

PERFIL DE MORBIDADE DE INDÍGENAS EM SERVIÇO ESPECIALIZADO

Morbidity Profile of Indians in Specialized Service

Erica Ribeiro Pereira¹
Natália de Souza Waechter Bastos²
Leidiane Maria da Silva³
Lavínia Santos de Souza Oliveira⁴

Recebido: 09 mar. 2014

Aprovado: 16 set. 2014

Resumo: O perfil de morbidade dos pacientes indígenas encaminhados aos serviços de referência terciária ainda é pouco conhecido na literatura. Os escassos estudos desenvolveram-se no contexto da atenção primária e secundária, com enfoque a grupos indígenas e etários específicos. Objetivo: Descrever o perfil de morbidade de pacientes indígenas encaminhados para serviço de atenção terciária à saúde no ano de 2008. Métodos: Estudo documental, de natureza descritiva e exploratória com análise de 91 prontuários de pacientes indígenas do Ambulatório do Índio da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Resultados: identificaram-se, como principais patologias: neoplasias (26,6%), malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (14,3%) e doenças do aparelho circulatório (9,9%). Conclusão: Verifica-se tendência para o incremento das doenças crônicas não transmissíveis (DNCT) nessa população. O estudo aponta para a necessidade de ações de promoção e educação em saúde voltadas para a prevenção das DCNT nos serviços de atenção primária.

Palavras-chave: Serviços de saúde do indígena. Atenção terciária à saúde. Morbidade.

Abstract: The morbidity profile of indigenous patients referred to a tertiary referral services is still little known in the literature. The few studies developed in the context of primary and secondary care, focusing on specific age groups and indigenous. Objective: To describe the morbidity profile of Indian patients referred to tertiary care health service in 2008. Methods: Documentary study, descriptive and exploratory nature with analysis of medical records of 91 patients from indigenous Indian Clinic of the Federal University of São Paulo (UNIFESP). Results: We identified major diseases: cancer (26.6 %), congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities (14.3%) and

¹ Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)- São Paulo- (SP), Brasil. Enfermeira, Ambulatório do Índio- Hospital São Paulo, servidora da UNIFESP- São Paulo- (SP), Brasil. erica.ribeiro@unifesp.br ou erica.projetoXingu@gmail.com. Responsável pela correspondência: End: Rua Engenheiro Jorge Oliva, 237, apto 182 A. Bairro: Vila Clementino – São Paulo – SP. CEP: 04362060. Tel: (11) 99644-3838. (11) 5576-4975 (tel e fax).

² Enfermeira graduada pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) São Paulo- (SP), Brasil. Bolsista de extensão no Ambulatório do Índio da UNIFESP- São Paulo- (SP), Brasil.

³ Especializanda em Saúde Indígena pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) São Paulo- (SP), Brasil. Enfermeira da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)-UNIFESP- São Paulo- (SP), Brasil.

⁴ Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP)- São Paulo- (SP), Brasil. Enfermeira, coordenadora de RH pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)-UNIFESP-São Paulo- (SP), Brasil.

cardiovascular diseases (9.9%). Conclusion: There is a tendency for the increase of non-communicable chronic diseases (DNCT) in this population. The study points to the need for promotion and health education aimed at the prevention of NCDs in primary care services.

Keywords: Health services indigenous. Tertiary healthcare. Morbidity.

INTRODUÇÃO

Historicamente, os povos indígenas, no Brasil apresentam um quadro complexo no cenário nacional, marcado pela desassistência à saúde, mudanças nos padrões socioculturais, econômicos e ambientais que foram prejudiciais aos determinantes de saúde atuais. Esse panorama intensificou-se no início do século XX com a expansão das estradas e linhas telegráficas pelo território brasileiro, aumentando, drasticamente, a mortalidade desses povos por doenças infectocontagiosas e por conflitos com exploradores (CONFALONIERE, 1989; RIBEIRO, 2000; SANTOS et al., 2003; RODRIGUES, 2005).

