muitas vezes dentro da própria etnia, necessitando por isso, de estudos que permitam a garantia das especificidades desse grupo tão heterogêneo.³

Frente a essa questão, debater a organização do processo de trabalho em saúde e as práticas de saúde no âmbito do modelo de atenção implica em refletir sobre os arranjos institucionais e organizacionais que lhes dão suporte, ou seja, como a gestão e a organização dos serviços se estruturam para “produzir saúde”.⁸

Neste aspecto, salienta-se a realização deste estudo,

a fim de, conhecer abordar a temática morbimortalidade indígena no Brasil no período de Janeiro de 2014 à Janeiro de 2018.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura com o objetivo de abordar a temática morbimortalidade indígena no Brasil no período de Janeiro de 2014 à Janeiro de 2018, abordando capítulos do CID-10 mais prevalentes, identificando as doenças mais frequentes, definindo faixa etária, sexo, regime de atendimento e regiões em que ocorreram as internações desta população indígena.

Buscaram-se dados no DATASUS, referentes aos atendimentos de pacientes indígenas atendidos nos serviços de saúde no período Janeiro de 2014 à Janeiro de 2018. A busca de dados deu-se no mês de Abril de 2018. Para tanto, buscou-se artigos e publicações referentes à temática na base de dados LILACS, SCIELO e BVS, para as argumentações deu-se preferência para artigos dos últimos dez anos, no entanto alguns protocolos e publicações inseridas neste estudo contaram com datas anteriores por haver carência nos estudos sobre a população indígena no Brasil. Após a coleta dos dados, os mesmos passaram por armazenamento temporário, tratamento dos dados e organização em gráficos ou tabelas para melhor apresentação dos resultados.

Excluíram-se da amostragem artigos que não condiziam com morbimortalidade da população indígena.

3. DESENVOLVIMENTO

Verifica-se o predomínio de internações de pacientes indígenas na região Centro-Oeste do Brasil, no período de Janeiro de 2014 à Janeiro de 2018 contando com 37% do total nacional (n=36605). A região Norte contou com 35% das internações (n=34892), a região Nordeste com 12% (n=11597), a região Sul com 11% (n=10621) e a região Sudeste com 5% (n=5321).

Na distribuição das internações por ano, verificou-se dados semelhantes no decorrer dos anos contando com 25% nos anos de 2014, 2016, 2017, 24% em 2015, logo, poucos pacientes em 2018, pelo estudo contemplar o mês de janeiro de 2018 apenas. Logo, o sexo feminino apontado como tendo o maior número de internações no período estudado.

No que tange ao caráter de atendimento da população indígena no período de Janeiro de 2014 à Janeiro de 2018, neste aspecto, verifica-se que 94% do total de atendimentos deu-se em caráter de urgência.

Logo, em se tratando de atendimentos hospitalares é esperado que este resultado, haja vista que, a maioria de procedimentos eletivos passa por agendamento via atenção básica, entretanto, os atendimentos hospitalares indígenas reportam à porta de entrada via urgência.

No que se refere ao regime de atendimento 55% dos casos tiveram o preenchimento das internações como ignorado (n=54583), 26% tiveram regime de atendimento direcionados ao setor público (n=25524) e 19% direcionados ao setor privado (n=18929).

Percebe-se que ainda verificam-se dados não preenchidos, problema encontrado frequentemente em pesquisas epidemiológicas, sendo que, estes impossibilitam conhecer a totalidade dos dados de internações.

As causas de internações, sendo que houve o predomínio de internações relacionadas à gravidez, parto e puerpério com 30544 casos, precedidas por internações por doenças do aparelho respiratório com 23535 e doenças infecciosas e parasitárias com 12587 do total. As causas externas, lesões e envenenamentos contaram com 7235 casos no período de Janeiro de 2014 à Janeiro de 2018.

No que tange as internações por gravidez, parto e puerpério, houveram 20409 casos de internações para parto espontâneo, precedidas por 4876 casos de internações decorrentes de complicações da gravidez. Já no caso das doenças do aparelho respiratório, 16853 internações condiziam com pneumonias, 1399 por bronquite e bronquiolite e 1358 por asma. Como doenças infecciosas e parasitárias citam-se as diarreias e gastroenterite de origem infecciosa com 5112 casos.

Referente à faixa etária dos indígenas internados no período de Janeiro de 2014 à Janeiro de 2018 verifica-se o predomínio da faixa etária dos 20 aos 29 anos com 19103 internações, de 1 a 4 anos com 16065 internações, logo, menores de 1 ano com 14101 internações.

Em termos de mortalidade, verifica-se 53% dos óbitos em indivíduos do sexo masculino (n=945) e 47% em indivíduos do sexo feminino (n=844).

