

# RELATÓRIO DE GESTÃO 2007 CORE/RO

GESTÃO ADMINISTRATIVA

**FUNASA**  
FUNASA

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO REGIONAL DE RONDÔNIA



Ministério da Saúde  
Fundação Nacional de Saúde

A Coordenação Regional de Rondônia (Core-RO), a exemplo das demais unidades regionais, atua no estado, com vistas ao alcance das metas nacionais, implementando ações de atenção a saúde dos povos indígenas, de modo a garantir acesso integral à saúde, conforme preceitos do Sistema Único de Saúde, e ações de saneamento ambiental, para prevenção e controle de agravos, em aldeias indígenas e em populações consideradas vulneráveis, como reservas extrativistas, quilombolas e assentamentos da Reforma Agrária.

Nesse sentido, este relatório, portanto tem por finalidade apresentar as ações executadas pela Core e suas respectivas áreas técnicas, bem como, os resultados obtidos no exercício de 2007, e, complementarmente, compor o Processo de Prestação de Contas Anual desta Unidade, conforme Instrução Normativa do TCU, nº 47, de 27 de outubro de 2004 e Decisão Normativa do TCU nº 85, de 19 de setembro de 2007.

## Sumário

1 – Identificação da Unidade	4
2 – Responsabilidades Institucionais	6
2.1. Papel da Unidade na Execução das Políticas Públicas	6
3– Estratégia de Atuação	9
4 – Gestão de Programas e ações	24
4.1. Principais Programas e Ações	24
4.1.1. Saúde Indígena	24
4.1.2. Saneamento	47
4.1.3. Ações de Capacitação	49
4.1.1.1. Resultados	53
5 – Desempenho Operacional	75
6 – Previdência Complementar Patrocinada	75
7 – Instituições Beneficiadas por Renúncia Fiscal	75
8 – Operações de Fundos	75
9 – Conteúdos Específicos por UJ ou Grupo de Unidades Afins (conforme Anexos II e X da DN-TCU-85/2007)	75
Anexo A - Demonstrativo de tomadas de contas especiais (conforme item 12 do conteúdo geral por natureza jurídica do Anexo II da DN-TCU-85/2007)	76
Anexo B - Demonstrativo de perdas, extravios ou outras irregularidades (conforme item 13 do conteúdo geral por natureza jurídica do Anexo II da DN-TCU-85/2007)	77
Anexo C - Despesas com cartão de crédito corporativo (conforme item I-1.8 do Anexo X da DN-TCU-85/2007)	78
Anexo D - Recomendações de órgãos de controle (conforme item 9 do conteúdo geral por natureza jurídica do Anexo II da DN-TCU-85/2007)	79
Anexo E - Demonstrativo de transferências realizadas no Exercício (conforme item I-1.3 do Anexo X da DN-TCU - 85/2007)	80

## 1. Identificação da Unidade

Quadro1 – Dados identificadores da unidade jurisdicionada

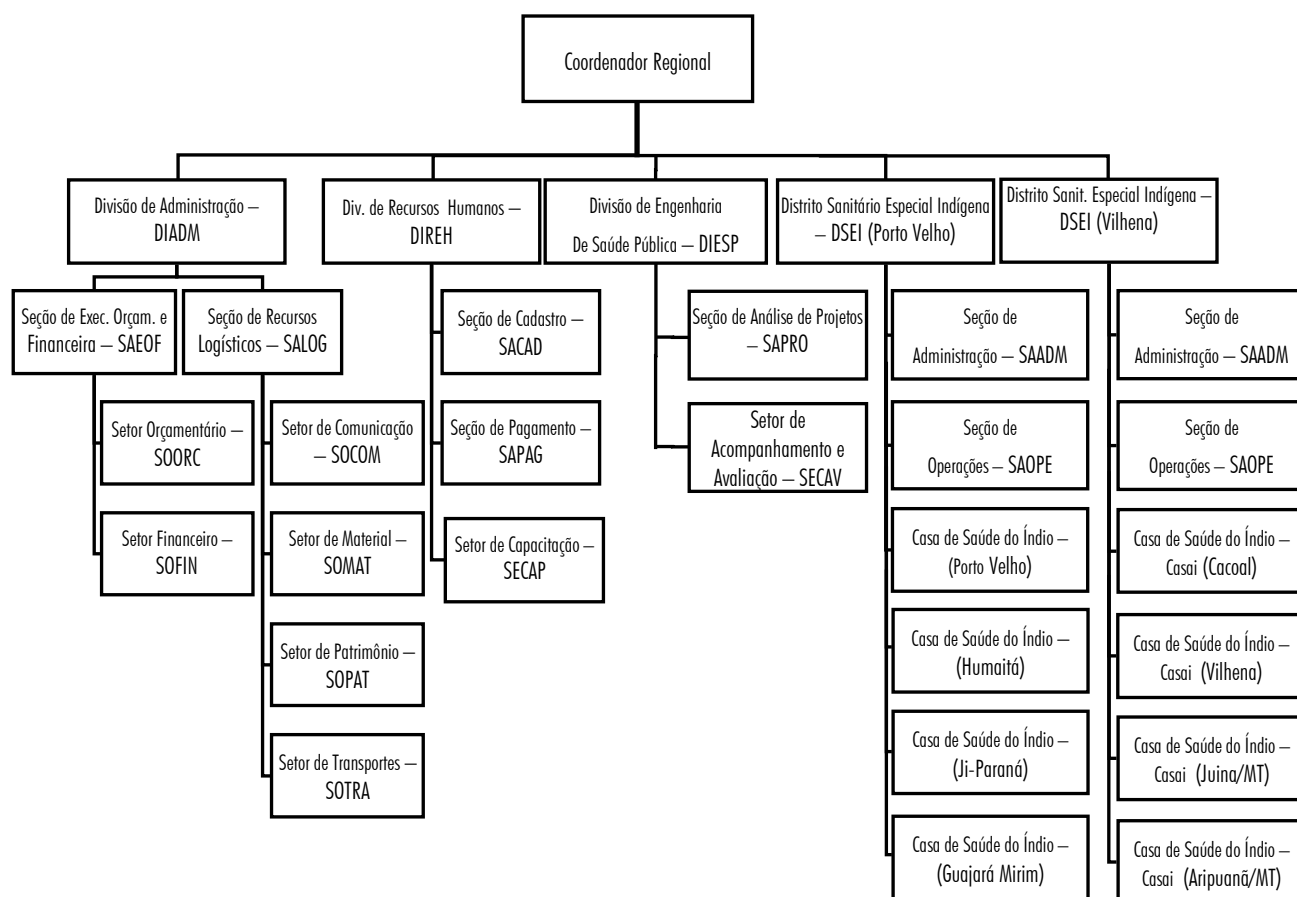
Nome completo da unidade e sigla	Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde no Estado de Rondônia (Core-RO/Funasa)
Natureza jurídica	Fundação do Poder Executivo
Vinculação ministerial	Vinculada ao Ministério da Saúde
Normativos de criação, definição de competências e estrutura organizacional e respectiva data de publicação no Diário Oficial da União.	Criada por meio da Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990 – Entidade de promoção e proteção à saúde, do Poder Executivo Federal que tem como competências: I - Prevenir e controlar doenças e outros agravos à saúde; II - Assegurar a saúde dos povos indígenas; e III - Fomentar soluções de saneamento para prevenção e controle de doenças. Estrutura organizacional estabelecida pela Portaria nº 1.776, de 8 de Setembro de 2003, em conformidade com o Decreto nº 4.727, de 9 de junho de 2003, publicado no DOU, 10/06/2003, que aprova seu Estatuto e Regimento Interno.
CNPJ	26.989.350/0180-82
Nome e código no SIAFI	255022
Endereço completo da sede	Rua Festejos, 167 – Bairro Costa e Silva, CEP 78903-843, Porto Velho-RO – Fones/fax: 69 3216-6138/6120; <b>Endereço Eletrônico:</b> corero.gab@funasa.gov.br
Endereço da página institucional na internet	<a href="http://www.funasa.gov.br">www.funasa.gov.br</a>
Situação da unidade quanto ao funcionamento	Em funcionamento
Função de governo predominante	Saúde
Tipo de atividade	Promoção e proteção à saúde

A Fundação Nacional de Saúde (Funasa) é uma instituição pública federal vinculada ao Ministério da Saúde, que tem como função predominante a Saúde Pública. Atua de forma descentralizada por meio das Coordenações Regionais presentes em todos os estados brasileiros, com sede nas capitais, e tem por finalidade a promoção e proteção à saúde.

Regida pela Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, a Funasa foi criada por meio da Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990, tem seu Estatuto e Regimento Interno estabelecidos por meio dos Decretos nº 4.726 de 9/5/2003 e nº 4.727 de 9/6/2003, respectivamente.

A Funasa, que tem como competência, I - *Prevenir e controlar doenças e outros agravos à saúde*; II - *Assegurar a saúde dos povos indígenas*; e III - *Fomentar soluções de saneamento para prevenção e controle de doenças*, conforme estabelecido na lei de criação, com a implementação do Projeto de Planejamento Estratégico e Reordenamento Institucional iniciado em 2006, sua missão foi redefinida para: **“Realizar ações de saneamento ambiental em todos os municípios brasileiros e de atenção integral à saúde indígena, promovendo a saúde pública e a inclusão social, com excelência de gestão e em consonância com o SUS e com as metas de desenvolvimento do milênio”**.

Em relação a sua estrutura organizacional, conforme Decreto nº 4.727 de 9/6/2003, a Funasa apresenta a seguinte estrutura:



## 2. Responsabilidades Institucionais

---

### 2.1. Papel da unidade na execução das políticas públicas

A Fundação Nacional de Saúde no estado de Rondônia tem sede em Porto Velho, onde funciona a Coordenação Regional e, a exemplo das demais regionais, atua no Estado de Rondônia, com vistas ao alcance das metas nacionais, implementando ações de saúde e vigilância voltadas à população indígena e ações de saneamento ambiental, para prevenção e controle de agravos, em municípios de até 50 mil habitantes e em populações consideradas vulneráveis (reservas extrativistas, remanescentes de quilombos e assentamentos da Reforma Agrária).

É ainda responsável pela administração, no que se refere a cadastro e folha de pagamento, de 2.087 servidores, sendo esses, 1.860 servidores descentralizados (cedidos), 314 que atuam na própria FUNASA e 227 aposentados.

Na parte de saneamento ambiental a Core-RO, por meio da Divisão de Engenharia de Saúde Pública – DIESP, presta assessoria a municípios para o desenvolvimento de ações de saneamento com financiamentos de obras que contribuam para impactar nos indicadores de saúde, como prevalência/incidência da detecção/infestação de vetores da dengue, malária e mortalidade proporcional por diarreia em menores de um ano, com assistência à população indígena na execução de sistemas de abastecimento de água, melhorias sanitárias, manutenção dos sistemas existentes, contemplando ainda comunidades de reservas extrativistas com sistema de abastecimento de água.

Sua atuação, portanto, abrange a população exposta a agravos, à falta ou inadequação de saneamento, contemplando comunidades rurais, centros urbanos, aldeias indígenas, população de reservas extrativistas, bem como áreas de relevante interesse epidemiológico, priorizando os municípios com população de até 50 mil habitantes, conforme critérios e procedimentos básicos estabelecidos nas Portarias nº. 723, de 24/07/07, nº 839, de 14/08/07 e nº 827, de 10/08/07.

No tocante a saúde indígena sua área de atuação compreende, além do estado de Rondônia, o norte/noroeste do Mato Grosso e o sul do Amazonas. Nesse universo é responsável pelo atendimento à saúde de 15.141 indígenas, das 75 etnias distribuídas nas 257 aldeias

existentes. A assistência é prestada por meio de dois (2) Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) – Dsei Porto Velho (na sede da Coordenação) e Dsei Vilhena, no município de Cacoal.

Até meados de 2004, a gestão da saúde indígena era feita por meio de convênio com ONGs. Com a edição da Portaria Ministerial nº 70/GM, de 20 de janeiro de 2004, aprovando as diretrizes da gestão da política nacional de atenção à saúde indígena, a Core-RO assume diretamente a gestão, ficando na dependência de convênios e parcerias com as prefeituras, a contratação de recursos humanos para composição do quadro de pessoal.

A complementação do quadro de pessoal ocorreu em julho de 2005, quando a Funasa firmou novo convênio com a Associação dos Deficientes Físicos de Ji-Paraná – ASDEFIJI, hoje, ASDEFAL - Associação dos Deficientes Físicos da Amazônia Legal, com sede no município de Ji-Paraná-RO, instituição parceira para contratação de pessoal.

A relação intersetorial mostra avanços pelas parcerias concretizadas, tanto nos níveis governamentais (SES, SMS) quanto nas organizações do setor privado (Faculdades) e ainda com as de representação indígena.

As principais ações executadas pela Core-RO, constantes no seu Plano Operacional, contemplam ações de governo estabelecidas no PPA e de responsabilidade da Funasa, como: *Atenção a Saúde dos Povos Indígenas*, dentro do Programa *Identidade Étnica e Patrimônio Cultural dos Povos Indígena*, *Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção e Controle de Agravos e Implantação*, *Ampliação ou Melhoria do Serviço de Saneamento em Áreas Rurais*, em *Áreas Especiais (Quilombolas, Assentamentos e Reservas Extrativistas)*, dentro do Programa *Saneamento Rural*.

Para o exercício de 2007 a Core-RO tem estabelecido no seu Plano Operacional, na área da Saúde Indígena - *Atenção a saúde dos povos indígenas*, a execução de 9 ações e 9 metas que integram um conjunto de iniciativas e intervenções prioritárias, que realiza com vista a promoção e proteção à saúde das comunidades indígenas, que são: **Intensificação das ações de Imunização, Intensificação das ações da Malária, Implementação do Programa de DST/AIDS, Implementação de estratégias para resolutividade das ações de Saúde Bucal, Implementação das ações de Atenção Integral a Saúde da Mulher e da Criança, Redução da Incidência da Tuberculose, Vigilância e Segurança Alimentar e Nutricional, Intensificar as ações de controle das Doenças Crônicas e Degerativas, Implementação das ações de controle do Tracoma e Capacitação de Profissionais**. Na área de saneamento – *Saneamento Rural*, as ações contemplam

áreas especiais (Quilombolas e Reservas Extrativistas) e aldeias indígenas, com a implantação de ações de saneamento, como sistemas de abastecimento de água.



### 3. Estratégia de Atuação

---

Com base na definição das áreas fins da Funasa, Saúde Indígena e Saneamento Ambiental, e suas respectivas ações – Atenção Integral à Saúde dos Povos Indígenas e Saneamento em aldeias Indígenas e áreas especiais – que tem como objetivo garantir a atenção à saúde das populações indígenas, contemplando as especificidades sociais, étnicas, culturais e geográficas, visando à redução dos agravos aos quais estes grupos estão expostos, numa perspectiva de qualidade dos serviços e ações de saúde para prevenção de controle de agravos, a Core, com vistas ao alcance desses objetivos, executa as ações por meio das suas áreas técnicas: Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis) e Divisão de Engenharia e Saúde Pública (Diesp).

#### Saúde Indígena

As ações de saúde indígena são realizadas por meio dos 2 dseis: Dsei Porto Velho e Dsei Vilhena.

O Dsei Porto Velho está localizado na sede da Coordenação Regional, Porto Velho e abrange uma da área territorial corresponde às terras indígenas localizadas no Sul do Amazonas, noroeste do Mato Grosso, norte, centro-oeste e noroeste de Rondônia, um território de aproximadamente 5 milhões de hectares. É constituído por cinco pólos base: Alta Floresta, Ji Paraná, Guajará-Mirim, Porto Velho e Humaitá/AM e um sub-pólo, Jarú. Dos cinco Polos Base, 3 possuem Casai.

O Dsei Vilhena está localizado no município de Cacoal, abrange áreas do sul e sudeste de Rondônia, norte e noroeste de Mato Grosso, em um total aproximado de 5,5 milhões de hectares de territórios indígenas. É composto de quatro Pólos Base: Cacoal, Vilhena, Juína e Aripuanã-MT. Todos os pólos possuem Casai.

Cada Pólo Base cobre um conjunto de aldeias localizadas nas terras indígenas em municípios circunvizinhos. Associadas aos Pólos Base estão as Casas de Apoio à Saúde Indígena – Casai, para acolhimento do indígena que se encontra em tratamento de saúde.

As gerências dos Dseis são compostas por equipe de técnicos como, enfermeiros, odontólogos e farmacêuticos que coordena todas as ações desenvolvidas.

Os serviços de saúde dos Dseis dispõem de uma estrutura nos pólos base e nas Casais. A operacionalização desses serviços é realizada pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), compostas por enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, cirurgião dentista, técnico de higiene bucal, agente indígena de saúde (AIS) e saneamento (AISAN), as quais prestam assistência básica nas aldeias. A ausência de médicos nas equipes traz prejuízo a essa assistência, levando à necessidade de mais deslocamentos do índio à cidade em busca dos serviços desse profissional. Há dificuldade para contratação de médicos nessa região, para assistência em áreas face a falta de interesse desse profissional para tal serviço.

As atividades realizadas em área estão voltadas à assistência integral à saúde, sendo necessário implementar alguns programas na busca do controle, da redução e prevenção de doenças e a promoção da saúde.

As principais realizadas pelas equipes multidisciplinares de saúde (EMSI), em especial as equipes de enfermagem, são:

- ✓ Acompanhamento dos agentes de saúde indígena (AIS) em todas as viagens para as aldeias;
- ✓ Consulta de enfermagem aos indígenas por meio de visitas domiciliares;
- ✓ Acompanhamento integral da saúde da criança: Crescimento e desenvolvimento, IRA, diarreia, aleitamento materno, imunização e suplementação alimentar por meio de parcerias estabelecidas com as pastorais;
- ✓ Desenvolvimento e acompanhamento dos programas de tuberculose, blastomicose, malária, hipertensão, diabete, malária, leishmaniose, DST, tracoma e outros;
- ✓ Acompanhamento da saúde da mulher: pré-natal, puérpera, preventivo de mama e do colo uterino;
- ✓ Desenvolvimento de ações de educação em saúde e saneamento básico;
- ✓ Desenvolvimento de ações de imunização de rotina para crianças e adultos;
- ✓ Realização de atividades educativas em parceria com lideranças, professores e AIS;
- ✓ Realização de oficinas de confecção de multimistura em parceria com as pastorais da saúde, profissionais de saúde e agentes indígenas de saúde.
- ✓ Encaminhamento de pacientes para as referências, que necessitam de atendimento especializado;

A Casai é a primeira referência do indígena que vem da aldeia à procura dos serviços de saúde, onde recebe o 1º atendimento e encaminhamento para atendimento de média e alta complexidade, com agendamento de consultas e exames, na rede do SUS. Após atendimento, o paciente é encaminhado de volta à aldeia ou, se necessário, permanece na Casai até seu pronto restabelecimento para retorno, com acompanhamento contínuo, pelo tempo que for necessário.