Dados recentes sugerem que os povos indígenas estão entre os grupos populacionais mais marginalizados e excluídos socialmente da América Latina, possuindo taxas de morbimortalidade superiores aos da população geral. Entre os pontos principais vinculados às desigualdades estão o acesso e a utilização dos serviços de saúde que se somam às diversidades sociais e ambientais que habitualmente caracterizam a população indígena (SANTOS et al., 2003; FERREIRA et al., 2011).

Informações epidemiológicas sobre as condições de saúde das populações indígenas brasileiras mostram que, em geral, as principais causas de morbimortalidade são as doenças infectocontagiosas como a tuberculose e hepatite, as enteroparasitárias, como a malária, as infecções respiratórias agudas, a desnutrição grave, as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e as infecções causadas por fungos (SANTOS et al., 2003; BÓIA et al., 2009; FERREIRA et al., 2011). No entanto, ainda existem muitas lacunas quanto ao perfil de morbidade dos mais de 300 povos indígenas, dispersos em todo território nacional e em diferentes contextos socioculturais.

Importantes transformações socioculturais e territoriais no passado contribuíram para as mudanças no perfil epidemiológico da população indígena atual, fruto do processo de contato, muitas vezes, imposto, desigual e conflituoso, com a sociedade nacional. Como resultado, surgem as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como o câncer, doenças

cardiovasculares, hipertensão arterial e diabetes; além da obesidade, alcoolismo, suicídio, drogadicção e transtornos psiquiátricos. As mudanças dos hábitos culturais como aumento no consumo de produtos industrializados, o sedentarismo, favoreceram que o perfil de morbimortalidade dessa população seja cada vez mais próximo ao da população brasileira em geral (SANTOS et al., 2003; BÓIA et al., 2009; FERREIRA et al., 2011; ROCHA et al., 2011).

O sistema de informação em saúde indígena, apesar de ter apresentado avanços nas últimas décadas, ainda não é capaz de revelar as causas de adoecimento e óbitos na população indígena do Brasil (SANTOS et al., 2003). A maior integração das bases de dados oficiais de acesso público com as informações específicas de saúde indígena vem ocorrendo, mas ainda de forma incipiente. Outra situação que corrobora para a invisibilidade de informações em saúde indígena é que os serviços de saúde ainda não estão organizados para compor um banco de dados que considere as especificidades étnicas e culturais dos povos indígenas, distinguindo-os do restante da população. Essa seria uma forma de evidenciar, em parte, o perfil de morbimortalidade desses povos nos serviços de saúde que os atendem. A deficiência de informação compromete o planejamento e avaliação de políticas públicas (DIEHL et al., 2003).

O perfil de morbidade dos pacientes indígenas encaminhados aos serviços de saúde de referência terciária é inexistente na literatura. Os poucos estudos realizados sobre morbidade indígena desenvolveram-se no contexto da atenção primária e secundária com enfoque a grupos indígenas e etários específicos.

O Ambulatório do Índio da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) é referência para atendimento terciário, recebendo pacientes indígenas encaminhados de diversas regiões do país. Seu principal papel é a coordenação de cuidados singulares aos pacientes que chegam ao serviço, realizando acolhimento, priorização de demandas, acompanhamento do itinerário diagnóstico terapêutico nos serviços de especialidades do Hospital São Paulo/UNIFESP (UNIFESP, 2010).

Este estudo tem por objetivo descrever o perfil de morbidade dos pacientes indígenas encaminhados para referência terciária à saúde no ano de 2008.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo documental de natureza descritiva e exploratória de análise de informações