No que tange à faixa etária, verificou-se que a maioria dos óbitos no período estavam relacionadas à menores de 1 ano de vida com 408 casos logo, por 80 anos e mais com 302 casos. A faixa etária dos 70 aos 79 anos notificou 207 óbitos e a faixa etária de 1 a 4 anos 183 casos. Percebe-se que os óbitos ocorrem nos extremos de idade, fato preocupante são os óbitos ocorridos em menores de um ano de idade e na faixa etária de 1 a 4 anos, os quais representam fatores evitáveis, refletido falhas no sistema de saúde vigente.

Quanto ao grupo de causas em que mais ocorreram óbitos, foram as doenças do aparelho circulatório, com 500 óbitos, precedidas por doenças infecciosas e parasitárias com 382 óbitos. Doenças do aparelho circulatório notificaram 217 óbitos.

4. DISCUSSÃO

Estudos apontam que há diversas cepas patogênicas de enterobactérias relacionadas à ocorrência de elevadas taxas de soroprevalência para rotavírus têm sido amplamente reportadas para a população indígena em geral, especialmente na Amazônia, atribuindo-se a ocorrência das infecções gastrointestinais que chegam a responder por quase metade das internações hospitalares de crianças indígenas e por até 60% das mortes em crianças menores de um ano.⁹

Os estudos que tratam do perfil demográfico de populações indígenas demonstram altas taxas de natalidade e fecundidade, explicados pelo início

precoce da vida reprodutiva e fatores socioculturais, como a valorização de famílias numerosas; aliados a altas taxas de mortalidade em idades precoces, estas últimas explicadas pelas precárias condições socioeconômicas, nutricionais, sanitárias e de acesso à saúde, pela alta prevalência de doenças parasitárias e infecciosas e crescente número de doenças crônicas não transmissíveis. Esse quadro é característico de um estado de transição epidemiológico, como já comentado anteriormente, ocasionado pelas mudanças de hábitos e alimentação e o contato com as populações não indígenas que vieram inserir novos agravos à saúde dessas populações, que configura com uma pirâmide etária característica de uma população predominantemente jovem, com base larga e cume estreito.³

Outros autores afirmam que, a desnutrição, na mortalidade infantil indígena é 7,8 vezes maior que na referência da população branca; as afecções perinatais na população indígena equivale à metade da referência amarela, indicando condições de saúde aceitáveis ao nascimento; as infecções respiratórias agudas são 1,8 vez mais importante na população indígena que na referência amarela, indicando deficiência na atenção básica e a mortalidade pós-neonatal na população indígena é 2,2 vezes mais importante que na referência amarela.⁹

Outro estudo revela que durante a primeira metade da década de 90 cerca de 40% dos atendimentos foram ocasionados pela malária. Durante o mesmo período, 12% das internações na Casa do Índio de Porto Velho também foram devidas a essa parasitose.⁷ No entanto não encontramos dados relacionados à internações por malária.

Um estudo realizado pela FUNASA em 2003 evidenciou elevado percentual por causas mal definidas, denotando insuficiente assistência à saúde dos indígenas, como segunda principal causa de morte, que contabilizou 16,8% das notificações, recaiu sobre as causas externas de morbidade e de mortalidade, as quais se concentraram em aproximadamente 60% dos indivíduos com idades entre 10,0 e 39,9 anos. Do total de mortes classificadas neste capítulo, 26,6% foram devidas ao suicídio, 24,5% aos acidentes e 23,9% às agressões.¹⁰

Estudo de mortalidade com índios Xavante, discorre sobre a condição de marginalidade sócio-econômica a que estão relegados, cuja uma das facetas se manifesta através das precárias condições de saneamento de suas aldeias e inadequados serviços de saúde.³

Até em um passado recente, epidemias de viroses, como gripe e sarampo, chegavam a dizimar milhares de indivíduos num curto intervalo de tempo, exterminando aldeias inteiras ou reduzindo drasticamente o número de habitantes, o que comprometia a continuidade cultural e social dos grupos atingidos.⁷

Outro autor afirma que a anemia é um outro problema nutricional importante nas populações indígenas, afetando sobretudo crianças e mulheres em

idade reprodutiva. Além da ingestão insuficiente de determinados nutrientes, como o ferro, a ocorrência de anemia nas populações indígenas também deve estar associada à presença de parasitoses endêmicas, como a ancilostomose e a malária. Mais uma vez, a maioria dos estudos sobre o tema foi conduzida na região amazônica.⁷

Por outro lado, o sobrepeso e a obesidade, é um problema relevante na região Centro-Oeste onde atingem mais de 50% das mulheres indígenas, na região Norte este problema não é tão expressivo. Na região Norte a prevalência de desnutrição pode chegar a 40%.¹⁰