### Aspectos de dificultaram a execução das ações

Atualmente a dificuldade que vem causando maior impacto (negativo) nos resultados das ações se refere à **insuficiência de veículos**, pela não reposição/complementação de uma frota, onde **80% dos veículos existentes estão considerados como antieconômico ou inservíveis**, o que tem mais dificultado a operacionalização das ações, sendo estas, na sua maioria, realizadas em área (aldeias), exigindo regularidade de freqüência.

Além desse, outro fator importante resultante dessa carência é o fato de, não havendo a regularidade do atendimento na aldeia, o índio é obrigado a se deslocar mais à cidade e permanecer mais tempo nas Casais, muitas vezes, causando superlotação, onerando custos e expondo-o a mais problemas de saúde pelo contato mais duradouro com outros pacientes e com os riscos que a cidade oferece. Ademais, além de o carro ser o meio básico para operacionalização das ações, é necessário ainda para o traslado do paciente quando há necessidade de atendimento nas unidades de referência (aldeia-referência-aldeia), o que é muito freqüente, e, em não havendo a disponibilidade do veículo, o que tem ocorrido, resulta também maior permanência na Casai. Como conseqüência ainda, pela a falta o veículo pacientes referenciados, não raro, perdem os agendamentos de consultas especializadas, exames ou outro procedimento, feitos com antecedência e espera, às vezes de meses. Já cientes da dificuldade, em alguns casos, o paciente desloca-se por conta própria, chegando à Casai sem agendamento prévio e tendo que esperar mais tempo para ser atendido. Vale ressaltar, ainda com relação à superlotação da Casai, que o indígena nunca vem sozinho, está sempre acompanhado de uma ou mais pessoas, direito que lhe é garantido pelo tratamento diferenciado. Outro fator que leva o indígena à Casai é a falta de alimentação na aldeia.

A situação ficou mais grave nesse ano de 2007, quando a Core, foi obrigada a recolher 21 veículos que foram encaminhados para leilão, conforme legislação. Atualmente a

frota de veículo da Core para atender a saúde indígena é a seguinte: **1** Caminhão/1986, **15** Toyotas Bandeirante/1999 e **6** 2000/2001, **3** Hilux 2002/2003, **7** S10/2001, **1** corsa/1999, **1** gol/1991, **1** Escort/2002, **3** Ranger/2001/2003, **5** Van Ducato/2000 e **2** 2004 e **6** Frontier/2005, para atender os 2 Dseis e seus respectivos pólos base, num total de 9 polos, um sub-polo e um ponto apoio, que abrangem 257 aldeias, num universo de 10,5 milhões de hectares, nas ações de saúde e saneamento. Como é possível observar, a maioria é antiga. Levando em consideração as péssimas condições das estradas de acesso às aldeias, o desgaste é duplamente mais acentuado, provocando constantes panes e necessitando de reparos e manutenção freqüentes, o que também onera o custo dessa ação e impacta, de forma negativa, no desempenho das atividades.

Outro agravante é que muitas vezes, os Pólos com suas equipes, são obrigados a optar pela ação que será realizada, pela a falta de carro que possibilite realizar as ações conforme cronograma, por exemplo: as equipes (PSFI, Endemia e Saneamento) fazem o cronograma de viagem para as aldeias de sua área de abrangência e não conseguem cumprir. Muitas vezes o chefe do Pólo viabiliza o deslocamento de uma equipe e no mesmo instante recebe um comunicado pelo rádio de uma emergência. Nesse caso, é necessário “abortar” a ida da equipe para socorrer o paciente. E, em situações desse tipo é praxe recorrer aos parceiros (Secretaria Municipal de Saúde, FUNAI, Pólo Regional e etc.) que, dentro de sua disponibilidade, cedem seus veículos, com abastecimento da Funasa.

Nos deslocamentos a prioridade é a vacina e a assistência básica. Para a realização da vacina é necessário que a equipe permaneça com o veículo, por conta do acondicionamento das mesmas. Algumas vezes o Pólo deixa a equipe na aldeia com maior número de população e pega dias depois. **É dessa forma que temos conseguido realizar algumas ações básicas.**

Ainda com relação à insuficiência de veículo, outro problema enfrentado diz respeito ao transporte dos equipamentos de odontologia às aldeias, para a assistência à saúde bucal. Devido o carro não comportar a quantidade material/equipamento levados pela equipe, o transporte está sendo realizado com carga excessiva, tornando a viagem perigosa e causando maior desgaste ao veículo.

Outra dificuldade é o grande número de aldeias (142 aldeias, Dsei Vilhena e 115 Dsei Porto Velho). O difícil acesso e a distancia entre elas, dificulta muito a assistência prestada, principalmente na época das chuvas que vai do mês de setembro ao mês de abril. Nesses períodos, leva-se mais de 20 horas para se chegar a algumas aldeias, enfrentando estradas

precárias, interceptadas por árvores caídas, rios que transbordam, falta de pontes para a travessia, o que torna o trabalho da equipe ainda mais difícil.

Ainda em relação ao transporte, outro ponto que merece destaque, pela sua dificuldade, são as extensas áreas fluviais onde está localizada boa parte das aldeias. O Pólo Base de Guajará Mirim, por exemplo, que detém 50% da população do Dsei Porto Velho, 90% das aldeias estão localizadas nos rios, a distâncias de até 7 dias de viagem, no verão amazônico. Além da estrutura logística (barcos e motores) não atender, em quantidade e em qualidade, o custo é muito maior que na área terrestre.

Assim, a manutenção das atividades depende prioritariamente de transportes para a locomoção das equipes e resgate de pacientes e a falta desses traz grandes transtornos e compromete o desempenho da ação.

Além da insuficiência de veículo, outro problema de igual proporção refere-se à questão orçamentária, recursos para atender à saúde indígena. A discussão quanto à definição de um teto orçamentário que atenda os Distritos Sanitários Especiais Indígenas de Porto Velho e Vilhena, mesmo abaixo do definido nos Planos Distritais, elaborados com base na necessidade real e aprovados nas reuniões dos Conselhos, vem ocorrendo a vários exercícios.

No exercício de 2007, por meio do Memorando nº 786/DESAI/CGPAS/2007, de 18 de abril de 2007, anexo 01, o Departamento de Saúde Indígena da Presidência da Funasa, na pessoa do Sr. Frederico José da Silveira Monteiro, então diretor substituto, definiu um Teto Orçamentário para a CORE-RO, para a execução (custeio) das ações, exceto o teto disponibilizado para conveniada para contratação de recursos humanos, em R\$ 10.218.020,00 (Dez milhões, duzentos e dezoito mil e vinte reais), divididos em R\$ 4.833.405,00, para o DSEI/PVH e R\$ 5.384.615,00, para o DSEI/VIL, valor baixo do pleiteado pela Coordenação, cuja previsão era de R\$ 11.118.837,00 (Onze milhões, cento e dezoito mil, oitocentos e trinta e sete reais).

A CORE já vinha com um déficit orçamentário de R\$ 158.528,97, do exercício de 2005, que comprometeu o exercício de 2006, como despesas de exercício anterior. R\$ 894.620,46 de despesas do exercício de 2006, comprometendo o orçamento do exercício de 2007. Importante lembrar que as despesas citadas (exercícios anteriores) foram pagas com o orçamento destinado ao exercício, haja vista a não liberação de créditos específicos a título de reconhecimento de dívidas de exercícios passados.

Caso as despesas oriundas de exercícios anteriores tivessem sido quitadas a partir do exercício de 2005, o incremento ao Teto Orçamentário dos DSEI da CORE-RO, que passou de

aproximadamente R\$ 9.500.000,00 no exercício de 2005 para R\$ 10.218.020,00 no exercício de 2007, não teria resolvido plenamente a situação, pois a necessidade da Core na saúde indígena, está acima do estabelecido pelo DESAI, mas com certeza não existiria nenhum débito de exercício passado, comprometendo o orçamento do atual exercício, como ocorre atualmente, haja vista que a CORE tem buscado se adequar ao teto estabelecido no exercício de 2007.

A indisponibilidade de recurso orçamentário-financeiro, para atender as necessidades reais da ação de atenção à saúde indígena, resulta também na insuficiência de material de consumo e permanente para a implementação dos programas.

Ainda em relação à questão de recursos, outra dificuldade enfrentada pela Core, que repercutiu negativamente em todas as ações, diz respeito à redução do teto para diárias.

No exercício de 2006 a Core trabalhou com um orçamento na ordem de R\$ 1.100.000,00 (hum milhão e cem mil reais), que foi incrementado em mais R\$ 200.000,00 (duzentos mil) no final do exercício, totalizando R\$ 1.300.000,00 (hum milhão e trezentos mil reais), para despesas com diárias, passagens e despesas com locomoção. Foi solicitada, para o exercício de 2007, a manutenção desse teto.

A determinação do Nível Central, porém, foi de que o teto para o exercício de 2007 seria de R\$ 710.000,00 (setecentos e dez mil reais), muito abaixo do utilizado no exercício anterior. Considerando o aumento das atividades, num processo gradativo de evolução de implementação das ações, a redução do teto provocou retrocesso no acompanhamento das atividades, causando grande desgaste junto às áreas técnicas da Core, que tiveram que suspender ou reduzir suas ações.

Vale destacar também a oferta insuficiente e a longa espera para procedimentos médicos-hospitalares na rede pública de saúde dessa região, que não atende a demanda, levando, na maioria das vezes, à espera de meses. Em algumas situações de emergência, devidamente caracterizada e justificada pelo médico e ainda declarado pelas Secretarias de Saúde a indisponibilidade do serviço na rede do SUS, a Core é obrigada a comprar o serviço, o que não é raro. Nesses casos, são feitos processos licitatórios, na modalidade Dispensa de Licitação e Pregão Presencial.

Na maioria dos municípios onde ficam localizadas as Casai's e nos municípios de referência do Dsei, muitas vezes as unidades de referência não dispõem, no tempo exigido, dos procedimentos necessários para as consultas eletivas e emergenciais. Se houver a possibilidade de deslocamento para unidades de referência, no caso Porto Velho, há que se avaliar ainda o custo-benefício da ação. Por exemplo: um procedimento que custa em torno R\$ 150,00 na localidade

de origem do paciente, se agendado em outro centro de referencia (Porto Velho), e considerando o custo do deslocamento (passagens rodoviárias), de paciente e acompanhante, ajuda de custo para alimentação, a despesa sairia em torno de R\$ 350,00, quando na cidade de origem ficaria em média R\$ 150,00. Há ainda que considerar os riscos a que se expõem (os pacientes) e questão cultural. Nesse caso se questiona o que é melhor (eficiente) para o Sistema e para o paciente.

Pontua-se ainda:

- ✓ Falta de alojamento e postos de saúde para as equipes executarem os seus trabalhos com eficiência e eficácia;
- ✓ Existência do garimpo, que pode ser considerada a principal situação de risco, fato presente nos 2 Dseis. A atividade garimpeira desorganizou a rotina nas aldeias, tanto das atividades tradicionais da população indígena, como também das equipes multidisciplinares de saúde (EMSI's), as quais não conseguem acompanhar os casos de agravo de forma contínua e eficaz, principalmente pela falta do agente de saúde na aldeia, pois a maioria desistiu e está no garimpo. A movimentação da população indígena, aldeia-garimpo é intensa, dificultando o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças. Também dificulta a realização do pré-natal das gestantes, o monitoramento dos diabéticos, hipertensos, entre outros. O risco da permanência dos profissionais nas áreas de garimpo é outro dificultador, pela a falta de alojamento e segurança.
- ✓ Falta de médicos para atendimento em área. Há dificuldade para contratação desse profissional pela indisponibilidade de candidatos com dedicação exclusiva, face à permanência em área e o salário oferecido.
- ✓ Desmotivação dos profissionais: servidores da FUNASA que atuam na saúde indígena, pela falta de uma política salarial adequada às exigências e peculiaridades dos serviços de atendimento ao índio; profissionais contratados, pela falta de estabilidade no emprego, entre outros.
- ✓ Dificuldade para contratar profissional com perfil profissiográfico para assistência à saúde do índio.

Dentre os 2 Dseis, o Dsei Porto Velho tem apresentado mais dificuldades para realizar integralmente suas ações e alcançar as metas pactuadas e, conseqüentemente, reduzir os indicadores de morbimortalidade, o que o coloca na condição de “prioritário”, conforme definido pelo Departamento de Saúde Indígena da Presidência da Funasa.

Alguns fatores que podem caracterizá-lo como prioritário:

1. Principais características indiretas que desencadeiam resultados negativos para a execução das ações programadas:

- ✓ Áreas indígenas localizadas às margens de rodovias federais, facilitando o contato com os não indígenas e a exposição a doenças transmissíveis;
- ✓ Área de difícil acesso, fronteira extensa e população dispersa;
- ✓ Falta de estrutura nos municípios para oferta de serviços básicos (procedimentos, exames) como exame de BAAR no escarro;
- ✓ Áreas de garimpo em terras indígenas, com extração mineral, com invasão da comunidade não indígena, gerando convívios desordenados (de indígena com não indígena) aumentando as doenças endêmicas, principalmente a malária e dificultando o controle;

2. Principais características diretas:

- ✓ A Casai de Porto Velho funciona como referência nessa região, atendendo indígenas, além de Rondônia, de outros estados, como Amazonas, Acre, Mato Grosso, o que gera mais custos, apesar de não ser reconhecida como tal, pelo Nível Central, não dispendo de estrutura adequada e recursos suficientes para essa demanda. E, além de atender indígenas que não estão incluídos na população do Dsei, e considerando ainda a complexidade da área e quantidade de pessoas, seu teto é inferior ao teto de outros dseis com populações até menores e com menor diversidade.
- ✓ A descontinuidade do processo de formação dos Agentes Indígenas de Saúde, interrompido desde 2004;
- ✓ Rotatividade de profissionais implicando na descontinuidade das ações;
- ✓ Falta de Casas de Apoio à Saúde Indígena – Casai na maioria dos pólos base. Dos 5 polos existentes no dsei, apenas 2 possuem Casais: pólos de Ji-paraná e Guajará Mirim, em sedes próprias da Funasa e pólo base de Porto Velho e Humaitá, em sede alugada. O pólo base de Alta Floresta e Sub-polo de Jaru



contam com prédios (hotéis) alugados para o acolhimento dos indígenas, o que leva boa parte do recurso da saúde. A Casai Porto Velho, funciona de forma precária, sem as condições mínimas exigidas para a assistência. A Core tem envidado esforço no sentido de resolver esse problema, mas tem sido impedida por falta de recurso para construção da Casai Porto Velho e para aluguel de prédio mais apropriado, e ainda por questões de ordem burocrática, no caso do aluguel. Em 2005 foi descentralizado recurso para construção dessa Casai, o que não ocorreu devido a empresa contratada só ter iniciado a obra e não ter concluído. Neste exercício foi instaurado processo administrativo com a finalidade de apurar a responsabilidade da empresa pela inexecução da obra. Desde então, a Core vem articulando a descentralização do recurso para a conclusão da obra, o que não ocorreu até agora. Nesse meio tempo vem tentando também o aluguel de outro prédio, em função do atual encontrar-se em situação precária, mas esbarra no fato do preço de mercado está bem superior ao avaliado pela empresa recomendada para tal, nesse caso a Caixa Econômica Federal. Nesse sentido o Distrito Porto Velho necessita urgente de recurso para concluir a construção da CASAI Porto Velho e alugar um novo prédio enquanto se concluem os serviços.

### **Aspectos que favoreceram a execução das ações**

- ✓ Contratação de todas as equipes prevista no Plano Distrital, complementando assim o quadro de profissionais necessários, com exceção do médico.
- ✓ Integração entre os profissionais do Dsei/Pólo Base/CASAI e usuários (indígenas), com estreitamento da relação, mais respeito e credibilidade, o que muito colabora para o melhor desempenho dos serviços. A melhora na relação é resultado de uma articulação da Funasa/profissionais com a comunidade, que busca envolver mais o indígena nos assuntos inerentes a sua saúde, com a participação desses nas atividades desenvolvidas pelo DSEI, com o intuito de levar à compreensão da ação da Funasa, suas responsabilidades enquanto sub-sistema inserido no Sistema Único de Saúde. Tais discussões se dão nas reuniões de conselho, reuniões com lideranças e comunidades, rodas de conversas.

- ✓ As reuniões de conselho favorecem essa integração. As reuniões dos Conselhos Locais que são nas aldeias, onde também ocorrem essas discussões, com esclarecimento e trocando informação com a comunidade e as reuniões do Conselho Distrital, que ocorre a cada 3 meses, com a participação dos indígenas, técnicos dos Pólos, Dseis e Core, Secretarias Municipais de Saúde, Funai e outras instituições.
- ✓ A atuação do Controle Social e a parceria com a Core, buscando resolver juntos os problemas e anseios da comunidade é um ponto fundamental dos avanços reconhecidos da Core. A integração da Core/Dseis com os Conselhos Distritais consistem em diálogos permanentes e resoluções conjuntas, onde todas as decisões tomadas pela Core/Dsei, tem anuência do Controle Social. Todo planejamento, o acompanhamento, a avaliação das ações, é feito conjuntamente com o Controle Social, o que reflete também na melhora da relação instituição-comunidade, reduzindo as “manifestações” e “pressões” (incluindo fechamento de unidades, prisão de equipes ou profissional). Os Conselhos Distritais estão estruturados nas dependências da Core/Dsei, com salas e equipamentos disponibilizados pela Funasa, atendendo solicitação dos presidentes. O Condisi Porto Velho está localizado na sede da Core e o Condisi Vilhena, no prédio do Dsei Vilhena, no município de Cacoal.
- ✓ Incremento no teto dos Dseis para custeio das ações, em 718.020,00, no ano de 2007.

Para implementação das ações, faz-se necessário, também, a integração com outros setores, outras instituições, que são parceiros valiosos para o alcance dos objetivos pretendidos, conforme destaques a seguir:

- ✓ Intra-institucional: além da boa integração entre os setores da Core, merece destaque o intercâmbio estabelecido entre os 2 dseis, Porto Velho e Vilhena, com a realização de algumas atividades conjuntas, como oficinas para o planejamento das ações (elaboração do Plano Distrital 2008-2010) e regulação de serviços, padronização de formulários para organização do sistema de informação. Esta iniciativa teve uma repercussão positiva nas ações de saúde indígena, perante os Conselhos Distritais e comunidades indígenas, e veio fortalecer a política de saúde indígena no âmbito da CORE – RO.

✓ Controle Social: Os Conselhos de Saúde Indígena têm tido boa atuação junto a Core, o que tem colaborado muito para uma ação mais efetiva, conforme já pontuado anteriormente;

✓ Organização não governamental: Asdefal (Associação dos Deficientes Físicos da Amazônia Legal), ONG conveniada com a Funasa para contratação de recursos humanos não contemplados na Portaria Conjunta nº 47/GM, de junho de 2006.