provenientes dos prontuários de pacientes indígenas atendidos em serviço de atenção terciária no período de janeiro a dezembro de 2008. Este estudo foi realizado a partir de informações obtidas dos prontuários dos pacientes e de planilhas do sistema de informação do serviço e que subsidiou a composição de um trabalho de conclusão de curso no ano de 2011. A população de estudo foi composta por pacientes referenciados para tratamento em São Paulo, permanecendo hospedados na Casa de Saúde Indígena-CASAI/SP. As CASAI são espaços destinados a alojar e prestar assistência de enfermagem a pacientes e acompanhantes encaminhados das aldeias para a rede atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). As informações que subsidiaram a pesquisa foram organizadas segundo as variáveis: etnia, data de nascimento, procedência, naturalidade, número de consultas no ambulatório, caso novo ou retorno, referência e contra referência, hipótese diagnóstica inicial de encaminhamento e diagnóstico final classificado de acordo com a Classificação Internacional de Doenças versão décima revisão (CID 10). Na ocorrência de mais de um diagnóstico, procedeu-se à classificação da causa principal segundo o diagnóstico primário que motivou o encaminhamento e investigação. A coleta de dados foi realizada pelos pesquisadores no próprio serviço. Os dados foram processados e analisados a partir de planilhas do software Microsoft Excel Office, versão 2007.

O Projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIFESP e aprovado sob o nº 0830/10. Por se tratar de pesquisa com dados secundários, não foi realizada a aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

No ano de 2008 foram identificados 91 pacientes indígenas referenciados a CASAI SP para atendimento terciário na cidade de São Paulo e que foram atendidos no Ambulatório do Índio. A faixa etária predominante é de adultos, acima de 40 anos (37,4%), seguida de crianças de 0 a 5 anos (17,6%). As pacientes do sexo feminino (53,8%) representam a maioria dos atendimentos. Observou-se que os pacientes se originaram de todo território nacional, sobretudo de 14 Estados, sendo a maioria do Mato Grosso (41,7%). As regiões com maior número de encaminhamentos são Centro-Oeste e Norte. O Ambulatório do Índio no ano de 2008 atendeu pacientes encaminhados de 17 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) de um total de 34, distribuídos em diversas regiões do Brasil (tabela 1). Os DSEI são a unidade gestora, descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SasiSUS que possui um

modelo de organização de serviços de atenção à saúde aos povos indígenas que inclui o território indígena, os polos base e as CASAI conforme apresenta a figura 1 (SESAI, 2013).

Tabela 1. Perfil dos pacientes indígenas, Ambulatório do Índio, 2008.

Variáveis	n	%
Faixa Etária		
0 † 5	16	17,6
5 † 10	8	8,8
10 † 20	12	13,2
20 † 30	14	15,4
30 † 40	07	7,7
40 † 50	13	14,3
50 e mais	21	23,1
Sexo		
Feminino	49	53,8
Masculino	42	46,2
Procedência/Estado		
MT	38	41,7
RR	10	10,9
RO	9	9,9
SP	8	8,8
AM	6	6,6
PA	5	5,5
PE	5	5,5
MS	3	3,3
BA	2	2,2
AC	1	1,1
AP	1	1,1
MA	1	1,1
RJ	1	1,1
RS	1	1,1
Dsei de origem		
Parque Indígena do Xingu-MT	27	29,6
Litoral Sul- PR, RJ, RS, SC, SP	14	15,3
Leste Roraima-RR	10	10,9
Vilhena- MT, RO	9	9,8
Xavante-MT	5	5,4
Pernambuco-PE	4	4,3
Caiapó do Mato Grosso-MT, PA	4	4,3
Cuiabá-MT	3	3,2
Manaus- AM	3	3,2
Mato Grosso do Sul-MS	3	3,2
Guamá-Tocantins-MA, PA	3	3,2
Vale do Rio Javari- AM	2	2,1
Alto do Rio Purus-AC, AM, RO	1	1,1
Alto do Rio Negro- AM	1	1,1
Amapá e Norte do Pará- AM, PA	1	1,1
Bahia-BA	1	1,1
Porto Velho-AM, MT, RO	1	1,1

Total	91	100,0
--------------	-----------	--------------

Dos prontuários analisados, identificou-se que 47 pacientes (51,6%) haviam sido encaminhados a São Paulo, pela primeira vez, para iniciar investigação diagnóstica, o que se chama de casos novos e 44 pacientes (48,3%) eram retornos para continuidade do tratamento.