As ações de saneamento básico desenvolvidas a partir de 1999, aliadas ao trabalho de assistência básica à saúde, contribuíram para a redução do coeficiente de mortalidade infantil no período de dez anos, que caiu de 74,61 para 46,73 por cada mil nascidos vivos. No Mato Grosso do Sul, onde está concentrada a segunda maior população indígena do país, o índice de mortalidade infantil teve uma queda de 140 mortes num universo de mil crianças nascidas vivas, em 1999, para 30 óbitos/1000 em 2008.⁵

O anuário inicialmente revela que houve 54.183 óbitos na faixa etária de menores de um ano em 2004, ou seja, 22.329 (41%) em brancos; 33% (18.030) em pardos; 2,8% (1.499) da raça/cor preta e 626 (1,16%) da raça/cor amarela ou indígena, sendo não informados 21,6%.⁹

Estudos apontam que, em menores de 5 anos, as causas de óbitos, de 2000 a 2007, são as doenças infecciosas e parasitárias (26,67%), sem diagnóstico definido 25,83%, outros grupos de causas (13,33%), lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (13,33%) e má-formações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (10%), totalizando 89,17% dos óbitos ocorridos no período estudado⁵. Os autores também destacam que o somatório dos registros de mortalidade relativos às doenças do aparelho respiratório, e às doenças infecciosas e parasitárias, totalizou 22,5% de todas as causas de mortalidade. Estas duas causas, quando agrupadas em um único conjunto, passam a ser a principal causa de morte entre os indígenas. Os autores ponderam que aproximadamente 60% dos registros classificados como causas mal definidas, eram de crianças menores de cinco anos de idade. Sabe-se que, de modo geral, as crianças nesta faixa etária, adoecem e morrem devido a causas relacionadas às doenças do aparelho respiratório, e às doenças infecciosas e parasitárias.⁶

5. CONCLUSÃO

Verificaram-se 99036 atendimentos, sendo que a maioria ocorreu no Centro-Oeste, sendo estes atendimentos ocorrendo em caráter de urgência e do sexo feminino. A maioria dos atendimentos deu-se por causas decorrentes de gravidez, parto e puerpério, doenças do aparelho respiratório seguida por doenças infecciosas e parasitárias. A faixa etária de maior

procura pelos serviços de saúde deu-se dos 20 aos 29 anos, logo, 1 a 4 anos e menores de 1 ano de idade. Quanto aos óbitos, a maioria deu-se em indígenas do sexo masculino, em menores de 1 ano e maiores de 80 anos. As causas de maior predomínio foram as doenças do aparelho respiratório precedida por doenças infecciosas e parasitárias.

Esses resultados refletem as mudanças no estilo de vida, as condições de saneamento básico, início tardio de pre-natal. Programas de educação em saúde implantados nas escolas deve serem estimulados.

Diante do exposto, vale salientar que há déficit de estudos sobre a temática saúde indígena e suas condições epidemiológicas, ressalta-se que estes devem serem estimulados pela comunidade acadêmica e científica no geral.

REFERÊNCIAS

- [1] Altini, *et.al.* A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas. Publicação do Conselho Indigenista Missionário – CIMI Organismo vinculado à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB, Brasília. 2013.
- [2] Benevides L. A atenção à saúde dos povos indígenas do Brasil: das missões ao subsistema. *Tempus*, actas de saúde colet, Brasília. 2014; 8(1):29-39.
- [3] Carvalho et al. Caracterização epidemiológica das populações indígenas e do Subsistema de Saúde Indígena do Brasil: uma revisão integrativa da literature. *Boletim Informativo Geum*. 2014;5(3):72-78.
- [4] 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. 2014; 30(4):855-859.
- [5] FUNASA. *Boletim Informativo*. Ed n8 Brasília, Abril de 2009.
- [6] Geniole, et.al. Saúde bucal por ciclos de vida / organizadores: Leika Aparecida Ishiyama Geniole...[et al.]. – Campo Grande, MS: Ed. UFMS: Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal. 2011.
- [7] Goldbaum, M. Perfil Epidemiológico da População Brasileira”, organizado por Moisés Goldbaum, Brasília, Centro Nacional de Epidemiologia/ CENEPI, Ministério da Saúde. 2001 (em publicação).
- [8] Martins AL. Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. / André Luiz Martins. 2013.
- [9] Neto ALR. Epidemiologia Social E Saúde Indígena: Uma Visão Da Saúde Coletiva. *Boletim da Saúde | Porto Alegre | Volume 21 | Número 1 | Porto Alegre, Jan./Jun. 2007.*
- [10] Brasil.Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. Relatório Final. Análise de Dados n. 07. Rio de Janeiro, 01 de dezembro de 2009.