✓ Prefeituras: que disponibilizam pessoal (profissionais das equipes e que atuam direto na assistência), atendendo o disposto na citada portaria.

✓ Interinstitucional: Funai, Secretarias Estaduais de Saúde (Rondônia e Mato Grosso), Laboratório Central de Rondônia, Laboratório de Fronteira, Secretarias Municipais de Saúde e Prefeituras, FIOCRUZ (parceira em potencial no Dsei Vilhena – município de Cacoal - no combate e controle da tuberculose, assim como a Secretaria Municipal daquele município), Exército, Ministério Público Federal – complementação de serviços, fornecimento de material, veículos, realização de ações, e outros.

✓ Igreja - Pastorais da Saúde: No desenvolvimento de projetos de combate à desnutrição; na confecção de alimentos alternativos.

✓ Comunidade - professores indígenas e não-indígenas: realização de ações, divulgação de informação e propagação das práticas de saúde orientadas pela Funasa.

Essas parcerias vêm avançando e se consolidando com o tempo, numa boa articulação que resulta em mais condições para alcançar o objetivo pretendido que é garantir a atenção à saúde das populações indígenas, contemplando as especificidades sociais, étnicas, culturais e geográficas, visando à redução dos agravos aos quais estes grupos estão expostos, numa perspectiva de qualidade dos serviços e ações de saúde. No ano de 2007 tais parcerias foram imprescindíveis para implementação das ações e para alcance dos resultados obtidos.

## Saneamento Ambiental

### Aldeias Indígenas

O Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção e Controle de Agravos consiste na instalação de sistemas simplificados de abastecimento de água com captação, adução, tratamento e distribuição de água, bem como sistemas de reservatórios e de chafariz; melhorias sanitárias nas aldeias (construção de lavanderias, banheiros, privadas, fossas sépticas, pias de cozinha, lavatórios, tanques, filtros, reservatórios de água), compreendendo desde a elaboração do projeto até a sua operação plena.

Tem por objetivo dotar todas as aldeias de condições adequadas de saneamento básico, contribuindo para redução da morbimortalidade por doenças de veiculação hídrica, o controle de doenças parasitárias transmissíveis por dejetos e a prevenção e controle de agravos ocasionado pela falta de condições de saneamento básico nas aldeias indígenas.

Em 2007 estimou-se a contratação de obras e serviços para beneficiar aldeias com sistemas de abastecimento de água e melhorias sanitárias, em conjunto com os Distritos Sanitários Indígena de Porto Velho e Vilhena e Conselho Distrital Indígena. Das 63 aldeias programadas, 46 estão sendo beneficiadas com as obras que foram contratadas, o que corresponde a 73% da meta programada.

Foi programada a instalação de 21 sistemas de desinfecção de água em aldeias onde já existiam sistemas de abastecimento de água implantados. Os equipamentos dos sistemas de desinfecção foram adquiridos, porém as bases de concreto, necessárias para instalação dos equipamentos, não foram executadas.

Foram contratados 3 (três) engenheiros por intermédio da ASDEFAL, ONG parceira da FUNASA, para atuar nas ações de saneamento em área indígena, visando o alcance das metas estabelecidas no Plano Distrital de forma satisfatória.

Porém, a Core enfrentou muitas dificuldades para implantação destes sistemas, desde o processo licitatório até o recebimento definitivo das obras já executadas. As principais dificuldades foram:

- ✓ No processo licitatório para implantação dos sistemas nas aldeias, poucas empresas participaram. Foram contratadas 46 obras, e 17 obras não foram contratadas por falta de interesse das empresas participantes, que alegaram, como justificativa, as dificuldades de acesso às aldeias para execução das obras.

- ✓ As 21 bases de concreto para estruturação dos sistemas de desinfecção de água não foram contratadas por falta de interesse das empresas, que não apresentaram propostas para execução das mesmas.
- ✓ Durante a execução das obras, alguns acessos às aldeias deixaram de existir, em decorrência do período chuvoso que deixaram as estradas intrafegáveis.
- ✓ Algumas comunidades indígenas, consideradas como semi-nômades, se mudaram das aldeias onde havia previsão para implantação de obras.
- ✓ O teto de diárias, estabelecido para a Core, limitou o número de visitas às obras, prejudicando seu devido acompanhamento.
- ✓ A insuficiência e deficiência de veículos, muitas vezes, retardaram ou impediram o acompanhamento e recebimento das obras, por parte da fiscalização.

Diante da impossibilidade de acesso às aldeias, mudanças de comunidades indígenas semi-nômades, e buscando atender as solicitações das comunidades indígenas por meio do CONDISI, a Core foi obrigada a adotar algumas medidas, tais como: supressão de serviços de obras contratadas e alteração de localidades de aldeias estabelecidas para execução de sistemas, sempre com a concordância de todas as partes envolvidas, principalmente o CONDISI, visando com isso, atender o máximo de aldeias possíveis, com condições adequadas de saneamento, e otimizar os recursos orçamentários disponibilizado para exercício.

Para garantir o pleno funcionamento dos sistemas que são implantados, foi programada, em conjunto os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI), a contratação de empresa para serviços de manutenção, com consertos de equipamentos, substituição de peças e recuperação dos sistemas. A meta foi alcançada, e as aldeias atendidas, de acordo com a capacidade operacional da empresa, estabelecida no contrato, mesmo nos finais de semana.

Algumas restrições, como: insuficiência de pessoal para acompanhar e supervisionar os trabalhos da empresa contratada, insuficiência e deficiência de veículos e limitação do teto de diárias, dificultaram muito o trabalho, causando demora no atendimento.

Foi programada ainda, em conjunto com os Conselhos, dando continuidade ao Programa de Capacitação de Agentes Indígenas de Saneamento, a capacitação e contratação de 36 agentes de saneamento para operação e conservação dos sistemas de saneamento implantados, visando garantir a sustentabilidade das ações. A meta não foi alcançada integralmente, os agentes foram capacitados, mas não foram contratados. Em virtude das

mudanças de gestão, estabelecidas na Portaria nº 2656 de 17/10/2007, as contratações não foram autorizadas pela Presidência/FUNASA.

## **Projetos Especiais**

A Implantação, Ampliação ou Melhoria do Serviço de Saneamento em Áreas especiais (Quilombos, Assentamentos e Reservas Extrativistas) e em localidades com população inferior a 2.500 habitantes para Prevenção e Controle de Agravos, consiste em fomentar e financiar a implantação, ampliação ou a melhoria de sistemas públicos de abastecimento de água e de sistemas públicos de esgotamento sanitário, contemplando a elaboração de planos diretores e projetos, a realização de obras, incluindo ligação domiciliar, rede coletora de esgoto, rede de distribuição de água e estação de tratamento, bem como a implantação de melhorias sanitárias domiciliares e/ou coletivas de pequeno porte. A execução se dá por meio de convênios com Estado e Municípios ou execução direta, através de contratação. Tem por objetivo propiciar resolubilidade, em áreas de interesse especial (assentamentos, remanescentes de quilombos e áreas extrativistas) para problemas de saneamento, prioritariamente o abastecimento público de água, o esgotamento sanitário e as melhorias sanitárias domiciliares e/ou coletivas de pequeno porte, visando a prevenção e ao controle de doenças e agravos.

Em 2007, esta Coordenação encaminhou à Presidência/FUNASA pleitos de três municípios para implantação de melhorias sanitárias em dois assentamentos e em uma reserva extrativista. Os recursos foram descentralizados para a Core viabilizar a implantação das obras.

Após programação em conjunto com os municípios, ficou definida a implantação de 39 melhorias sanitárias domiciliares no Assentamento da Comunidade de Porto Murtinho, município de São Francisco do Guaporé, 71 melhorias sanitárias domiciliares no Assentamento de Chico Mendes, município de Presidente Médice, 75 melhorias sanitárias domiciliares na Reserva Extrativista Lago do Cuniã, município de Porto Velho.

O processo licitatório foi realizado e todas as obras contratadas. A insuficiência de técnicos para elaboração de projetos, visitas "in loco" para levantamento das necessidades e dados para o planejamento e definição das ações, assim como, a insuficiência e deficiência de veículos, retardaram o processo licitatório, causando atraso no alcance das metas estabelecidas.

## Aspectos positivos e impactantes

✓ Das 63 obras programadas e pactuadas no Plano Distrital Indígena, 100% foram licitadas, 68% contratadas e 38% já estão executadas.

✓ Para garantir a sustentabilidade das ações de saneamento implantadas em aldeias, foram capacitados 36 indígenas para a função de Agentes de Saneamento, que exercerão as atividades de colaborar com o planejamento e programação anual, programa de educação em saúde, operação, prevenção e manutenção dos sistemas de saneamento.

✓ A contratação da empresa para execução dos serviços de manutenção dos sistemas de saneamento implantados em aldeias indígenas, proporcionou agilidade nos consertos de equipamentos e assistência técnica "in loco", garantindo assim, a continuidade no abastecimento de água potável às comunidades indígenas. A assistência contínua oferecida pela empresa garantiu a permanência no abastecimento de água potável para as comunidades indígenas beneficiadas.

✓ A contratação de 3 (três) engenheiros pela ASDEFAL, ONG parceira da FUNASA, para atuar no saneamento em áreas indígenas, elaborando projetos, planilhas de custos, relatórios técnicos, acompanhando obras e levantando dados para definição de metas no planejamento anual, possibilitou o alcance de metas estabelecidas no Plano Distrital, como também, garantiu a melhoria da execução das obras. O número de profissionais existentes no quadro da DIESP/FUNASA é insuficiente para execução de todas as suas atividades. Com um número maior de profissionais habilitados para o acompanhamento das obras, a qualidade de execução melhorou.

✓ Foi estabelecida uma parceria com a CPRM (Companhia de Pesquisas em Recursos Hídricos), que disponibilizou geólogos para acompanhar e emitir laudos técnicos de poços tubulares executados pela FUNASA, facilitando assim, o trabalho técnico da FUNASA, que não dispõe em seu quadro técnico de profissional habilitado nesta área. Essa parceria garantiu uma melhoria na qualidade dos serviços executados.

## 4. Gestão de Programas e Ações

### 4.1. Principais Programas e Ações

#### 4.1.1. Saúde Indígena



##### 4.1.1.1. Programa 0150 – Identidade Étnica e Patrimônio Cultural dos Povos Indígenas

O objetivo deste programa é garantir o pleno exercício dos direitos sociais básicos dos índios e a preservação do patrimônio cultural das sociedades indígenas, tendo as ações da FUNASA o objetivo de garantir a atenção à saúde das populações indígenas, contemplando as especificidades sociais, étnicas, culturais e geográficas, visando à redução dos agravos aos quais estes grupos estão expostos, numa perspectiva de qualidade dos serviços e ações de saúde. Composto das seguintes ações: 2272, 3869, 4641, 6140, 6143 e 6501.

Programa sob a responsabilidade do Ministério da Justiça.

##### 4.1.1.1.1. Ação 6501 - Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

**Descrição:** Assistência à saúde no âmbito dos Dseis: contratação de recursos humanos de nível médio e superior; aquisição de insumos estratégicos (medicamentos, imunobiológicos e correlatos); deslocamentos das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena e das equipes técnicas (aéreo, terrestre e fluvial), incluindo diárias e passagens; manutenção dos postos de saúde, dos pólos base e das casas de saúde do índio (gêneros alimentícios, materiais de expediente, de limpeza e de higiene). Acompanhamento e supervisão sistemática às EMSI. Divulgação e visibilidade das ações realizadas (produção de publicações, manuais, cartilhas e correlatos).



**Objetivo:** Garantir a oferta de serviços de saúde visando à promoção, prevenção e recuperação da saúde das comunidades indígenas.

**Público Alvo:** 466.050 indígenas atendidos

**Base Legal:** Decreto Presidencial nº3745, de 05 de fevereiro de 2001; Portaria Ministerial nº227, de 16 de fevereiro de 2001; Portaria Ministerial nº 758, de 16 de abril de 2002. Portaria Ministerial 254 de 31 de janeiro de 2002, fundamentada na lei 9.836/99 resultou de um processo de discussão sobre a especificidade sócio-cultural dos povos indígenas e a necessidade de uma política de saúde específica a esta população.

**Coordenador da ação:** Wanderley Guenka

Responsável Regional	Josafá Piauhy Marreiro
Responsáveis Técnicos Regional	Ivonêse Rodrigues da Silva Alda da Silva Uchôa

Para a redução dos indicadores de morbimortalidade da população indígena da Core-RO, foram pactuadas **09 ações** constantes nos Planos Operacional 2007 e Distrital 2005/2007, que integram o conjunto de iniciativas e intervenções priorizadas para o alcance dos objetivos pretendidos. São elas: *Intensificação das ações de Imunização nas áreas indígenas, Intensificação das ações de Controle da malária, Implantação e Implementação do Programa de DST/AIDS, Implantação e Implementação de estratégias para a resolutividade das ações de Saúde Bucal, Implementação das ações de atenção integral a saúde da mulher e da criança nas áreas indígenas, Redução da incidência de tuberculose pulmonar positiva na população indígena, Intensificar as ações de controle das doenças crônicas e degenerativas, Implementação das ações de controle do Tracoma, Implantação e implementação do Sistema de Vigilância e Segurança Alimentar e Nutricional.*

A seguir a discriminação das principais ações executadas, com avaliação das metas alcançadas:

## 1. Intensificação das ações de Imunização nas áreas indígenas

Com base na meta nacional que estabelece o índice de 50% das aldeias com cobertura vacinal adequada, de acordo com normas do Ministério da Saúde – para as vacinas *sabin* e hepatite B em menores de 05 anos e tetravalente para os menores de 01 ano - a Core estabeleceu como meta para intensificação das ações de imunização, **alcançar a cobertura vacinal adequada nos 2 Dseis**, que se comprometeram alcançar essa cobertura em 70% das aldeias.

A meta foi considerada alcançada: no Dsei Porto Velho, das 69 aldeias programadas, 70% das 115 das existentes, 59 aldeias, ou seja, 51% teve cobertura adequada. No Dsei Vilhena, das 96 aldeias programadas, 70% das 136 existentes, 96, ou 70,6% tiveram cobertura adequada. Em resumo, do total de 251 aldeias, **155 (61%) tiveram cobertura vacinal adequada**, ou, seja, mais de 50% das aldeias, conforme meta do Nível Central.



*Vacinação Dsei*

Para o alcance dessa meta foram priorizadas as seguintes atividades: 04 etapas de vacinação, por ano, em cada aldeia; Inquérito vacinal; Resgate de susceptíveis; Capacitação de profissional; Avaliação trimestralmente das ações; Ações educativas com as comunidades; Vacinação das mulheres férteis com DT, Hepatite B e Tríplice Viral.

Por ser considerada uma das principais ações na redução dos indicadores de morbimortalidade, a ação de imunização se constitui numa ação de alta prioridade para saúde pública. No entanto, sua operacionalização é complexa, especialmente na população indígena, e alguns fatores dificultam muito o alcance dessa meta, tais como: grande diversidade cultural; dispersão geográfica; alta rotatividade dos profissionais de saúde; necessidade de acondicionamento, conservação e transporte, em condições especiais, dos imunobiológicos; dificuldade na aquisição de material e insumos face a insuficiência de recursos; Insuficiência de veículos e frota depreciada.

Apesar destas dificuldades, a vacinação é realizada de forma rotineira pelas equipes multidisciplinares (EMSI's), as quais realizam ações de imunização em todas as viagens, conforme calendário de vacinação da população indígena e planejamento de vacinas (SIASI).

## 2. Intensificação das ações de Controle da malária

Com o objetivo de reduzir o índice de parasitemia anual, alto nessa região, e conseqüentemente nas áreas indígenas, especialmente as localizadas no centro-norte do estado, a Core buscou intensificar ações para o efetivo controle desse agravo, que se configura num dos principais problemas de saúde da população dessa região.

As principais ações foram voltadas para: busca ativa de casos, diagnóstico precoce e tratamento, investigação dos casos positivos e LVC, tratamento supervisionado, controle vetorial e prevenção por meio de ações educativas.

A **meta de redução para o ano de 2007 foi de 5% em relação da 2006**, que contabilizou a quantidade de 1.537 casos absolutos, representando um IPA de 107,3/1000 hab., que com a **redução de 5%**, seria, **o esperado pra 2007, 101,9/1000**.

O Dsei Vilhena registrou acentuada redução no número de casos. Em 2006 foram 235 casos e IPA de 39,3/1.000 hab. Em 2007 reduziu para 59 casos e IPA de 9,4/1.000 hab., sendo 76,2% menor que o ano anterior.

Para tanto, foram priorizadas as atividades na área de abrangência do garimpo Laje, na aldeia Roosevelt e aldeias circunvizinhas do garimpo quanto ao controle dos focos, identificação e tratamento de casos de malária. A implementação das ações de controle da malária, tais como: planejamento e avaliação periódica das ações de controle da malária, priorização da vigilância permanente e melhora no controle vetorial, diagnóstico e tratamento contribuíram para a redução acentuada dos casos de malária em relação ao ano anterior. Outros fatores determinantes na redução dos casos de malária: melhora na conservação das estradas, não houve nenhum conflito na área do garimpo e poucos indígenas e não indígenas circulando e permanecendo no garimpo.

No entanto, é importante manter constante vigilância em todas as aldeias, em especial na área do Garimpo Laje, pois com a circulação de não indígenas e indígenas várias etnias à procura de riqueza mineral existente naquele local, é possível ocorrer um surto de malária a qualquer momento.

No Dsei Porto Velho o IPA que foi de 155,9 hab 2006, aumentou em 6,9, registrando um IPA de 166,7/1.000 em 2007.

Considerando o ocorrido nos 2 Dseis, a meta da Core que era alcançar um IPA de 101,9, ficou em 101,7/1.000 hab.

Nesse ano de 2007, então, foram registrados 1.553 casos, nesta regional, e **IPA de 101,7/1000 hab., 5,2% menor que 2006 que apresentou IPA de 107,3**, total de casos 1.537.

Apesar da redução no Dsei Vilhena o alcance da meta não foi satisfatório face o aumento de 6,9 % no Dsei Porto Velho.

O aumento registrado no Dsei Porto Velho deve-se, principalmente, a: atividades de garimpo em área indígena (Aldeia Igarapé Preto-PB de Humaitá/AM), número reduzido de profissionais que desenvolvem atividades de controle e insuficiência de veículos, em quantidade e em qualidade.

Principais ações desenvolvidas: borrifação residual intradomiciliar e extradomiciliar nas aldeias com perfil epidemiológico de médio e alto risco vetorial; aplicação Espacial em aldeias e garimpo nas áreas indígenas com alto e médio risco vetorial; busca ativa de pessoas com sinais e sintomas de malária, com coleta de lâminas, diagnóstico, tratamento supervisionado e lâmina de verificação de Cura (LVC); captura de vetores adultos de *anopheles* para conhecimento do horário de pico; atividades educativas nas aldeias sobre medidas de prevenção.