O DSEI e suas unidades organizacionais compostas por CASAI, Polo Base e aldeia foram responsáveis por 74 (81,3%) dos encaminhamentos dos pacientes para a cidade de São Paulo. O restante dos encaminhamentos foi realizado pela rede de saúde municipal/estadual (Hospital, Unidade Básica de Saúde). A maioria (70,3%) desses pacientes indígenas realizou de uma a cinco consultas no Ambulatório do Índio durante sua permanência em São Paulo. Na alta dos pacientes, verificou-se que 68 (74,7%) contrarreferências indicaram retorno para continuidade do tratamento. Somente 16 pacientes (17,6%) obtiveram alta definitiva do serviço com indicação de segmento na região de origem, 06 pacientes (6,6%) foram a óbito durante tratamento e 1 paciente (1,1%) ainda não havia recebido alta até o mês de dezembro de 2008 (Tabela 2). Dos seis óbitos ocorridos, quatro foram por neoplasias (estômago, colo do útero, placenta, encéfalo), um óbito por doenças infecciosas e parasitárias (hepatite viral crônica) e outro pelas doenças do aparelho circulatório (sequelas de doenças cerebrovasculares). A média de idade nos óbitos foi de 50,8 anos, sendo igual a divisão por sexo.

Tabela 2. Perfil dos atendimentos realizados no Ambulatório do Índio, ano de 2008.

Variáveis	n	%
Caso Novo	47	51,6
Retorno	44	48,3
Responsável pelo encaminhamento		
DSEI (Casai, Polo Base, aldeia)	74	81,3
Rede municipal (Hospital, Unidade Básica de Saúde)	17	18,7
Nº consultas no Ambulatório do Índio		
1-5	64	70,3
6-10	18	19,8
11 e mais	09	9,9
Contrarreferência		
Alta com retorno	68	74,7
Alta definitiva	16	17,6
Óbitos	06	6,6
Não se aplica*	01	1,1
Total	91	100,0

* Ainda não havia recebido alta.

Os encaminhamentos gerados pelo Ambulatório do Índio às especialidades do Hospital São Paulo foram maioria para a cardiologia (24,2%), ortopedia (15,4%), oncologia (13,2%) e clínica cirúrgica (13,2%). Não foi contabilizado o número de consultas realizadas nas especialidades do Hospital São Paulo. Os pacientes que permaneceram hospedados na CASAI SP até sua alta, contabilizaram média de permanência de 90 dias. No entanto, quando avaliou-se a média de permanência dos casos novos e retornos separadamente, observou-se aumento para 107 dias e decréscimo para 70 dias, respectivamente.

Analisando a hipótese diagnóstica inicial dos encaminhamentos realizados pelos serviços de saúde de origem, verificou-se que 69 casos (75,8%) foram confirmados nos diagnósticos realizados nas especialidades da atenção terciária e 22 casos (24,2%) tiveram diagnósticos diferentes daqueles da hipótese inicial. Isso mostra que a investigação realizada, inicialmente, pelos serviços de saúde de origem foi satisfatória, porém a resolutividade foi baixa, possivelmente, pela falta de recursos humanos e tecnológicos especializados.

A distribuição da morbidade (CID-10) dos pacientes indígenas mostra que a maior parte da amostra encontra-se nas faixas etárias de 20-50 anos (37,3%) e acima de 50 anos (23,1%). Nessas faixas etárias prevalecem como causas de morbidade, por ordem de ocorrência, as neoplasias, as doenças do aparelho circulatório, as doenças do aparelho geniturinário e as doenças do aparelho digestivo. Na faixa etária de 0 a 5 anos, surgem, com maior frequência, a má formação congênita e anomalias cromossômicas (tabela 3).

Tabela 3. Distribuição das causas de morbidade por faixa etária, Ambulatório do Índio, 2008

Morbidade (CID -10)	0 – 5		5 -10		10 – 20		20 – 50		50 e +		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
I. Doenças infecciosas e parasitárias	1	1,1	-	-	-	-	1	1,1	-	-	2	2,2
II. Neoplasias (tumores)	3	3,3	3	3,3	-	-	9	9,9	8	8,8	23	25,3
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos	1	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,1
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1	1,1	-	-	-	-	2	2,2	-	-	3	3,3
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	1	1,1	-	-	-	-	1	1,1
VI. Doenças do sistema nervoso	1	1,1	-	-	-	-	1	1,1	-	-	2	2,2
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-	-	-	-	1	1,1	1	1,1	2	2,2
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	-	-	1	1,1	2	2,2	-	-	-	-	3	3,3

IX. Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	-	1	1,1	5	5,5	3	3,3	9	9,9
X. Doenças do aparelho respiratório	-	-	1	1,1	1	1,1	-	-	-	-	2	2,2
XI. Doenças do aparelho digestivo	-	-	1	1,1	1	1,1	3	3,3	2	2,2	7	7,7
XII. Doenças da pele e tecido subcutâneo	-	-	-	-	-	-	2	2,2	1	1,1	3	3,3
XIII. Doenças sistema osteomuscular e conjuntivo	-	-	2	2,2	3	3,3	2	2,2	-	-	7	7,7
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1	1,1	-	-	1	1,1	3	3,3	3	3,3	8	8,8
XVII. Má formação congênita e anomalias cromossômicas	6	6,6	2	2,2	2	2,2	4	4,3	-	-	14	15,3
XIX. Lesões, envenenamento e causas externas	-	-	-	-	-	-	1	1,1	-	-	1	1,1
XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3,3	3	3,3
Total	14	15,4	10	11,0	12	13,2	34	37,3	21	23,1	91	100,0

As três principais causas de morbidade dos pacientes indígenas atendidos no ambulatório no ano de 2008 foram: neoplasias, má formação congênita e anomalias cromossômicas e doenças do aparelho circulatório com 23 (25,3%), 14 (15,4%) e 9 (9,9%) registros, respectivamente (tabela 4).

Tabela 4. Distribuição das causas de morbidade (CID-10) de pacientes indígena, por ordem de ocorrência, Ambulatório do Índio, 2008.

Morbidade (CID -10)	n	%
Neoplasias (tumores) (cap. II)	23	25,3
Má formação congênita e anomalias cromossômicas (cap. XVII)	14	15,4
Doenças do aparelho circulatório (cap. IX)	9	9,9
Doenças do aparelho geniturinário (cap. XIV)	8	8,7
Doenças sistema osteomuscular e conjuntivo (cap. XIII)	7	7,7
Doenças do aparelho digestivo (cap. XI)	7	7,7
Doenças do ouvido e da apófise mastoide (cap. VIII)	3	3,3
Doenças da pele e tecido subcutâneo (cap. XII)	3	3,3
Fatores que influenciam o estado de saúde (cap. XXI)	3	3,3
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (cap. IV)	3	3,3
Doenças do aparelho respiratório (cap. X)	2	2,2
Doenças do sistema nervoso (cap. VI)	2	2,2
Doenças infecciosas e parasitárias (cap. I)	2	2,2
Doenças do olho e anexos (cap. VII)	2	2,2

Lesões, envenenamento e causas externas (cap.XIX)	1	1,1
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos (cap.III)	1	1,1
Transtornos mentais e comportamentais (cap.V)	1	1,1
Total	91	100,0

Figura 1. Organização do Distrito Sanitário Especial Indígena no Brasil



Fonte: SESAI, 2013

DISCUSSÃO

O trabalho apresentou algumas limitações por tratar-se de recorte de período relativamente curto, sendo difícil estabelecer comparações e aprofundar a análise. Ainda, assim, obteve-se um panorama descritivo que pode ser cotejado com o contexto sanitário mais amplo da saúde indígena, que é uma sociedade em transição epidemiológica (LEITE et al., 2003).

Os povos indígenas representam uma parcela de 0,4% da população brasileira com aproximadamente 817,9 mil indivíduos pertencentes a 305 etnias distribuídos por todo território nacional (IBGE, 2013). A maioria dos pacientes indígenas, atendidos no Ambulatório do Índio, foi encaminhada das regiões Centro-Oeste e Norte do país, que apresentam maior contingente populacional. Presume-se que, nessas regiões, a dificuldade de acesso a serviços de saúde de

atenção terciária seja uma realidade para esses povos.