*Exame para malária*

Principais dificuldades enfrentadas: número reduzido de agentes de endemias para desenvolver atividades em área; garimpos em área indígena; falta de condições adequadas para permanência em área, especialmente em áreas de garimpo; deficiência dos veículos; acesso às aldeias por estradas sem condições de tráfego, ou com péssimas condições, aumentando a depreciação dos veículos existentes.

### 3. Implantação e Implementação do Programa de DST/AIDS



*“A mulher indígena precisa ser protegida, já que os homens vão para a cidade e saem com as mulheres brancas e levam a AIDS para as aldeias; as gestantes precisam ser protegidas, senão vão passar a doença para as crianças”.* Slogan e desenho do Programa DST/AIDS do DSEI Vilhena, criado pelo indígena Milton Nambikwara, AIS, na 1ª capacitação dos AIS no módulo DST/AIDS, em 2000.

As ações de implementação do programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids, implantado nos 2 Dseis, consistem no desenvolvimento de um conjunto de atividades que visam a educação, promoção de práticas sexualmente seguras e culturalmente adequadas, com vistas a redução da incidência da infecção pelo vírus da AIDS e de outras doenças sexualmente transmitidas e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Para a implementação deste programa, em 2007, os Dseis, responsáveis pela execução das ações de saúde na população indígena, priorizaram as seguintes atividades:

- ✓ Aumento da cobertura do programa DST/Aids;
- ✓ Levantamento de todos os casos de Hepatite notificados desde 2000, para monitoramento de cada paciente;
- ✓ Implementação da Vigilância Epidemiológica e as fichas de notificação e investigação - SINAN NET E SIASI nos Pólos base, conforme rotina do fluxo de informações;
- ✓ Disponibilização de abastecimento de preservativos para prevenção, por meio das Coordenações Estaduais e Municipais de DST/AIDS de referência. (As Coordenações Municipais de DST/AIDS disponibilizam os preservativos para os Pólos base, os quais repassam mensalmente os preservativos para a CASAI e profissionais de saúde que atuam nas aldeias);
- ✓ Tratamento e acompanhamento de todos os casos de DST's e hepatites virais detectados;
- ✓ Atendimento quanto ao tratamento de infecções oportunistas, com a realização de exames laboratoriais específicos;

- ✓ Pesquisa sorológica para detecção de portadores de hepatites virais e análise da soroconversão após vacinação contra a hepatite B em comunidades com registros de casos.
- ✓ Avaliação trimestral das ações do programa por meio das fichas de notificação/investigação/SINAN, SIASI, relatórios e atividades de supervisão;
- ✓ Vacinação contra Hepatite B;
- ✓ Oferta do teste rápido anti-HIV I e II, com aconselhamento pré e pós-teste.

No Dsei Vilhena foram desenvolvidas atividades de pesquisa sorológica para detecção de portadores de hepatites virais e análise da soroconversão após vacinação contra a hepatite B em 04 aldeias, considerando 80% da população. Todas as amostras coletadas foram encaminhadas ao Laboratório de referência - LACEN. Até o momento foram obtidos resultados de apenas 01 aldeia, com os seguintes resultados: de 76 indígenas, 39 indígenas imunizados com a vacina contra hepatite B, 01 portador do vírus B e 36 precisam repetir a sorologia ou reiniciar esquema vacinal, pois não estão imunizados com as 03 doses recebidas da vacina contra a hepatite B (anti-HBs negativo).

No Dsei Porto Velho, o Pólo Base de Guajará Mirim, que tem uma população de 4.247 pessoas, quase 50% da população do Dsei, apresentou indícios de casos de Hepatite B. O Dsei/Pólo Base, em parceria com Secretaria Estadual, Lacen, Lafron e Secretaria Municipal de Saúde daquele município, realizou pesquisa sorológica, onde foram coletadas 1.326 amostras. Dando continuidade a essa ação, está previsto, para 2008, a realização de exames no restante da população, fato condicionado a liberação dos kits pelo Ministério da Saúde.

Entre outras atividades destacam-se as capacitações e oficinas de sensibilização, tais como:

- ✓ Capacitação de técnicos de enfermagem em vigilância epidemiológica em DST/AIDS(CBVE). A capacitação foi realizada em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde;
- ✓ Capacitação de enfermeiros em abordagem síndrome, aconselhamento, prevenção de transmissão vertical de HIV, VHB e sífilis;
- ✓ Capacitação em Curso Básico de Vigilância Epidemiológica – CBVE;
- ✓ Capacitação em teste rápido para o HIV I – II e aconselhamento pré e pós-teste;

- ✓ Oficinas de sensibilização com grupos específicos (lideranças, garimpeiros, professores, etc) quanto a prevenção das DST's e hepatites;
- ✓ Oficinas para produção de material educativo;
- ✓ 1ª etapa e 2ª etapas de Oficinas do Projeto "Informação e Sensibilização em DST/AIDS", uma parceria da Secretaria Municipal de Saúde de Cacoal, FACIMED (Faculdade de Ciências Médicas) e Coord. Nacional DST/AIDS/UNODOC;

Para implementação desse programa, contou-se com valiosas parcerias, tais como: Secretarias Municipais de Saúde e suas respectivas coordenações do Programa; Secretaria Estadual de Saúde/Coordenação Estadual do Programa, Cemetron, Lacen, Coordenação Nacional do Programa DST/Aids. Ressalta-se a boa articulação com as unidades de saúde de referência, SAE's, Coordenações Municipais e Estaduais do programa.

Principais dificuldades enfrentadas foram: barreiras culturais, restringindo o uso do preservativo e facilitando a transmissão; deficiência de transporte para acesso às aldeias; insuficiência de recursos para aquisição de materiais e insumos; produção/aquisição de material educativo; rotatividade de profissionais das EMSI; o uso abusivo do álcool por parte, principalmente, de lideranças, AIS, professores ou pessoas com maior poder aquisitivo. (Estão sendo desenvolvidas algumas atividades em parceria com o CAPS (Centro de Apoio Psicossocial); constantes idas de indígenas às cidades, bem como, permanência por períodos longos;

#### 4. Implantação e Implementação de estratégias para a resolutividade das ações de Saúde Bucal

A implementação do programa de Saúde Bucal, que tem como objetivo garantir o acesso à população indígena, no tangente às ações de prevenção, manutenção e recuperação da saúde bucal, é pautado nas Diretrizes para Atenção à Saúde Bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e foi implementado nos Dseis, considerando, principalmente, o desenvolvimento das ações coletivas e atendimento individual.



*Atendimento odontológico  
Pólo Base Guajará Mirim, 2007*

No Dsei Vilhena todas as etapas pactuadas foram realizadas e, face ao aumento de equipes em área, a cobertura das ações, no ano de 2007 atingiu 80% da população do Dsei, que para a complexidade da ação, é considerada alta. Dos 5.976 indígenas cadastrados no Dsei, 5.279 foram inseridos no programa. Dentre as principais ações realizadas, destacamos:

- ✓ 90% das gestantes atendidas;
- ✓ Atendimento diferenciado à crianças menores de 5 anos (foram pactuadas 2 (duas) consultas anuais. No mês de setembro alcançou-se a cobertura total de crianças, porém, no último trimestre houve um decréscimo no atendimento, pois as equipes se deslocaram menos vezes para área, em função da falta de veículo para o deslocamento. Muitas crianças foram atendidas com procedimentos coletivos na CASAI, porém, a quantidade foi insuficiente);
- ✓ Levantamento epidemiológico em 55 % da população em 2007;
- ✓ Atendimento individual - 1ª fase concluída. (Essa ação previa o alcance de 30% da população e alcançou 44%);
- ✓ Aplicação tópica de flúor em 91% da população (pactuado que 30%, levando a superação do pactuado em 67%, apesar de não ter-se alcançado a meta de 6 aplicações, segundo as "Diretrizes de Saúde Bucal"), o que muito difícil realizar pelas ausências dos indígenas nas aldeias;
- ✓ Ações educativas com AIS, gestantes, puérperas, lideranças, conselheiros e comunidade em geral.

Foram ainda realizadas capacitações e atualização de profissionais em Procedimentos Coletivos e "Levantamento de necessidades em Saúde Bucal".

Apesar de ter alcançado boa cobertura, há muito o que superar para um resultado mais eficaz. O Dsei Vilhena pontua:

- ✓ Atividade complexa, exigindo tempo e boa estrutura, o que não se encontra no atendimento em área;
- ✓ Dificuldade de acesso às aldeias (especialmente na época das chuvas): quantidade de veículos insuficiente e inadequado o transporte dos equipamentos (consultórios odontológicos); longas distâncias e estradas sem condições mínimas de tráfego;
- ✓ Falta de estrutura nas aldeias sem a logística necessária (na maioria das aldeias não há energia elétrica);



- ✓ Questões culturais a movimentação de pessoas, dificultando a continuidade e conclusão dos tratamentos.

Dentre os agravos no que se refere à saúde bucal que acometem a população adstrita ao DSEI - Vilhena, a cárie dental é o principal agravo, 48,6 %, seguida do tártaro. Podemos verificar também um aumento substancial de cavidades cariosas na dentição temporária, levando algumas pessoas a apresentarem problemas de má oclusão na dentição permanente. A perda de algumas formas tradicionais de higienização bucal, aliadas a uma modificação na consistência alimentar leva também a um maior acúmulo de placa bacteriana, ocasionando mais cáries e uma piora no periodonto. Existe ainda um grande número de desdentados. A perda precoce de elementos dentários também é preocupante.



*Ação Coletiva - Escovação supervisionada em lactante  
Aldeia Linha 10/PB Guajará Mirim - 2007*

No Dsei Porto Velho a execução das ações foi parcial, com realização de 55% das etapas pactuadas, que foram realizadas considerando os seguintes indicadores:

- ✓ 48% dos indígenas com idade de 12 anos, onze meses e vinte e nove dias, evidenciando um Indicador de Prevalência de CPO – D 2007 = 5,8;
- ✓ 53% (4.744) dos indígenas desse Dsei tiveram acesso ao atendimento odontológico, seja ele, de forma individual ou coletiva. Este índice foi o maior dos últimos 4 anos;
- ✓ 100% dos Polos Base desenvolveram ações coletivas (rodas de conversas, escovção supervisionada, aplicação tópica de flúor);
- ✓ 11% tiveram a 1º fase do tratamento concluído (atenção básica). O baixo índice deve-se, principalmente, às questões culturais;
- ✓ Ênfase em prevenção na assistência: 41,9%;

- ✓ Cobertura de procedimentos coletivos: 24,5%;
- ✓ Para cada dente restaurado, 1,5 foi extraído;

Os índices alcançados não foram satisfatórios em função das dificuldades que o Dsei enfrenta na implementação dessa ação, conforme justificativas a seguir:

- ✓ O dsei não dispõe de veículos suficientes para a realização das ações nas aldeias;
- ✓ Péssimas condições das vias de acesso, com longas distâncias e estradas precárias, que muito dificulta e danifica os equipamentos;
- ✓ Insuficiência de recursos para aquisição de novos equipamentos e manutenção dos existentes e aquisição de material de consumo odontológico;
- ✓ Rotatividade de profissionais face às condições de trabalho;
- ✓ Oferta incipiente de serviços especializados. (O número de indígenas que necessitam dessa especialidade é alto, 22% e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), referência para a oferta desse serviço, ainda estão em estruturação nessa região. Os existentes – 3 recém inaugurados na cidade de Porto Velho e mais 2 no interior do estado - não dispõem de todos os serviços e não atendem a demanda da comunidade, levando o usuário a uma espera de até 3 meses para ser atendido.)

## 5. Implementação das ações de atenção integral a saúde da mulher e da criança nas áreas indígenas

As ações de Atenção **à saúde da mulher e da criança**, vem aos poucos sendo implementadas nos Dseis, numa estratégia de integração com as demais áreas programáticas, priorizando pré-natal, parto e puerpério, crescimento e desenvolvimento e doenças prevalentes na infância.

Na assistência à mulher destacam-se, principalmente, as atividades a seguir;

- ✓ Assistência a todas as gestantes, realizando pré-natal, buscando alcançar a cobertura mínima de 4 consultas, preconizada pelo Ministério da Saúde, acompanhamento do parto e puerpério. Ressaltamos que é difícil alcançar a média de

pelo menos 4 consultas de pré-natal face á barreiras culturais que impedem (ou dificultam) a detecção precoce da gravidez e a falta de médicos em área.

- ✓ Vacinação de todas as gestantes, com cobertura de 100%;
- ✓ Consultas clínicas ginecológicas com foco na prevenção de doenças prevalentes (cervicites e doenças inflamatórias pélvicas) e sexualmente transmissíveis;
- ✓ Assistência ao abortamento e climatério;
- ✓ Coleta do exame preventivo do câncer colo do útero (**PCCU**) e encaminhamento do material para diagnóstico, das mulheres em idade fértil;
- ✓ Investigação de todos óbitos de mulheres em idade fértil.
- ✓ Incentivo do **aleitamento materno** para crianças menores de 01 ano;



*Orientação auto-exame  
Dsei Vilhena*

Na assistência à criança:

- ✓ **Vacinação** das crianças **menores de 05 anos**, com uma cobertura de 95% de vacinação adequada;
- ✓ Acompanhamento de todas as crianças portadoras de necessidades especiais, com uma cobertura de 100%.
- ✓ Assistência a todas as crianças que sofreram acidentes, maus tratos/violência;
- ✓ Investigação de todos os óbitos infantis.

Outras atividades realizadas:

- ✓ Levantamento das condições de assistência ao pré-natal, parto e puerpério, com análise das ações desenvolvidas;
- ✓ **Avaliação mensal** das **ações desenvolvidas** pelos profissionais de saúde dos Pólos base e gerência técnica dos Dseis;
- ✓ **Ações educativas** sobre pré-natal, assistência à mulher e a criança, com gestantes puérperas, demais mulheres e comunidades em geral;
- ✓ **Capacitação** de profissionais em "AIDPI" (Assistência integrada das doenças prevalentes na infância) e em "Saúde da Mulher";

- ✓ **Oficinas** com profissionais dos Pólos base com objetivo de definir estratégias integradas para o programa da saúde da mulher e da criança.



*Realização de oficina/Dsei-Vilhena*

No Dsei Vilhena todas as ações pactuadas foram realizadas. Os principais resultados foram:

68% das crianças menores de 5 anos, acompanhadas;

- ✓ 100% das gestantes e puérperas assistidas (durante o pré-natal, parto e puerpério);
- ✓ 100% das gestantes vacinadas (com esquema de vacinação para gestante);
- ✓ 85% das mulheres em idade fértil com coleta de exame para PCCU;
- ✓ 95% dos menores de 5 anos com cobertura vacinal adequada;
- ✓ 100% das crianças, que sofreram acidentes ou violência, assistidas;
- ✓ 100% das crianças, portadoras de necessidades especiais, assistidas;
- ✓ 100% dos óbitos, da mortalidade de mulheres em idade fértil infantil, investigados;

No Dsei Porto Velho, das 8 ações pactuadas, 6 foram realizadas, conforme os resultados apresentados a seguir:

- ✓ 46,6% das crianças menores de 5 anos, acompanhadas;
- ✓ 29% das gestantes com cobertura de 4 consultas no pré-natal;
- ✓ 12% dos partos acompanhados;
- ✓ 16% de cobertura de exame para PCCU nas mulheres em idade fértil;
- ✓ 93% dos menores de 5 anos com cobertura vacinal adequada;
- ✓ 100% das crianças, que sofreram acidentes ou violência, assistidas;
- ✓ 100% das crianças, portadoras de necessidades especiais, assistidas;

Principais dificuldades enfrentadas;

- ✓ Barreiras impostas pelas culturas da maioria dos povos em relação a: detecção precoce da gravidez (em algumas etnias, manter sigilo sobre a gravidez é obrigatório); realização de exames de PCCU;

- ✓ Ausência do profissional médico nas EMSI (as equipes dessa região não são compostas por médico, por falta de candidatos ao cargo - médico da família indígena);
- ✓ Uso abusivo do álcool que traz como consequência também a violência contra a mulher;
- ✓ Rotatividade de profissionais;
- ✓ Insuficiência de materiais e equipamentos utilizados no programa (pela a insuficiência de recurso que favoreça a aquisição);

## 6. Redução da incidência de tuberculose pulmonar positiva na população indígena



Realização de PPD – Dsei Vilhena

A tuberculose é um problema de saúde prioritário no Brasil, principalmente na população indígena. Historicamente a tuberculose representou uma proeminente causa de morbi-mortalidade entre os grupos indígenas da região, contribuindo para o declínio populacional de algumas etnias e, se

apresenta ainda, como um dos principais problemas de saúde dessa regional, mais localizado na área de abrangência do Dsei Vilhena, nas etnias *Suruí*, município de Cacoal, que concentra 66,5% dos casos notificados naquele Dsei, e *Rikbatksa*, município de Juína, responsáveis por mais 22,3% dos casos.

Durante os anos de 2004, 2005 e 2007 juntamente com as parcerias estabelecidas com as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de referência, FIOCRUZ e Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Rondônia e Mato Grosso foram implementadas as ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios, tratamento supervisionado (DOT's), controle de contatos, capacitação dos profissionais e outras atividades para implementação do programa de controle da tuberculose e de pesquisa.

A meta de reduzir o coeficiente de incidência não tem sido alcançada integralmente, nos 2 Dseis, em função da intensificação das ações da busca ativa que tem aumentado a detecção dos casos.

O Dsei Vilhena que tinha meta de redução de 10% no coeficiente de 2006 que foi de 150,6/100.000 habitantes, esperando 136,00, para 2007, com a implementação das ações, em especial na busca ativa de sintomáticos respiratórios, houve o aumento na detecção de casos,

sendo diagnosticados 21 casos de tuberculose e coeficiente de 158,67/100.000 hab, dos quais 10 foram bacilíferos.

O Dsei Porto Velho registrou acentuada redução. Em 2006 foram registrados 6 casos e coeficiente de 71,8. Em 2007 foram registrados apenas 2 casos confirmado por baciloscopia, ficando um coeficiente de 11,2/100.000 hab.

Nesse ano de 2007, então, foram notificados 10 casos bacilíferos (+) no Dsei Vilhena e 2 casos no Dsei Porto Velho, 12 casos na regional, representando um coeficiente de incidência de 72/100.000 hab. Em 2006 foram 15 casos notificados, coeficiente de 104,7/100.000 hab.

A meta pactuada pela Core, para 2007, foi redução da incidência em 10%, esperando um coeficiente de incidência de 94,2/100.000 hab, em relação a 2006 e registrou nesse ano 72,1/100.000 hab. Com base nos dados é possível verificar a redução em 31,2%.

Todas as etapas pactuadas para a implementação do programa de controle da tuberculose foram realizadas, conforme discriminação a seguir:

- ✓ Implementação das ações de vigilância e controle dos casos em 100 % das aldeias do DSEI por meio de ações educativas, busca ativa de casos sintomáticos, tratamento supervisionado e outros;
- ✓ Realização de atualização em tuberculose (DOT's) com técnicos do PCT dos Pólos base e município de referência;
- ✓ Identificação de **sintomáticos respiratórios**, com realização de baciloscopia por meio de busca ativa de rotina e mutirões. (A estimativa de sintomáticos respiratórios examinados é de 2% da população);
- ✓ Examinados quase 100% dos **contatos**;
- ✓ Tratamento supervisionado em **100 %** dos casos de tuberculose (bacilífero e não bacilífero) com – **DOT's**;
- ✓ Realização vacinação dos susceptíveis com BCG;
- ✓ Realização de **quimioprofilaxia** em **contatos** de bacilíferos. (A quimioprofilaxia é realizada nos contatos de tuberculose bacilífera, reator forte ao PPD, independente da idade e estado vacinal, após avaliação e afastada a possibilidade de tuberculose-doença, por meio da baciloscopia e do exame radiológico);
- ✓ Ações de educação em saúde nas aldeias;

- ✓ Avaliação mensal do programa de tuberculose pelos profissionais dos Pólos base e DSEI, em parceria com as unidades de saúde de referência.

Apesar de terem sido realizadas todas as etapas para implementação do programa, há grande dificuldade para o controle da doença em área indígena devido ao modo de vida dos povos (convivência nas malocas), alta susceptibilidade dos indígenas, grande número de contatos para controle da doença, tratamento prolongado, entre outros. Some-se a esses; insuficiência de veículos, dificuldade de acesso às áreas e falta de profissional habilitado em algumas aldeias (AIS). Torna-se difícil ainda a supervisão do tratamento de alguns casos, onde é necessária a permanência dos indígenas na CASAI, para a realização do tratamento supervisionado, considerando também que muitos não aceitam ficar por períodos mais longos.

## **7. Intensificar as ações de controle das doenças crônicas e degenerativas**

As doenças cardiovasculares estão entre as maiores causas de óbito no Brasil. a hipertensão arterial pode ser encarada como uma doença ou como um fator de risco para o desenvolvimento de doenças do coração e os fatores de risco como o sedentarismo, o tabagismo e a alimentação inadequada, diretamente relacionados ao estilo de vida, são responsáveis por mais de 50% do risco total de desenvolver algum tipo de doença crônica.

A detecção destes agravos crônicos tem aumentado muito ao longo dos últimos anos na população indígena, bem como a mortalidade por doenças cardiovasculares e diabetes. Para tanto, é de suma importância o desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção e controle destes agravos.

Essa regional, por meio dos 2 Dseis, vem dando cada vez mais atenção a essa questão, face à essa população (indígena), até pelas as mudanças no seu estilo de vida e em hábitos alimentares, vir demonstrando prevalências consideráveis em relação a hipertensão arterial, principalmente.

Os casos de hipertensão predominam na população masculina – 66,1%, no Dsei Vilhena, dos 62 casos de hipertensos registrados em 2007 e 54,6%, no Dsei Porto Velho, dos 108 casos registrados no mesmo ano.

Os casos de *diabetes mellitus*, no Dsei Vilhena, concentram-se basicamente no povo *Cinta Larga* – 76,9 % dos casos. 50% são do sexo feminino. O número de casos de diabetes atendidos por aquele Dsei nesse ano de 2007, foi de 26 diabéticos. (Ocorreu 01 óbito por *Diabetes Mellitus*, 65 anos, sexo F e 01 óbito por doença cardíaca hipertensiva, 91 anos, sexo F). No Dsei Porto Velho os casos de diabetes não são expressivos, representando 0,07% da população do Dsei. Contudo há vigilância e busca constantes nas aldeias.

A meta pactuada na Core, de implementação das ações de controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus nos 2 Dseis foi considerada alcançada em função de terem sido realizadas todas as etapas pactuadas, as quais destacamos a seguir:

- ✓ Acompanhamento dos casos identificados de hipertensão arterial e diabetes mellitus, periodicamente. (Todos são acompanhados pela equipe multidisciplinar de saúde (EMSI's), com ênfase para alimentação e integridade cutânea, com visitas domiciliares e palestras para os familiares e comunidade com informações sobre a doença e medidas de prevenção e controle;
- ✓ Realização de consultas de acompanhamento e exames de rotina dos casos, em parceria com as Unidades de Saúde da área de abrangência de cada Pólo base. (O tratamento contínuo é garantido por meio do DSEI e Unidades de saúde de referência);
- ✓ Realização de busca ativa de casos de hipertensão e diabetes em todas as aldeias;
- ✓ Avaliação trimestral do programa de controle da hipertensão e diabetes mellitus por meio do SIASI, prontuários, planilhas de acompanhamento, cartão do paciente, relatórios e atividades de supervisão;
- ✓ Realização de ações educativas na CASAI e aldeias quanto a causa destes agravos, importância do acompanhamento, hábitos alimentares saudáveis e outros. Foram pactuadas 45 atividades educativas;
- ✓ Capacitação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) no Módulo Saúde do Adulto e Atendimento de Urgência.



Ressalta-se a dificuldade na prevenção e controle desses agravos, em virtude da mudança de vida dos indígenas, resultando em maus hábitos alimentares (alimentação rica em gorduras, açúcares, consumo de alimentos industrializados) e falta de exercícios físicos. Este quadro é mais grave no Povo Cinta Larga, sendo que o Garimpo Lage – Aldeia Roosevelt, se localiza em suas terras. E, com a melhora do poder aquisitivo, ocorre também o aumento do consumo desses produtos, refletindo também no sobrepeso. Some-se a esses a insuficiência de equipamentos e de veículos, principalmente.



*Realização de oficina – Dsei Vilhena*

O monitoramento dos casos existentes é também prejudicado, em virtude de deslocamento de muitos indígenas para o garimpo e da dificuldade em sensibilizá-los da importância de hábitos alimentares.

## **8. Implementação das ações de controle do Tracoma**

O tracoma é um importante problema de saúde pública, enquanto causa de morbidade, deficiência visual e cegueira. Em grande parte dos países subdesenvolvidos, é uma das doenças de maior disseminação no mundo. A Organização Mundial de Saúde estima a existência de 146 milhões de pessoas com o tracoma no mundo, dos quais 5,9 milhões são cegos.

A Core tem dispensado atenção a esse agravo com a implantação e implementação da ação de controle do tracoma, desde 2005, em função do Pólo Base de Vilhena, Dsei Vilhena, ter registrado expressivo índice de casos naquela população.

Nesse sentido, vem trabalhando para controle deste agravo, relacionado aos hábitos de vida e falta de higiene.

Em 2005 foi realizado inquérito e tratamento em toda a população. A partir de 2006, todas as EMSI do DSEI foram capacitadas, conforme protocolo do Ministério da Saúde e passaram a desenvolver atividades, como: avaliação, diagnóstico, tratamento e controle.

De 2005 a 2007 foram diagnosticados e tratados **593 casos** de **tracoma**, no âmbito do DSEI Vilhena (2005 - 93 casos, 2006 - 239 casos e 2007 - 261 casos).



*Exame de Tracoma – Dsei Vilhena*

Em 2006 foi realizado novo inquérito em todas as aldeias do DSEI, porém a cobertura foi de 63% da população residente nas aldeias, em virtude de muitos estarem ausentes no período da avaliação. Nas aldeias que apresentaram mais de 10% de casos positivos, foi realizado tratamento em massa da população.

A meta para o ano de 2007 foi de implementar o programa em todas as aldeias, com priorização da busca ativa dos casos não examinados nos anos anteriores, tratamento dos casos detectados e acompanhamento dos casos já identificados nos anos anteriores. Nesse sentido, foram implementadas as seguintes ações:

Foram desenvolvidas atividades com as seguintes etapas para cumprimento desta meta:

- ✓ Busca ativa de casos suspeitos em 125 aldeias, sendo alcançado 93% desta etapa;
- ✓ Capacitação de 03 profissionais de saúde, sendo enfermeiros das equipes multidisciplinares e da supervisão do DSEI;
- ✓ Avaliação trimestral das ações desenvolvidas pelos profissionais dos Pólos base e equipe técnica do DSEI;
- ✓ Realização de 109 atividades educativas nas aldeias, programado a realização de 45 atividades;
- ✓ Tratamento de 100 % dos casos de tracoma detectados (261 casos).

A maior dificuldades no controle está no fato dos fatores de risco estarem claramente associados às baixas condições sócio-econômicas e ambientais, considerando que a transmissão ocorre de pessoa a pessoa, por meio do contato direto com as mãos contaminadas com secreção ocular, ou contato indireto por meio de objetos contaminados. Em decorrência das condições precárias de moradia, escassez de água, hábitos de higiene inadequados, falta de produtos de limpeza, habitação com aglomerado de pessoas e constante contato entre si, o controle é difícil e é de suma importância a realização de ações educativas e o fornecimento de produtos para a higiene pessoal e doméstica, a fim de que haja eficácia no tratamento e conseqüentemente o controle deste agravo.

## 9. Implantação e Implementação do Sistema de Vigilância e Segurança Alimentar e Nutricional

Com vistas à realização dessa ação, a Core estabeleceu a meta de implementar o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional nos 2 Dseis, priorizando o acompanhamento de crianças menores de 05 anos, gestantes e idosos. A ação teve maior desempenho do Dsei Vilhena, onde todas as ações pactuadas foram realizadas. A seguir, as principais ações realizadas:

- ✓ Estabelecidas parcerias com a Pastoral da Saúde, Emater para o desenvolvimento ações sustentáveis de segurança alimentar e nutricional, com a realização de diversas ações intersetoriais, como: confecção de multimistura, construção de hortas, piscicultura e outras ações de mobilização comunitária, de acordo com as necessidades e anseios de cada comunidade indígena.
- ✓ Oficinas de confecção de multimistura e aproveitamento de alimentos ricos em nutrientes existentes nas aldeias em conjunto com as equipes multidisciplinares, população indígena (fornecimento de castanha e outros ), Pastoral da Saúde, FUNAI e outras. Foram atendidas 10 aldeias com ações de mobilização comunitária, como hortas e outros. Há a programação de serem atendidas 11 aldeias em 2008;
- ✓ Realização de 62 atividades educativas nas aldeias;
- ✓ Avaliação mensal das ações de vigilância Alimentar e Nutricional pelas equipes dos Pólos base e equipe técnica do DSEI;
- ✓ Acompanhamento mensal do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 05 anos, gestantes e idosos. Foi pactuado o acompanhamento de 70% dos **menores de 05 anos** mensalmente, ou seja, a realização de 11.758 acompanhamentos. Foram realizados 10.149 acompanhamentos durante o ano de 2007, representando **86%** de cobertura (Dsei Vilhena);

No Dsei Vilhena, o número de crianças acompanhadas aumentou em relação ao ano de 2006, onde a cobertura foi de 62%. Com a aquisição de equipamentos, como balança infantil para todos os agentes indígenas de saúde, implementação das planilhas de acompanhamento (SISVAN) e capacitação dos técnicos de enfermagem e agentes indígenas foi possível implementar as ações de vigilância nutricional.

Na avaliação realizada dos menores de 05 anos acompanhados, percebe-se um alto índice de desnutrição, atingindo principalmente as crianças de 1 a 2 anos de idade, pois a mãe nesse período geralmente está gestante ou com outra criança, deixando esta sem os cuidados

necessários; porém, na maioria dos casos de desnutrição, a falta de alimento nas aldeias e a mudança de hábitos alimentares são as principais causas de desnutrição.

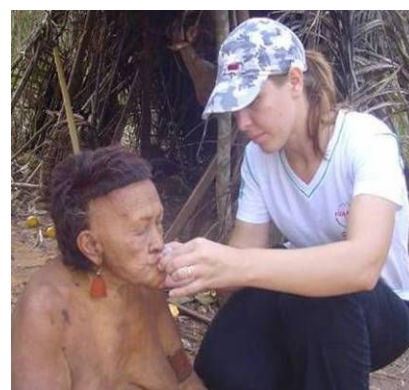
No Dsei Porto Velho, a insuficiência de material, não favoreceu a realização de todas suas ações, entre outras dificuldades. Destaca-se, porém, ação realizada na etnia *Pirahã* considerados semi-nômades, de hábitos vida e alimentação precários, com altos índices de desnutrição, onde, numa força tarefa de 60 dias, Dsei e Pólo Base (Humaitá), em parceria com outras instituições, desenvolveram ações de educação em saúde, com orientações de práticas saudáveis de higiene, preparos de alimentos, confecção de hortas, plantação de árvores frutíferas, entre outras.



Oficina para preparo de doce de mamão

Destacam-se valiosas parcerias na execução dessas ações, como: CONAB, com fornecimento de cestas básicas para populações mais carentes, EMATER, que tem sido um parceiro em potencial no suporte técnico para construções de hortas e plantações, SEMAS, INCRA.

A dificuldade maior está na insuficiência de veículos para a realização sistemática das ações em área.



Confecção de xarope caseiro  
Dsei Vilhena

## **Outras Ações Desenvolvidas**

### **Assistência Farmacêutica**

Com descentralização de recursos para estruturação de farmácias nos Dseis, a Core também compromissou com a implementação dessa ação.

Atualmente todos os Pólos Base possuem farmácias onde são armazenados medicamentos da farmácia básica, enviados pelo Nível Central. Para atender as receitas não contempladas com os medicamentos da farmácia básica, a Core dispõe de contrato com empresa especializada para o fornecimento desses medicamentos. Os dseis dispõem de profissional habilitado, bioquímico-farmacêutico que fazem o gerenciamento dessa ação.

Principais dificuldades: apesar de todos os Pólos Base possuírem farmácia, nem todas possuem estrutura adequada para armazenamento de medicamentos; os medicamentos da farmácia básica, descentralizados pelo nível central não correspondem, na maior parte, com epidemiologia de nossa região e com as reais necessidades dos Dseis, sendo, algumas vezes, diferentes do solicitado; falta de condições ideais para transporte de medicamento, considerando as longas distâncias e os difíceis acessos;

### **Ações de Educação em Saúde**

No exercício de 2007, às ações de educação em saúde na Saúde Indígena foram voltadas para a promoção da educação em saúde aos povos indígenas e ocorreu com as realizações dos Diagnósticos Situacionais e das Oficinas de Educação em Saúde e Mobilização Social, que busca o conhecimento cultural do comportamento humano tais como: hábitos de higiene, moradia, religião, alimentação e habilidade de trabalho que possa ser utilizado como ferramentas para despertar o interesse na participação contínua das atividades desenvolvidas nas comunidades.

Buscou-se o incentivo do plantio de hortaliças e pomares a fim de educá-los para novas formas de subsistência, com foco na melhoria do quadro nutricional e na promoção da qualidade de vida da população.

**Principais ações desenvolvidas foram:**

- ✓ Diagnóstico Situacional em 6 (seis) comunidades indígena da etnia Cinta Larga, aldeias: Cachoeirinha, Taquaral, Flor do Prado, Furquim, Rio Seco e Capivara, do DSEI Vilhena;
- ✓ Oficina de Educação em Saúde e Mobilização Social em 6 (seis) comunidades indígena da etnia Cinta Larga, aldeias: Cachoeirinha, Taquaral, Flor do Prado, Furquim, Rio Seco e Capivara, do DSEI Vilhena, conforme pactuada com o Ministério Público;
- ✓ Ação de Educação em Saúde 2 (duas) comunidade indígena da etnia Pirahã, aldeias Piquiá e Forquilha Grande, do DSEI Porto Velho.

Vale ressaltar que esse trabalho só foi possível por que contou, principalmente, com a parceria de órgãos e instituições, como a Emater/RO, Secretária de Agricultura e Secretaria do Meio Ambiente, para realização das ações de Educação em Saúde com a população indígena; Conselhos e lideranças indígenas e comunidades;

Envolvimento das comunidades indígenas na execução das atividades;

Participação dos Conselhos e lideranças indígenas na programação e execução das ações.

**As principais dificuldades são:** limitação de teto de diárias, que não atende a necessidade da programação anual; quadro de servidores da Core reduzido, dificultando a formação da Equipe de Educação em Saúde.



*Crianças etnia Tenharim e Jabuti*

## 4.1.2. Saneamento Ambiental



### 4.1.2.1. Programa 1287 – Saneamento Rural

Este Programa, de caráter interministerial, tem por objetivo ampliar a cobertura e melhorar a qualidade dos serviços de saneamento ambiental em áreas rurais, no sentido da melhoria das condições de vida das populações rurais dispersas, como aquelas residentes em assentamentos da reforma agrária, comunidades remanescentes de quilombo, reservas extrativistas, aldeias indígenas e em localidades com até 2.500 habitantes, contem as seguintes ações: 10GC, 10LP, 12GI, 2272, 3921, 4641, 7656 e 7684.

**Gerente Nacional do Programa:** Francisco Danilo Bastos Forte

#### 4.1.2.1.1. Ação 7656 - Implantação, Ampliação ou Melhoria do Serviço de Saneamento em Áreas Rurais, em Áreas Especiais (Quilombos, Assentamentos e Reservas Extrativistas) e em Localidades com População Inferior a 2.500 Habitantes para Prevenção e Controle de Agravos.

**Descrição:** Fomento e financiamento a implantação e/ou a ampliação e/ou a melhoria de sistemas públicos de abastecimento de água e de sistemas públicos de esgotamento sanitário, contemplando a elaboração de planos diretores e projetos, a realização de obras, incluindo ligação domiciliar, rede coletora de esgoto, rede de distribuição de água e estação de tratamento, ações voltadas para a sustentabilidade dos mesmos, bem como a implantação de melhorias sanitárias domiciliares e/ou coletivas de pequeno porte, assim como a implantação de oficina municipal de saneamento, compreendendo desde a elaboração do projeto até a sua operação plena.

**Objetivo:** Propiciar resolubilidade, em áreas de interesse especial (assentamentos, remanescentes de quilombos e áreas extrativistas) para problemas de saneamento, prioritariamente o

abastecimento público de água, o esgotamento sanitário e as melhorias sanitárias domiciliares e/ou coletivas de pequeno porte, bem como a implantação de oficina municipal de saneamento, visando à prevenção e ao controle de doenças e agravos.

**Base Legal:** Constituição Federal e Lei 8080/90.

**Coordenador Nacional da Ação:** José Raimundo Machado dos Santos

Responsável Regional	Josafá Piauhy Marreiro
Responsável Técnico Regional	Maria Antonia Catunda da Silva

#### 4.1.2.2.1 Ação 7684 - Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção e Controle de Agravos.

**Descrição:** Instalação de sistemas simplificados de abastecimento de água com captação, adução, tratamento e distribuição de água, bem como sistemas de reservatórios e de chafariz; implantação de esgotamento sanitário e rede de coleta; melhorias sanitárias nas aldeias (construção de banheiros, privadas, fossas sépticas, pias de cozinha, lavatórios, tanques, filtros, reservatórios de água e similares de resíduos sólidos).