Ainda não existem dados reais e fidedignos sobre a situação de saúde da população indígena no país, apenas dados parciais (LEITE et al., 2003). Em 2000, criou-se o Sistema de Informação da Atenção de Saúde Indígena (SIASI), uma importante ferramenta, mas que ainda não funciona plenamente. Um estudo recente analisou a eficiência desse sistema e constatou que as informações disponíveis não são analisadas e utilizadas como avaliação das ações de saúde (SCATENA et al., 2007). Além disso, alguns autores citam o risco de criar um sistema de informação paralelo ao banco de dados da população em geral, produzindo um “gueto epidemiológico” que inviabilize contextualizar os indicadores de saúde indígena em relação às outras etnias no Brasil (DIEHL et al., 2003).

As causas de morbidade, encontradas nesse estudo, foram diferentes de outros trabalhos desenvolvidos em contextos de atenção à saúde primária e secundária, mas que já era esperado, pois se teve como fonte de investigação um serviço de atenção terciário. No entanto, esses resultados sinalizam a complexidade das morbimortalidades na população indígena em franco processo de transição epidemiológica. Além disso, aponta para a necessidade de se organizar os serviços de atenção primária e secundária, direcionando para a promoção e prevenção das DCNT nessa população. Outra questão importante é organizar as redes de atenção à saúde, principalmente a terciária, que serão acionadas para atendimento de pacientes indígenas com necessidades diferenciadas.

É cada vez mais expressiva a demanda de atendimento de pacientes indígenas aos serviços de atenção terciária como o Ambulatório do Índio/Hospital São Paulo/Unifesp. No ano de 2008, havia 52 pedidos de encaminhamentos que aguardavam atendimento, principalmente para as especialidades de cardiologia, oncologia, ortopedia, otorrinolaringologia e oftalmologia, mas que não foram atendidas pela falta de vagas na CASAI SP. Geralmente, essa demanda é reprimida, pois os pacientes indígenas e seus acompanhantes dependem da disponibilidade de vaga nas CASAI. Sabe-se que a situação das CASAI, em todo o Brasil, é crítica, pois a estrutura é precária, faltam leitos, a rotatividade dos pacientes é baixa devido à complexidade das patologias e também por questões de ordem burocrática como a demora na liberação de passagens que atrasam o retorno do paciente à sua residência. Também é primordial organizar o fluxo de atendimento para as referências de atenção terciária de forma a diminuir o

deslocamento de pacientes para regiões muito distantes da sua residência e família, otimizando a demanda reprimida para atendimento especializado.

A morbidade hospitalar indígena no SUS, no ano de 2008, apresentou como as três principais causas, por ordem de ocorrência: gravidez, parto e puerpério, doenças do aparelho respiratório e algumas doenças infecciosas e parasitárias (BRASIL, 2013). Estudos que investigaram a morbidade de diferentes populações indígenas no Brasil encontraram os mesmos perfis (HÖKERBERG et al., 2001; COIMBRA JÚNIOR et al., 2007; CARDOSO et al., 2010; SOUZA et al., 2010). Os resultados obtidos, neste trabalho, foram divergentes aos da literatura, pois evidenciaram como principais causas de adoecimento as neoplasias, a má formação congênita e anomalias cromossômicas e doenças do aparelho circulatório, compondo quadro característico das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), exceto pelas patologias genéticas. Neste estudo, encontrou-se uma maior frequência de neoplasias (25%) que pode ser ocasionada por vários fatores de interferência. Em primeiro lugar, a possibilidade do aumento da incidência dos cânceres, seja pela maior sobrevivência da população, seja pela maior exposição a fatores de risco ou pela introdução de novo arsenal diagnóstico (UNIFESP, 2013).

A representação do conjunto de morbidade desses pacientes vem de encontro aos estudos que apontam mudanças no perfil epidemiológico dos povos indígenas e da população brasileira como um todo, direcionando para um aumento das DCNT, um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil e que afeta principalmente grupos sociais vulneráveis (BRASIL, 2011; DUNCAN et al., 2012).

Chama atenção que a má formação congênita apareceu em segundo lugar (15,4%) como principal causa de morbidade entre os pacientes indígenas, principalmente na faixa etária de 0-5 anos. No Brasil, a mortalidade infantil por má formação congênita apresentou taxa de 19,3% e na população indígena foi de 10,8% (BRASIL, 2011). Grande parte desses problemas ainda apresenta origem desconhecida, sendo uma das causas de mortalidade infantil no mundo (NETO SIEDERSBERGER et al., 2012). DANTAS (2010) identificou, no perfil de morbidade de crianças indígenas referenciadas a CASAI Rio Branco, que as patologias congênitas surgiram em terceiro lugar entre as principais causas de internação. Esses achados podem estar relacionados à consanguinidade nos relacionamentos, comum a muitos grupos indígenas.

O atendimento à saúde do indígena é singular e necessita de serviços com equipe de

referência que acompanhe e atenda as necessidades dos pacientes indígenas durante o itinerário diagnóstico e terapêutico. O Ambulatório do Índio vem acumulando considerável experiência nessa área, sendo um serviço pioneiro voltado para o acolhimento, a coordenação de cuidados e atendimento diferenciado dessa população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo evidenciam aspectos do perfil de morbidade dos indígenas atendidos em um serviço de atenção terciária. Merece atenção a complexidade dessas patologias que podem ocasionar sequelas e limitações importantes nessa população acostumada a viver de forma bastante singular. Dispor de uma rede de serviços integrada que possa identificar as necessidades desses pacientes, responsabilizando-se pela coordenação do cuidado no itinerário diagnóstico e terapêutico, é fundamental.

Com base nos dados encontrados, ainda não é possível traçar de forma satisfatória um perfil epidemiológico dos pacientes indígenas que são encaminhados para uma referência terciária. No entanto, é possível apontar para uma complexa e dinâmica mudança nesse perfil, com o incremento das doenças crônicas não transmissíveis. As informações aqui apresentadas foram importantes para incrementar os dados sobre as condições de saúde desses povos e trazer luz à compreensão do padrão de adoecimento que ao longo dos anos vem se modificando. Esses resultados também foram úteis para melhorar o entendimento acerca do quadro epidemiológico dos indígenas referenciados para um serviço de saúde de atenção terciária e fomentar reflexão sobre essa emergente demanda de saúde dos povos indígenas.

A partir da análise dos indicadores de saúde dos povos indígenas no Brasil, avaliou-se que, de maneira geral, essa população encontra-se nas piores situações de exclusão social. O subsistema de saúde indígena ainda apresenta dificuldades quanto à universalização e integralização da assistência. A complexidade das morbidades que foram encontradas sinaliza a necessidade de melhorar o acesso às referências de maior complexidade e que sejam mais próximas as suas regiões de residência. É fundamental conhecer a distribuição, magnitude e os fatores de risco das DCNT nessa população para que sejam articuladas políticas para a promoção e educação em saúde.