**Objetivo:** Dotar as aldeias de condições adequadas de saneamento básico. Contribuir para redução da morbimortalidade por doenças de veiculação hídrica. Contribuir para o controle de doenças parasitárias transmissíveis por dejetos e contribuir para o controle de agravos ocasionados pela falta de condições de saneamento básico em áreas indígenas.

**Público Alvo:** População das aldeias indígenas.

**Base Legal:** Decretos 3.156 e 3.450, Lei nº. 9836 e MP 1911-8

**Coordenador Nacional da Ação:** José Raimundo Machado dos Santos

Responsável Regional	Josafá Piauhy Marreiro
Responsável Técnico Regional	Maria Antonia Catunda da Silva





*Aldeia Colorado – Alta Floresta/RO*

Para implementação dessas ações e, conforme disponibilidade orçamentária, a Core estabeleceu como iniciativas prioritárias para o ano de 2007, as seguintes ações:

- ✓ Implantação e manutenção de sistemas de abastecimento de água em aldeias indígenas;
- ✓ Implantação de sistemas de abastecimento de água em Reservas Extrativistas



*Aldeia Colorado – Alta Floresta/RO*

### 4.1.3. Ações de Capacitação

No ano de 2007 foram capacitados profissionais de diversas categorias, em Saúde Indígena, dentre eles, enfermeiros, odontólogos, técnicos e Agentes Indígenas de Saúde e Saneamento – AIS e AISAN, em outras áreas. Nos quadros a seguir estão apresentadas as principais capacitações:

**Quadro 2 – Capacitações – Saúde Indígena**

Nome do Evento	Nº Participantes	Clientela	Local
Capacitação Pedagógica para supervisores e instrutores da Saúde Indígena	23	Enfermeiros e Odontólogos	Porto Velho
Capacitação em Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI	19	Enfermeiros e Odontólogos	Porto Velho
Capacitação em Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança Indígena	25	Enfermeiros e Odontólogos	Porto Velho
Oficina de Capacitação em Tuberculose – Dsei Porto Velho	25	Enfermeiros e Odontólogos	Porto Velho
Capacitação em Teste Rápido e Aconselhamento das DST/AIDS/ DSEI Porto Velho	12	Enfermeiros e Odontólogos	Porto Velho
Capacitação em Teste Rápido e Aconselhamento das DST/AIDS/ DSEI Vilhena	20	Enfermeiros e Odontólogos	Cacoal
Oficina de Atualização em Microscopia da Malária – DSEI de Porto Velho	14	Agentes de Saúde (Endemias)	Porto Velho
Oficina de Atualização em Microscopia da Malária – DSEI de Vilhena	14	Agentes de Saúde (Endemias)	Porto Velho
Capacitação (3) dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) no Módulo Saúde do Adulto e Atendimento de Urgência – Dsei Vilhena – (Vigisus)	108	Agentes Indígenas de Saúde – AIS	Juína/MT Vilhena Ouro Preto
Oficina de Planejamento para Capacitação de AIS – Módulo Saúde do Adulto e Atendimento de Urgência	27	Enfermeiros e Odontólogos	Cacoal
Reunião para Implementação das Diretrizes do Sistema de Informação de Saúde Bucal;	09	Odontólogos	Porto Velho
Capacitação dos Agentes Indígenas de Saneamento – AISAN DSEI Porto Velho	16	Indígenas	Guajará Mirim
Capacitação dos Agentes Indígenas de Saneamento – AISAN/DSEI Vilhena	16	Indígenas	Pimenta Bueno
Capacitação em Vigilância Alimentar Nutricional – SISVAN	23	Enfermeiros	Porto Velho
Oficina de Capacitação em Entomologia para NM – Dsei de Porto Velho e Vilhena.	24	Agentes de Saúde (Endemias)	Porto Velho
<b>Total de participantes</b>	<b>375</b>		



Ações de Capacitação

### Quadro 3 – Capacitações – área meio

Nome do Evento	Nº Participantes	Clientela	Local
Curso de Licitações e Contratos	01	Serv. área de licitação	Porto Velho
Curso de Aperfeiçoamento e Atualização de Pregoeiros	02	Serv. área de licitação e contratos	S. Luiz/MA
Treinamento em Gestão de Convênios	02	Serv. da área de convênios	Florianópolis /SC
Reunião p/ implantação das diretrizes do sistema informatizado de Saúde Bucal – DSEI de Porto Velho	09	Odontólogos	Porto Velho

### Quadro 4 – Outras capacitações que a Core participou – demanda Central

Nome do Evento	Nº Participantes	Clientela	Local
37ª Assembléia Nacional da ASSEAME	01	Engenheiros	Guarulhos/SP
Oficina de Operacionalização da NOC	01	Chefe Secap	Goiânia/GO
24º Congresso Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental-ABES	03	Engenheiros	Belo Horizonte/MG
Atualização prática em SIAPE e SIAPECAD	02	Serv. Direh	Belém/PA
Oficina dos Assistentes das COREs	01	Assistente de Planejamento	Brasília/DF
Encontro de Dirigentes de RH da Funasa	01	Chefe DIREH	Brasília/DF
Treinamento em serviço sobre quintos	01	Serv. Sacad	Brasília/DF
Curso Técnico em Saneamento Ambiental	12	Aux. de saneamento	Manaus/ AM
Reunião do Programa Institucional de Estágio	01	Chefe DIREH	Brasília/DF

Quadro 5 – Recurso Investido

<b>Recurso Orçamentário</b>	<b>Recebido</b>	<b>Realizado</b>
PI – Capacitação (IPVE, IPRE, IVIL)	455.403,65	455.403,65
VIGISUS (VIGCOMPBI1)	138.610,60	138.610,60
<b>Total</b>	<b>594.014,25</b>	<b>587.359,74</b>

### 4.1.1.1. Resultados

#### Saúde Indígena

Apesar das dificuldades encontradas para desenvolver as ações propostas, bem como as demais ações necessárias e emergências, a Core Rondônia vem aprimorando o processo de planejamento e avaliação das ações, visando a melhora da assistência à saúde da população alvo, bem como, alcançar os resultados pretendidos, conforme metas pactuadas nos Planos da Funasa.

A seguir serão apresentados os resultados obtidos, considerando as metas prioritárias da Funasa.

#### Imunização

Gráfico 1 – Cobertura Vacinal na Saúde Indígena – Vacinas Multidoses – Core-RO, 2007

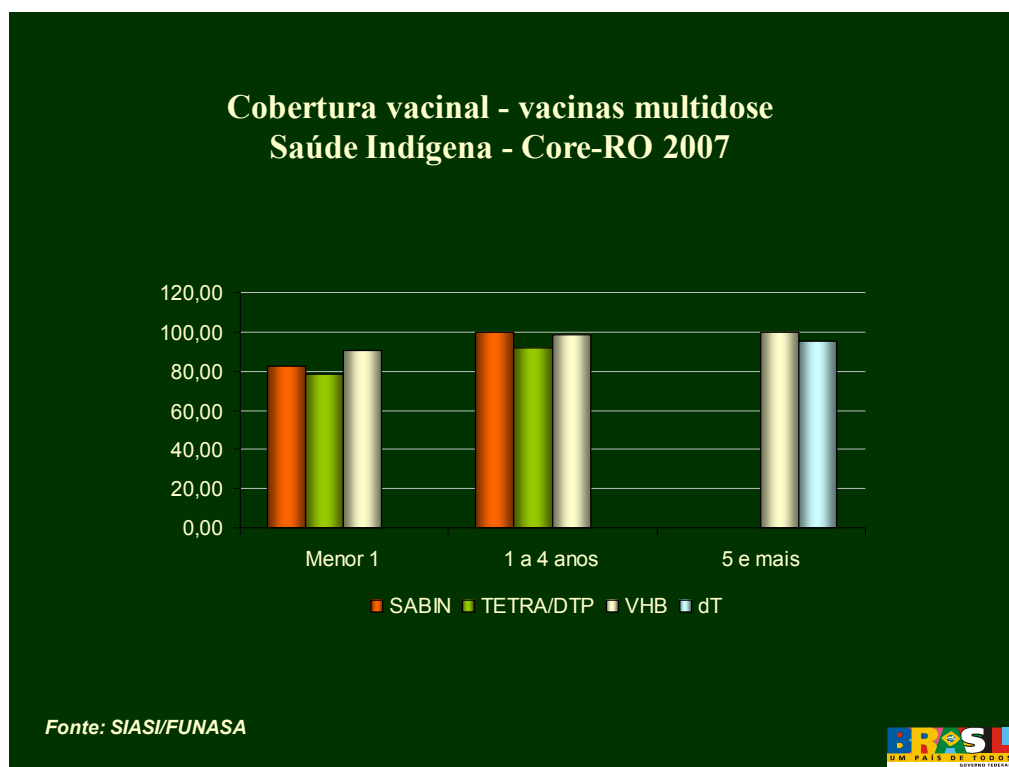
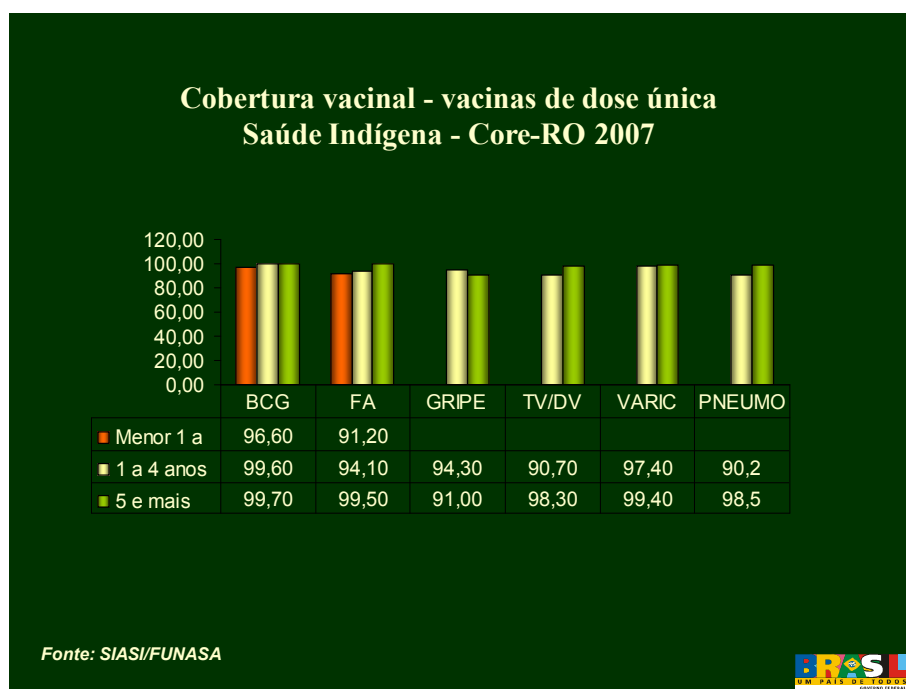


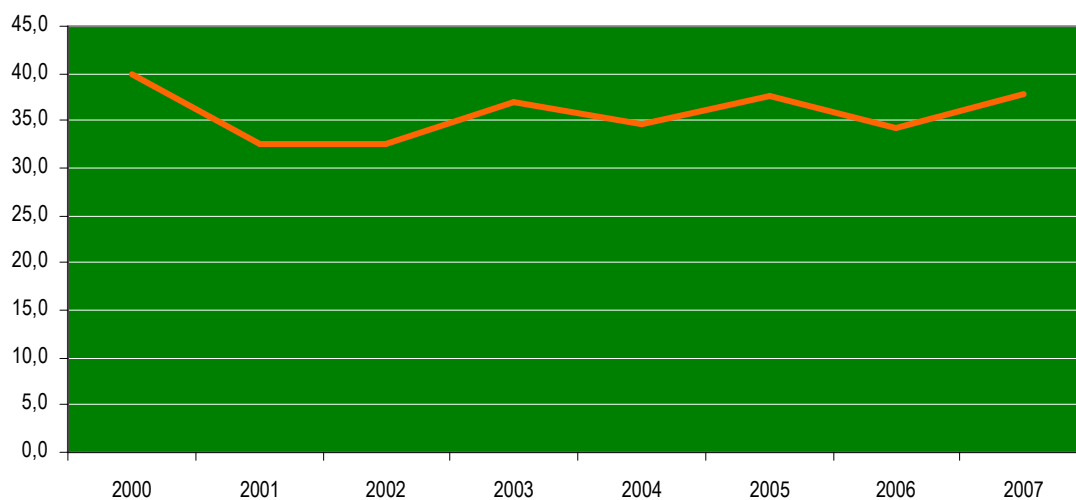
Gráfico 2 – Cobertura Vacinal na Saúde Indígena – Vacinas Dose Única – Core-RO, 2007



Os gráficos acima demonstram a cobertura vacinal alcançada, nas vacinas multidoses e dose única. A cobertura vacinal em menores de 01 ano está abaixo de 95 % em virtude do número reduzido de viagens às aldeias; bem como, por ser utilizado como meta todas as crianças na faixa etária de 6 a 11 meses para as vacinas multidoses e de 9 a 11 meses para a vacina contra febre amarela; por exemplo, ao solicitar a cobertura vacinal das crianças de 6 a 11 meses para a vacina contra a hepatite B, o programa (SIASI) contabiliza todas as crianças que estão com esta idade, desta forma, a criança que completa 6 meses de idade é considerada faltosa, caso não tenha tomado a 3ª dose da vacina; porém, conforme programa de imunização, a criança pode completar o esquema vacinal até um dia antes de completar 01 ano de idade, e mesmo assim ser possível atingir a cobertura vacinal adequada.

## Natalidade

**Gráfico 3 – Coeficiente de natalidade: nº de nascimentos por 1000 habitantes na Saúde Indígena – Core-RO, 2000 a 2007**



Fonte: SINASC-SIASI

Como é possível observar no gráfico acima e no quadro abaixo, houve aumento no número de nascimentos em 2007 (9,7%), em relação a 2006.

**Quadro 6 – Distribuição do nº de nascimentos por ano – Core-RO**

ANO	População	Nascidos vivos	Coeficiente de natalidade
2000	11.143	444	39,8
2001	11.618	379	32,6
2002	12.085	393	32,5
2003	12.580	465	37,0
2004	13.079	453	34,6
2005	13.559	509	37,5
2006	14.329	489	34,1
2007	15.265	577	37,8

Fonte: SINASC- SIASI

## Morbidade

A população indígena está exposta a um grupo de morbidades constantes e com características comuns ao contexto de área indígena. São agravos à saúde que sua reversão muitas vezes depende do comportamento e modo de vida da população, além de intervenções educativas e um bom sistema de saneamento.

Os principais agravos e morbidades identificados pelas equipes, seja em área (aldeia) ou na Casai, foram registrados nos sistemas de informação, sob critério do CID – Código Internacional de Doenças, os quais se dividem em dois grupos: grupo A – Doenças Infecciosas e Parasitárias e grupo B – Doenças do Aparelho Respiratório.

Nos quadros e gráficos a seguir estão apresentados os índices das principais doenças desses grupos, nos anos de 2006 e 2007.

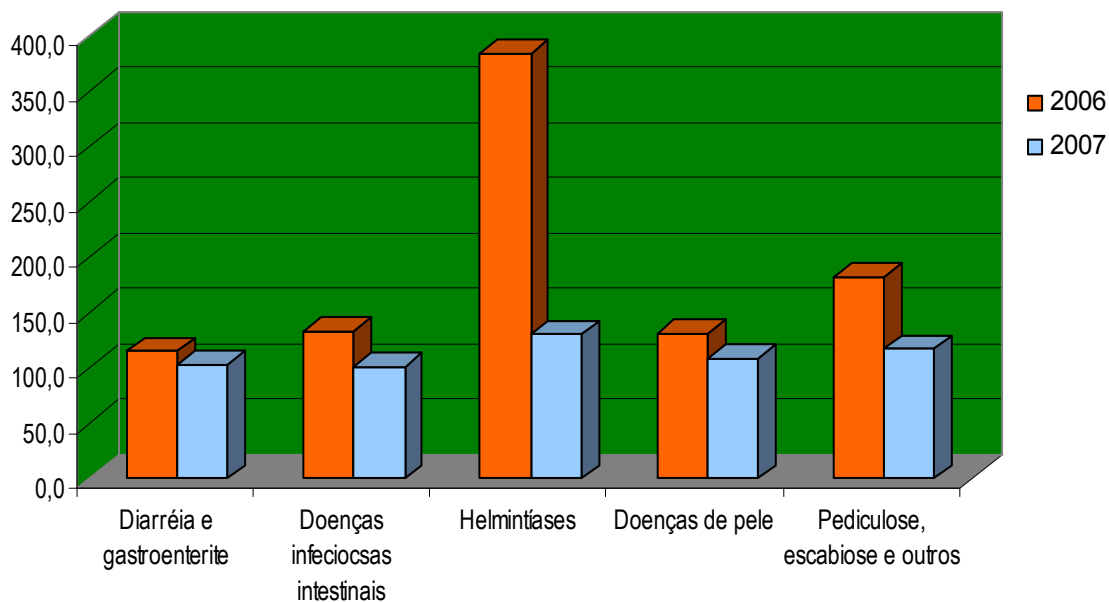
**Quadro 7 – Principais doenças infecciosas e parasitárias na população indígena Core-RO, 2006 e 2007**

AGRAVO	Ano 2006		Ano 2007	
	Nº Casos (atendimentos)	Coef. Incidência	Nº Casos (atendimentos)	Coef. Incidência
Diarréia e gastroenterite	1.650	115,2	1.562	102,3
Doenças infecciosas intestinais	1.906	133,0	1.532	100,4
Helmintíases	5.512	384,7	1.990	130,4
Doenças de pele	1.878	131,1	1.654	108,4
Pediculose, escabiose e outros	2.604	181,7	1.780	116,6

Fonte: SIASI/FUNASA



Gráfico 4 - Principais doenças infecciosas e parasitárias na população indígena – Core-RO, 2006 e 2007



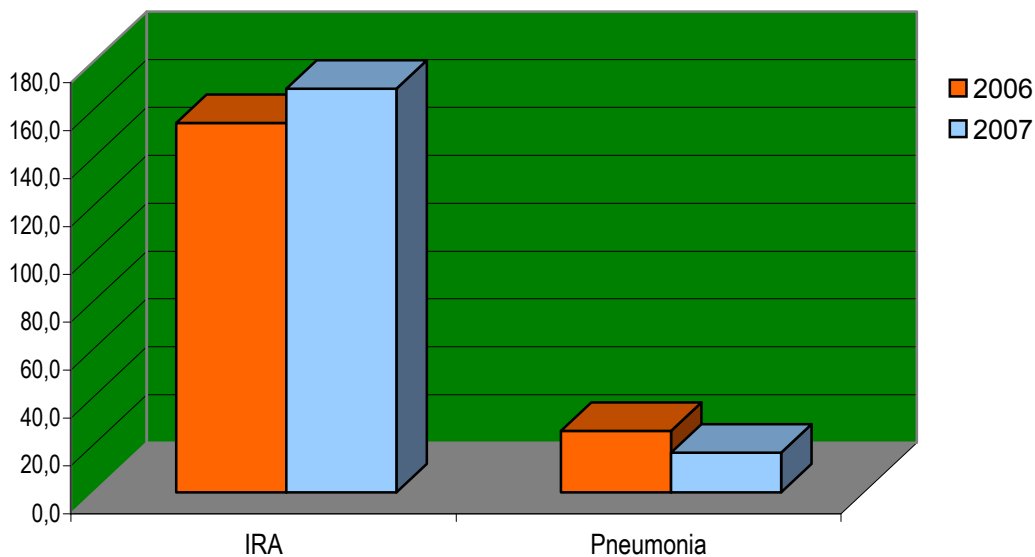
Fonte: SIASI/FUNASA

Quadro 8 – Principais doenças do aparelho respiratório na população Indígena Core-RO, 2006 e 2007

AGRAVO	Ano 2006		Ano 2007	
	Nº Casos (atendimentos)	Coef. Incidência	Nº Casos (atendimentos)	Coef. Incidência
IRA	2.212	154,4	2.574	168,6
Pneumonia	368	25,7	254	16,6
<b>TOTAL</b>	<b>2.580</b>	<b>180,1</b>	<b>2.828</b>	<b>185,3</b>

Fonte: SIASI/FUNASA

Gráfico 5 - Principais doenças infecciosas e parasitárias na população indígena – Core-RO, 2006 e 2007



Fonte: SIASI/FUNASA

Conforme demonstrado no gráfico acima, registrou-se aumento da IRA, fato que ocorreu no Dsei Porto Velho. O Dsei Vilhena reduziu.