REFERÊNCIAS

- BÓIA, M.N.; CARVALHO-COSTA, F.A.; SODRÉ, F.C.; PORRAS-PEDROZA, B.E.; FARIA, E.C.; MAGALHÃES, G.A.P.; et al. Tuberculose e parasitismo intestinal em população indígena na Amazônia brasileira. **Rev. Saúde Pública**. v.43, n.1, p.176-8, 2009.
- Brasil. DATASUS. Morbidade hospitalar no SUS. Disponível em:<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203/>> Acesso em: 15 jul.2013.
- 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 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- CARDOSO, A.M.; COIMBRA JÚNIOR, C.E.A.; TAVARES, F.G. Morbidade hospitalar indígena Guarani no Sul e Sudeste do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol**. v.13, n.1, p.21-34, 2010.
- COIMBRA JÚNIOR, C.E.A.; LUNARDI, R.; SANTOS, R.V. Morbidade hospitalar de indígena Xavante, Mato Grosso, Brasil (2000- 2002). **Rev. Bras. Epidemiol**. v.10, n.4, p. 441-52, 2007.
- CONFALONIERI, U.E.C. O sistema único de saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. **Cad Saúde Pública**. v.5, n.4, p. 441-50, 1989.
- DANTAS, F.L.L. Perfil de morbidade da população indígena infantil referenciada para a Casa de Saúde Indígena (CASAI) de Rio Branco. 2010. Dissertação. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010.
- DIEHL, E.E.; DRACHLER, M.L.; MENEGOLLA, I.; RODRIGUES, I. Financiamento e atenção à saúde no Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul. In: COIMBRA JÚNIOR, C.E.A.; SANTOS, R.V.; ESCOBAR, A.L. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fio Cruz, p. 217-34, 2003.
- DUNCAN, B.B.; CHOR, D.; AQUINO, E.M.L.; BENSENOR, I.M.; MILL, J.G.; SCHMIDT, M.I.; et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**. v.46, n.1, p.126-134, 2012.
- FERREIRA, M.E.V.; MATSUO, T.; SOUZA, R.K.T. Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 27, n.12, p. 2327-39, 2011.
- HÖKERBERG, Y.H.M.; DUCHIADE, M.P.; BARCELLOS, C. Organização e qualidade da assistência à saúde dos índios Kaingáng do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.17, n.2, p.261-72, 2001.
- IBGE. Instituto de Geografia e Estatística. O Brasil Indígena. 2013. Disponível em: <<http://indigenas.ibge.gov.br/estudos-especiais-3/o-brasil-indigena/>> Acesso em: 25 jun.2013.

LEITE, M.S.; GUGELMIN, A.S.; SANTOS, R.V.; COIMBRA JUNIOR, C.E.A. Perfis de saúde indígena, tendências nacionais e contextos locais: Reflexões a partir do caso xavante, Mato Grosso. In: COIMBRA JÚNIOR, C.E.A.; SANTOS, R.V.; ESCOBAR, A.L. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fio Cruz, p.105-25, 2003.

NETO SIEDERSBERGER, P.; ZHANG, L.; NICOLETTI, D.; BARTH, F.M. Mortalidade infantil por malformações congênitas no Brasil, 1996-2008. **Revista AMRIGS**. v.56, n.2, p.129-32, 2012.

RIBEIRO, D. Convívio e contaminação. In: Os índios e a civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno. São Paulo: Companhia das letras, p.305-56, 2000.

ROCHA, A.K.S.; BÓS, A.J.G.; HUTTNER, E.; MACHADO, D.C. Prevalência da síndrome metabólica em indígenas com mais de 40 anos no Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**. v.29, n.1, p.41-5, 2011.

RODRIGUES, D.A. Escola Paulista de medicina: o Projeto Xingu e a política de atenção á saúde dos povos indígenas no Brasil. In: BARUZZI, B.G.; JUNQUEIRA, C. Parque indígena Xingu: saúde, cultura e história. São Paulo: Terra Virgem, p. 259-73, 2005.

SANTOS, R.V.; COIMBRA JÚNIOR, C.E.A. Cenário e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: COIMBRA JÚNIOR, C.E.A.; SANTOS, R.V.; ESCOBAR, A.L. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fio Cruz, p.13-47, 2003.

SCATENA, J.H.G.; SOUZA, M.C.; SANTOS, R.V. O sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Cad. Saúde Pública**. v.23, n. 4, p. 853-61, 2007.

SESAI. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1744/> Acesso em: 05 jul. 2013.

SOUZA, L.G.; SANTOS, R.V.; COIMBRA JUNIOR, C.E.A. Estrutura etária, natalidade e mortalidade do povo indígena Xavante do Mato Grosso, Amazônia, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 15, n.1, p.1465-73, 2010.

UNIFESP. Universidade Federal de São Paulo. Ambulatório do Índio, 2010. Disponível em: <<http://www.projetoxingu.unifesp.br/>> Acesso em: 10 mai. 2013.