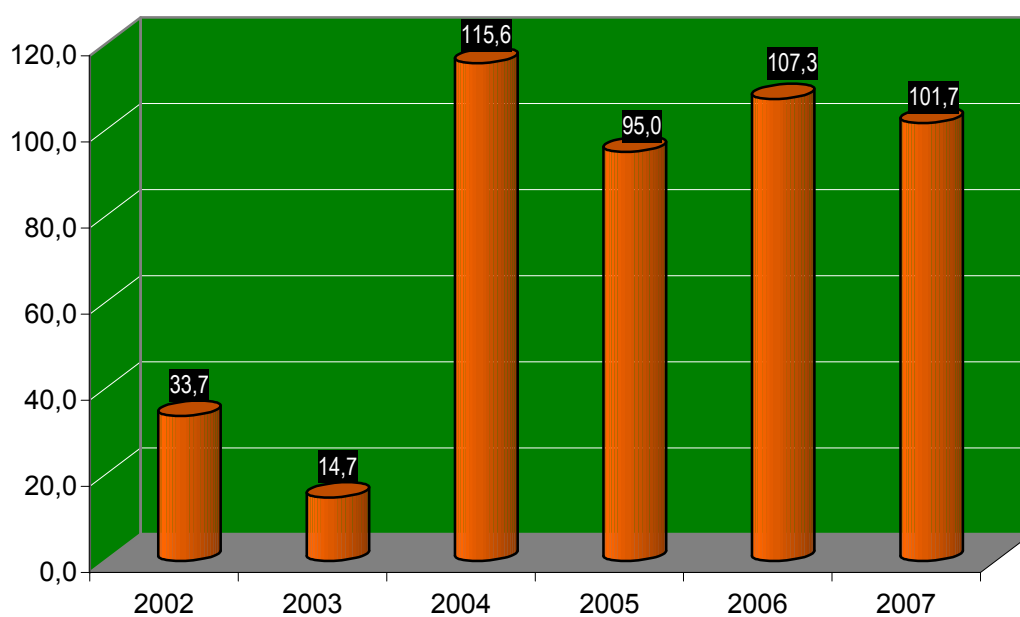
#### Principais doenças infecciosas e contagiosas

As doenças infecciosas e contagiosas agregam um grupo importante de morbidades, pois além de serem de notificação compulsória, há programas específicos com indicadores, metas e ações as serem desenvolvidos para controle de tais doenças, como a Malária e a Tuberculose, além de outras como as DST/AIDS - Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids e Hepatites Virais.

A seguir serão apresentadas informações, por meio de gráficos e tabelas, do comportamento da malária e tuberculose, de 2002 a 2007.

## Malária

Gráfico 6 – Malária - Incidência Parasitária Anual - IPA, Áreas Indígenas de Rondônia - 2002 a 2007



Fonte: SIASI/SIVEP-MALÁRIA

Quadro 9 – Distribuição do número de Casos de Malária e IPA, por ano Core-RO, 2002 a 2007

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
População	12.085	12.580	13.079	13.559	14.329	<b>15.265</b>
Casos	407	185	1.512	1.288	1.537	<b>1.553</b>
IPA	33,7	14,7	115,6	95,0	107,3	<b>101,7</b>
Varição IPA	-25,2	-56,3	643,8	-17,8	12,9	-5,2

Fonte: SIASI/SIVEP-MALÁRIA

Quadro 10 – Distribuição do número de Casos de Malária e IPA, por ano e por Dsei – Core-RO, 2002 a 2007

		2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Dsei Porto Velho</b>	População	7.003	7.276	7.553	7.789	8.353	8.963
	Casos	391	184	555	1.090	1.302	1.494
	IPA	55,8	25,3	73,5	139,9	155,9	166,7
	Variação IPA	-16,7	-55,0	163,2	90,4	11,4	-6,9
<b>Dsei Vilhena</b>	População	5.82	5.304	5.526	5.770	5.976	6.302
	Casos	16	1	957	198	235	59
	IPA	3,1	0,2	173,2	34,3	39,3	9,4
	Variação IPA	-63,1	-93,5	87450,0	-80,2	14,6	-76,2

Fonte: SIASI/SIVEP-MALÁRIA

O Dsei Vilhena registrou acentuada redução no número de casos. Em 2006 foram 235 casos e IPA de 39,3/1.000 hab. Em 2007 reduziu para 59 casos e IPA de 9,4/1.000 hab., sendo 76,2% menor que o ano anterior.

No Dsei Porto Velho o IPA que foi de 155,9 hab 2006, aumentou em 6,9, registrando um IPA de 166,7/1.000 em 2007.

Considerando o ocorrido nos 2 Dseis, a meta da Core que era alcançar um IPA de 101,9, ficou em 101,7/1.000 hab.

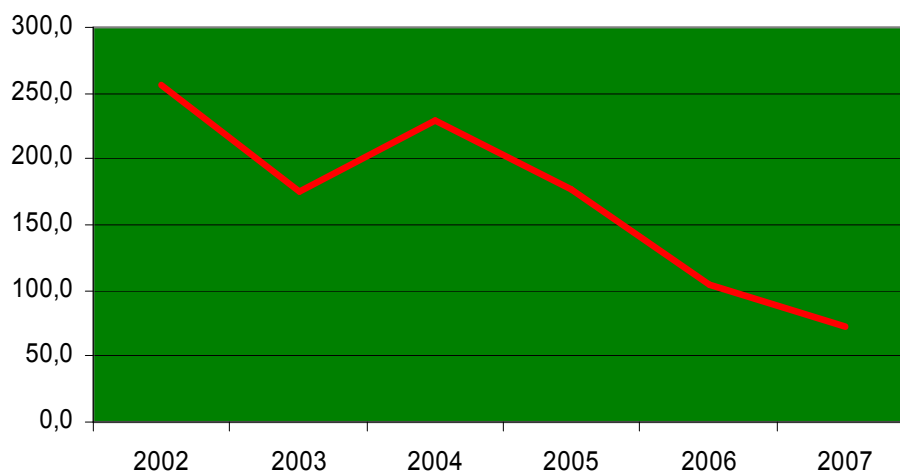
Nesse ano de 2007, então, foram registrados 1.553 casos, nesta regional, e **IPA de 101,7/1000 hab., 5,2% menor que 2006 que apresentou IPA de 107,3**, total de casos 1.537.

Apesar da redução no Dsei Vilhena o alcance da meta não foi satisfatório face o aumento de 6,9 % no Dsei Porto Velho.

**Obs.:** Os dados de tuberculose e malária estão alterados, diferentes dos já enviados em outros relatórios (Plano Operacional e Monitoramento) em função de alteração nos dados populacionais dos 2 Dseis.

## Tuberculose

Gráfico 7 – Taxa de incidência de tuberculose bacilífera, na população indígena de Rondônia - 2002 a 2007



Fonte: SIASI/FUNASA/Livro de registro e controle de tratamento dos casos de tuberculose

Quadro 11 – Casos novos de tuberculose bacilíferos em áreas indígenas – Core – RO, 2002 a 2007

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
População	12.085	12.580	13.079	13.559	14.329	15.265
Casos novos	31	22	30	24	15	12
CI/100.000	256,5	174,9	229,4	177,0	104,7	72,1
Varição CI	148,4	-31,8	31,2	-22,8	-40,9	-31,2

Fonte: SIASI/FUNASA/Livro de registro e controle de tratamento dos casos de tuberculose

Quadro 12 – Casos novos de tuberculose bacilíferos em áreas indígenas por Dsei, 2002 a 2007

		2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Dsei Porto Velho</b>	População	7.033	7.276	7.553	7.789	8.353	8.963
	Casos novos	14	16	21	13	6	2
	CI/100.000	199,9	219,9	278,0	166,9	71,8	11,2
	Varição CI		10,0	26,4	-40,0	-57,0	-84,5
<b>Dsei Vilhena</b>	População	5.082	5.304	5.526	5.770	5.976	6.302
	Casos novos	17	6	9	11	9	10
	CI/100.000	334,5	113,1	162,9	190,6	150,6	158,7
	Varição CI	35,6	-66,2	44,0	17,1	-21,0	5,4

Fonte: SIASI/FUNASA/Livro de registro e controle de tratamento dos casos de tuberculose

Conforme gráfico e tabelas acima, é possível observar redução gradativa e acentuada nos casos de tuberculose. Nesse ano de 2007, foram notificados 10 casos bacilíferos (+) no Dsei Vilhena e 2 casos no Dsei Porto Velho, 12 casos na regional, representando um coeficiente de incidência de 72/100.000 hab. Em 2006 foram 15 casos notificados, coeficiente de 104,7/100.000 hab.

A meta pactuada pela Core, para 2007, foi redução da incidência em 10%, esperando um coeficiente de incidência de 94,2/100.000 hab, em relação a 2006 e registrou nesse ano 72,1/100.000 hab. Com base nos dados é possível verificar a redução em 31,2%.

Face à recomendação de aumento da detecção, e, considerando os índices elevados nas etnias *Surí* (66,5%) e *Riktbatksa* (22,3%), conforme quadro abaixo, o Dsei Vilhena registrou aumento de 11% no número de casos bacilíferos.

**Obs.:** Os dados de tuberculose e malária estão alterados, diferentes dos já enviados em outros relatórios (Plano Operacional e Monitoramento) em função de alteração nos dados populacionais dos 2 Dseis.

### Quadro 13 – Distribuição do número de casos novos de tuberculose por etnia DSEI Vilhena – 2000 à 2007

ETNIA	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Nº	%
SURUI	14	17	19	16	17	14	10	12	119	66,5
RIKBATKSA	00	04	04	01	06	06	13	06	40	22,3
CINTA LARGA	01	02	04	00	02	02	03	02	16	9,0
OUTROS	00	02	00	00	00	01	00	01	04	2,2
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>17</b>	<b>25</b>	<b>23</b>	<b>26</b>	<b>21</b>	<b>179</b>	<b>100,0</b>

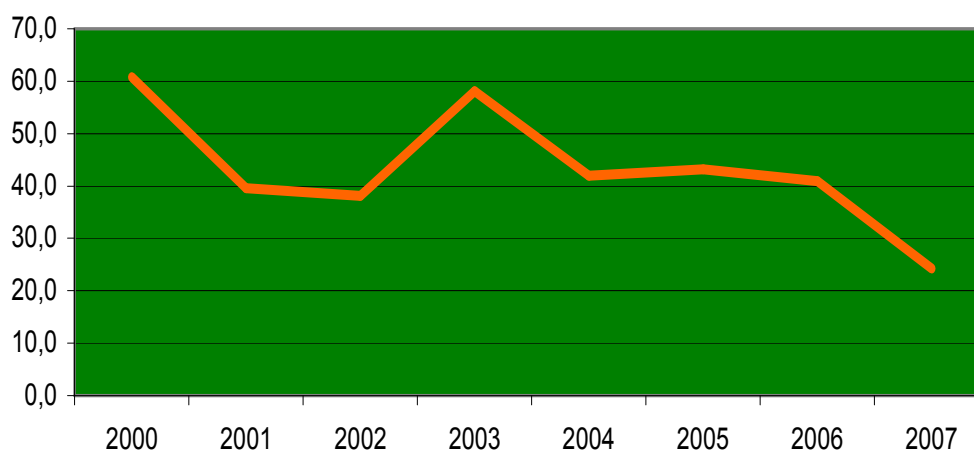
Fonte: SIASI/FUNASA/Livro de registro e controle de tratamento dos casos de tuberculose

### Mortalidade

As informações referentes ao número de óbitos ocorridos na população indígena são retiradas das declarações de óbitos (D.O). As DO de óbitos ocorridos nos municípios de referência são coletadas sistematicamente nos municípios e regionais de referência, conforme fluxo do sistema de informação, e digitadas no SIM – Sistema de informação de mortalidade, para melhor acompanhamento das informações, principalmente quanto a definição da causa básica do óbito.

Os esforços estão mais voltados para o enfrentamento das doenças diarréicas, doenças preveníveis por vacinação e desnutrição, problemas esses que estão mais presentes nas crianças no primeiro ano de vida, obtendo-se, dessa forma, a maior redução da mortalidade infantil, quando implementados os programas de assistência integral à gestante e a criança.

**Gráfico 8 – Coeficiente de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) em Área Indígena da CORE-RO, 2000 a 2007**



Fonte: SIM/SIASI

**Quadro 14 – Mortalidade Infantil na Saúde Indígena, por número de casos e coeficiente, Core-RO, 2000 a 2007**

Indicador	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Número de óbitos	27	15	15	27	19	22	20	14
Coeficiente (nº de óbitos em menores de 1 ano em 1000 nasc vivos)	60,8	39,6	38,2	58,1	41,9	43,2	40,9	24,3

SIM/SIASI

Pelas figuras acima observa-se redução acentuada na mortalidade infantil de 2006 para 2007. O Dsei Vilhena obteve uma redução de 42% e o Dsei Porto Velho de 33,3% em relação ao ano anterior.

A implementação das ações de acompanhamento à gravidez, parto e puerpério, a promoção de intervenções multisetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e de saúde das mulheres são fundamentais para a redução da mortalidade perinatal, bem como, garantir o nascimento seguro e a sobrevivência dos recém-nascidos, onde a assistência ao pré-natal, parto e puerpério assumem o papel central da assistência.

## Mortalidade Geral

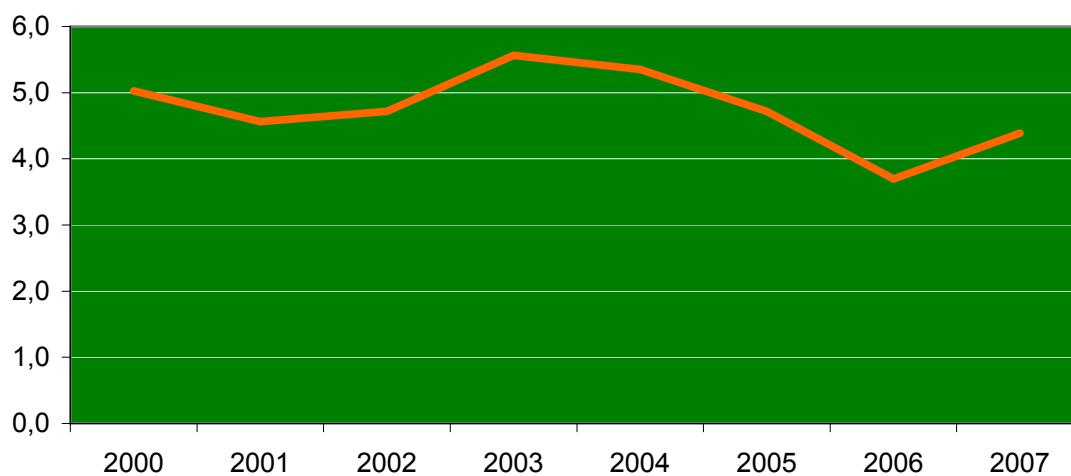
A mortalidade geral (total de óbitos em 1000 habitantes), que vinha apresentando redução nos últimos três anos, registrou leve aumento. O Dsei Porto Velho registrou 26,4% (4,1/1.000) de aumento em 2007, em relação ao ano anterior, 2006 (2,8/1.000). O Dsei Vilhena que teve incidência de 4,6 em 2006, manteve o índice em 4,7/1.000. Comparado à mortalidade da população não indígena da região, 6,14, observa-se um indicador um pouco inferior na população indígena, o que reflete a melhora na assistência e, conseqüentemente, melhora na qualidade de vida.

As principais causas de óbitos estão relacionadas às doenças infecciosas e parasitárias (septicemia, gastroenterite e diarreia), neoplasias, doenças endócrinas (diabete, desnutrição), doenças do aparelho circulatório (hipertensão e infarto), doenças do aparelho respiratório (pneumonia, doença pulmonar obstrutiva crônica) e afecções do período perinatal.

Nas figuras (gráfico e quadro) à seguir estão relacionados os coeficientes e informações gerais referente aos óbitos ocorridos de 2000 à 2007.



Gráfico 9 – Coeficiente de mortalidade Geral ( por 1.000 hab.) Área Indígena da CORE-RO, 2000 a 2007



SIM/SIASI

Quadro 15 – Mortalidade Geral, número de óbitos e coeficiente – Core-RO, 2000 a 2007

Indicador	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Número de óbitos	56	53	57	70	70	64	53	67
Coeficiente (Nº de óbitos em 1000 hab.)	5,0	4,6	4,7	5,6	5,4	4,7	3,7	4,4

SIM/SIASI

## Saneamento Ambiental

Para 2007, foram programadas por esta CORE/RO, em conjunto com os Distritos Sanitários Indígenas e Conselho Distrital Indígena, 63 aldeias com obras para implantação de sistemas de saneamento em áreas indígenas, com valor total estimado em R\$ 3.708.595,43.

Foram definidos 44 sistemas de abastecimento de água no valor total de R\$ 2.335.475,20, com 53 implantações de melhorias sanitárias no valor total de R\$ 1.373.120,23. Os planos de execução/custo e projetos das obras programadas foram elaborados pelos técnicos desta CORE/RO e encaminhados à Presidência/FUNASA para análise, aprovação e descentralização dos recursos. Parte dos recursos foi repassada no início do exercício e 26 obras foram contratadas no valor de R\$ 1.606.320,68, que tinham sido licitadas no final do exercício de 2006 com valor de R\$ 1.870.889,61, sendo 26 sistemas de abastecimento de água com 26 melhorias sanitárias. Com a sobra dos recursos repassados, foram licitadas mais 2 obras para implantação de sistemas de saneamento com valor de R\$ 265.103,85, e contratadas no valor de R\$ 217.971,80, sendo 2 sistemas de abastecimento de água com 2 melhorias sanitárias.

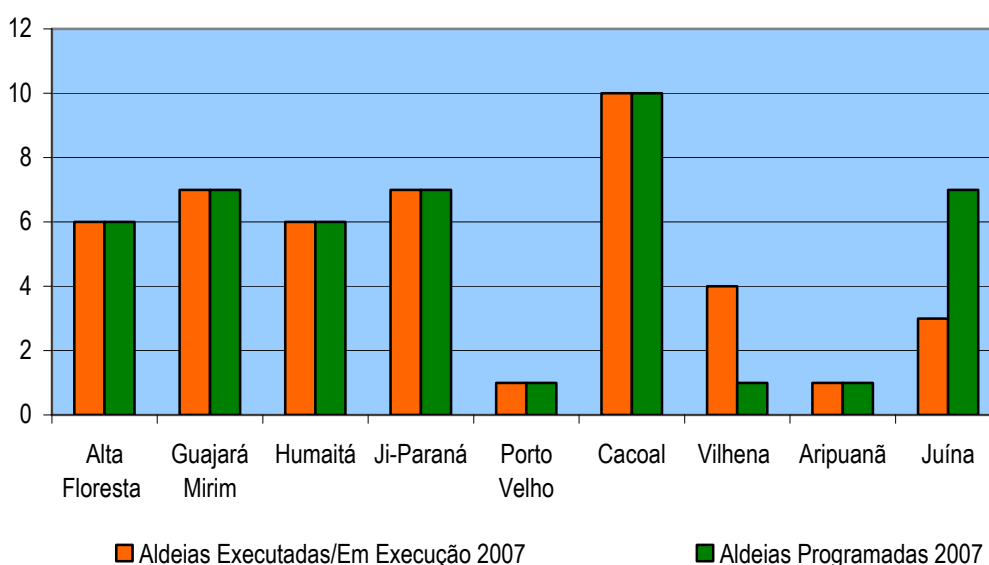
No segundo semestre, o restante dos recursos foram repassados e 35 obras foram licitadas com valor de R\$ 1.837.705,82. Contudo, só foram contratadas 18 obras no valor de R\$ 1.082.288,83, sendo 10 sistemas de abastecimento de água e 18 melhorias sanitárias. As aldeias que não foram beneficiadas com obras estão localizadas em áreas de difícil acesso, o que levou a falta de interesse das empresas participantes do processo licitatório. Não foi possível a realização de nova licitação por falta de tempo hábil no exercício de 2007. Essas aldeias farão parte da programação de 2008.

Foi programada a implantação de 21 sistemas de desinfecção de água em aldeias onde já existiam sistemas de abastecimento de água, com valor estimado em R\$ 226.000,00 para aquisição dos equipamentos e R\$ 43.700,18 para execução de bases em concreto para instalação dos equipamentos.

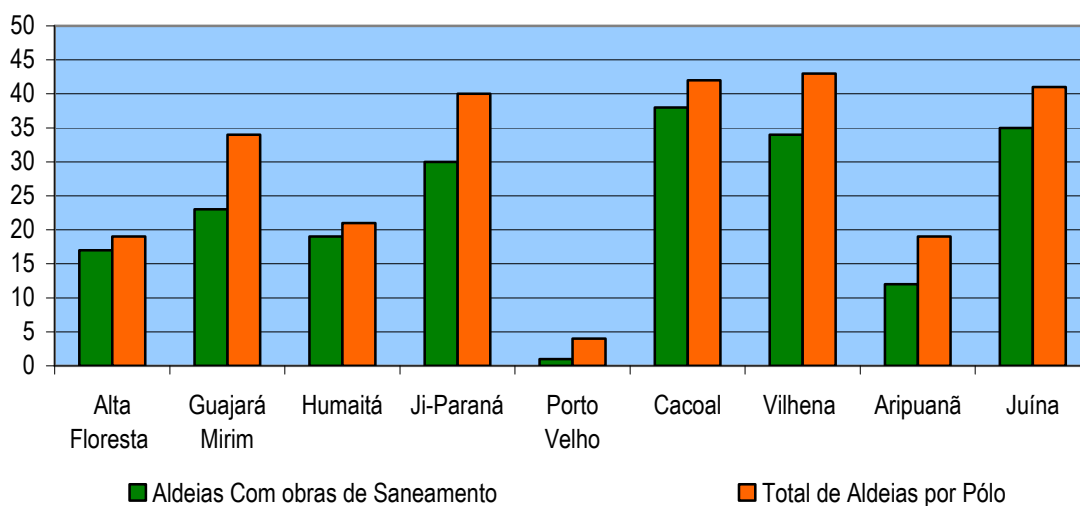
Os projetos e planilhas com os custos foram elaborados por esta CORE/RO e encaminhados à Presidência/FUNASA para análise, aprovação e descentralização dos recursos. No segundo semestre, os recursos foram repassados e os equipamentos foram adquiridos por R\$ 178.679,97. A licitação para execução das bases foi efetuada, porém não houve empresas interessadas.

No início do exercício de 2007, foi elaborada por esta CORE/RO a programação para **custeio** das ações de manutenção dos sistemas de saneamento implantados no valor de R\$ 2.000.000,00. Despesas com deslocamentos dos técnicos envolvidos nas ações, que são: cinco engenheiros, seis supervisores de AISAN, cinco técnicos supervisores do contrato de manutenção dos sistemas e oito motorista, no valor de R\$ 377.945,20. As planilhas com a programação foram enviadas à Presidência/FUNASA para análise e aprovação. Os recursos foram descentralizados e consumidos no decorrer do exercício, conforme programado.

**Gráfico 10 – Ações de saneamento nas aldeias – Programadas x Executadas por Polo Base**



**Gráfico 11 – Aas ações de saneamento nas aldeias – Aldeias com obras x total de aldeias por Pólo Base**



Quadro 16 – Resumo das metas

Programado		Realizado	
Física	Financeira	Física	Financeira
<p><b>Ação 6501 - Atenção à Saúde dos Povos Indígenas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alcançar cobertura vacinal adequada nos 2 Dseis, (em pelo menos 50% das aldeias)</li> <li>2. Reduzir o índice de parasitemia da malária em 5% em relação ao ano anterior – de 122,1 para 116,0 /1.000 hab</li> <li>3. Implementar o Programa de DST/AIDS nos 2 Dseis</li> <li>4. Implementar estratégias para a resolutividade das ações de Saúde Bucal nos 2 Dseis</li> <li>5. Implementar ações de atenção integral a saúde da mulher e da criança nos 2 Dseis</li> </ol>	R\$ 10.218.020,00	<p><b>Ação 6501 – Atenção à Saúde dos Povos Indígenas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2 Dseis com cobertura vacina adequada</li> <li>2. IPA: 102,0/1.000 hab.</li> <li>3. 2 Dseis com programa implementado</li> <li>4. 2 Dseis com ações e serviços implementados</li> <li>5. 2 Dseis com ações e serviços implementados</li> </ol>	R\$ 11.023.358,88

<p>6. Reduzir a incidência de tuberculose pulmonar em 10% em relação ao ano anterior – de 113,8 para 102,4/100.000</p> <p>7. Intensificar as ações de controle das doenças crônicas e degenerativas nos 2 Dseis</p> <p>8. Implementar as ações de controle do Tracoma</p> <p>9. Implementar o Sistema de Vigilância e Segurança Alimentar e Nutricional</p>		<p>6. Incidência: 72,5/100.000 hab.</p> <p>7. 2 Dseis com ações intensificada</p> <p>8. Dsei (Vilhena) com ações implementadas</p> <p>9. 2 Dseis com sistema implementado</p>	
<p><b>Ação 7656 - Implantação, Ampliação ou Melhoria do Serviço de Saneamento em Áreas Rurais, em Áreas Especiais (Quilombos, Assentamentos e Reservas Extrativistas) e em Localidades com População Inferior a 2.500 Habitantes para Prevenção e Controle de Agravos.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantar 185 módulos sanitários na Reserva Extrativista Lago do Cuniã e nos Assentamentos Chico Mendes e Porto Murtinho</li> </ul>	R\$ 1.290,786,36	<p><b>Ação 7656 - Implantação, Ampliação ou Melhoria do Serviço de Saneamento em Áreas Rurais, em Áreas Especiais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obras contratadas para implantação de 185 módulos sanitários na Reserva Extrativista Lago do Cuniã e assentamento Chico Mendes e Porto Murtinho</li> </ul>	R\$ 1.164,373,60

<p><b>Ação 7684 – Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção e Controle de Agravos.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantar 63 sistemas de saneamento em aldeias indígenas do Dsei Porto Velho e Vilhena</li> </ul>	R\$ 3.708.295,43	<p><b>Ação 7684 – Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção e Controle de Agravos.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 22 (48%) Obras executadas e 24 em execução.</li> </ul>	R\$ 2.906,581,31
---	------------------	--	------------------

\* Dos 63 sistemas previsto para esse ano, apenas 46 foram contratados e estão em execução, com algumas (22) concluídas No processo licitatório para implantação dos sistemas nas aldeias, poucas empresas participaram. Foram contratadas 46 obras, e 17 obras não foram contratadas por falta de interesse das empresas participantes, que alegaram, como justificativa, as dificuldades de acesso às aldeias para execução das obras

## Recursos Orçamentários Financeiros

Para o exercício de 2007, foi definido um teto para esta Core, para o custeio da Saúde Indígena, no valor de R\$ 10.218.020,00 (Dez milhões, duzentos e dezoito mil e vinte centavos), divididos em R\$ 4.833.405,00, para o DSEI/PVH e R\$ 5.384.615,00, para o DSEI/VIL, valor baixo do pleiteado pela Coordenação, cuja previsão era de R\$ 11.118.837,00 (Onze milhões, cento e dezoito mil, oitocentos e trinta e sete reais).

A Core já vinha com um déficit orçamentário de R\$ 158.528,97, do exercício de 2005, que comprometeu o exercício de 2006, como despesas de exercício anterior. R\$ 894.620,46 de despesas do exercício de 2006, comprometendo o orçamento do exercício de 2007. Importante lembrar que as despesas citadas (exercícios anteriores) foram pagas com o orçamento destinado ao exercício, haja vista a não liberação de créditos específicos a título de reconhecimento de dívidas de exercícios passados.

Caso as despesas oriundas de exercícios anteriores tivessem sido quitadas a partir do exercício de 2005, o incremento ao Teto Orçamentário dos DSEI da CORE-RO, que passou de aproximadamente R\$ 9.500.000,00 no exercício de 2005 para R\$ 10.218.020,00 no exercício de 2007, não teria resolvido plenamente a situação, pois a necessidade de teto da CORE para os dois DSEI está bem acima do estabelecido pelo DESAI, mas com certeza não existiria nenhum débito de exercício passado, comprometendo o orçamento do atual exercício, como ocorre atualmente, haja vista que a CORE tem buscado se adequar ao teto estabelecido no exercício de 2007.

Referente ao recurso para despesas com diária e deslocamento, no exercício de 2006 a Core trabalhou com um orçamento na ordem de R\$ 1.100.000,00 (hum milhão e cem mil reais), que foi incrementado em mais R\$ 200.000,00 (duzentos mil) no final do exercício, totalizando R\$ 1.300.000,00 (hum milhão e trezentos mil reais), para despesas com diárias, passagens e despesas com locomoção. Foi solicitada, para o exercício de 2007, a manutenção desse teto.

A determinação do Nível Central, porém, foi de que o teto para o exercício de 2007 seria de R\$ 710.000,00 (setecentos e dez mil reais), muito abaixo do utilizado no exercício anterior. Considerando o aumento das atividades, num processo gradativo de evolução de implementação das ações, a redução do teto provocou retrocesso no acompanhamento das atividades, causando grande desgaste junto às áreas técnicas da Core, que tiveram que suspender ou reduzir suas ações.

Referente ao uso do Suprimento de Fundos, face a oferta insuficiente e a longa espera para procedimentos médicos-hospitalares na rede pública de saúde dessa região, em algumas situações de emergência, a Core é obrigada a comprar o serviço, o que não é raro. Nesses casos, faz-se uso de Suprimento de Fundos, com base na Portaria n. 877, de 20 de junho de 2006, para custear as despesas emergenciais do atendimento a saúde indígena, conforme inciso I e IV artigo 3º da referida Portaria. Porém, pela falta de oferta do serviço na rede pública, sendo a necessidade um caso de emergência, devidamente testado e justificado pelo médico e declarado pelas Secretarias de Saúde a indisponibilidade do serviço, a utilização dessa alternativa tem se tornado uma constante. Além do uso do suprimento de fundo, houve procedimentos cirúrgicos que foram pagos por meio de processos licitatórios, na modalidade Dispensa de Licitação e Pregão Presencial.

A indisponibilidade de recurso orçamentário-financeiro, para atender as necessidades reais da ação de atenção à saúde indígena, resulta também na insuficiência de material de consumo e permanente para a implementação dos programas.

**Quadro 17 – Resumo da execução orçamentária por área**

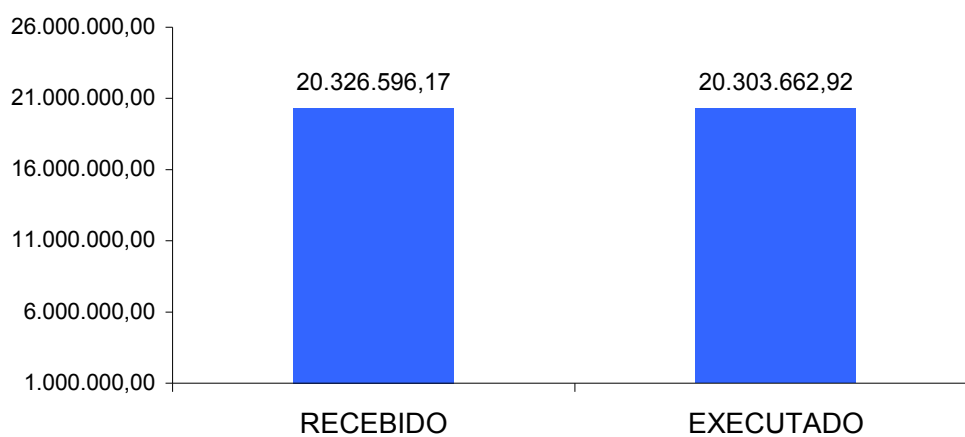
<b>SETOR</b>		<b>RECEBIDO</b>	<b>EXECUTADO</b>
<b>ADMINIST.</b>	Custeio	1.871.590,02	1.871.590,02
	Capital	115.763,68	115.763,68
	Investimento		
<b>CAPACITAÇÃO</b>	Custeio	75.611,17	75.611,17
	Capital	14.610,61	14.610,61
	Investimento		
<b>PROFORMAR</b>	Custeio	13.310,06	13.310,06
	Capital		
	Investimento		
<b>SAÚDE INDÍGENA</b>	Custeio	11.023.358,88	11.023.358,88
	Capital	257.721,87	257.721,87
	Investimento	120.614,22	120.614,22
<b>SANEAMENTO</b>	Custeio	1.994.630,49	1.994.630,49
	Capital	386.702,88	386.702,88
	Investimento	4.093.888,31	4.070.955,06
<b>INFORMÁTICA</b>	Custeio		
	Capital	58.552,92	58.552,92
	Investimento		



VIGISUS	Custeio	130.186,54	130.186,54
	Capital	127.151,29	127.151,29
	Investimento		
EDU. SAÚDE	Custeio	42.903,23	42.903,23
	Capital		
	Investimento		
<b>TOTAL</b>		20.326.596,17	20.303.662,92

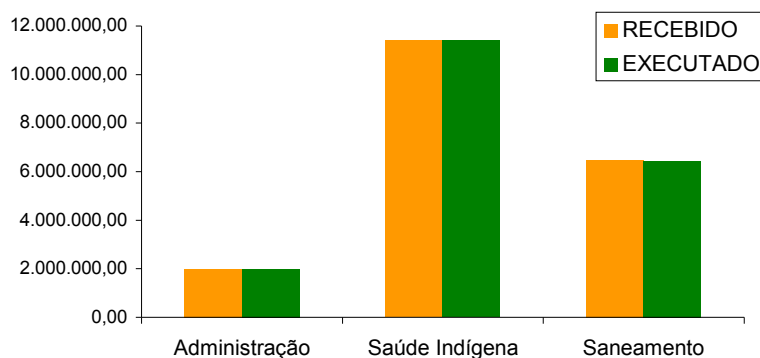
Fonte: SIAFI/FUNASA

Gráfico 12 – Execução orçamentária da Core, 2007



Fonte: SIAFI/FUNASA

Gráfico 13 – Execução orçamentária por área - Core-Ro, 2007



Fonte: SIAFI/FUNASA



## Anexos

1. Planilha de despesas com custeio da Core-RO, 2007
2. Mapa Área de abrangência da Core-RO na gestão da Saúde Indígena
3. Mapa Área de abrangência do Dsei Porto Velho
4. Mapa Área de abrangência do Dsei Vilhena
5. Fluxo de atendimento da população indígena

## V – Desempenho Operacional

Não estão ainda estabelecidos oficialmente na Funasa indicadores de desempenho operacional, conforme orientação constante na Norma de Execução nº 05, de 28 de dezembro de 2007, item 5. Está prevista implantação de novo modelo de avaliação institucional nesse ano de 2008, que institui esses indicadores, considerando a **eficiência**, a **eficácia** e a **efetividade**.

No entanto, a Funasa se utiliza de alguns indicadores que servem como parâmetros para avaliar o desempenho operacional, que no caso desse relatório de gestão, foram considerados alguns desses indicadores, como os seguintes:

- ✓ **Coeficiente de mortalidade infantil:** número de óbitos de crianças indígenas menores de 1 ano, dividido por 1.000 nascidos vivos (Saúde Indígena);
- ✓ **Cobertura dos serviços de saneamento na área indígena:** população indígena beneficiada por serviços de saneamento dividido pela população indígena de abrangência (Saúde Indígena);
- ✓ **Capacidade de implementação do Plano Operacional:** número de ações do Plano Operacional da Core realizadas dividido pelo total de ações previstas (Gestão);
- ✓ **Execução do orçamento descentralizado:** recursos empenhados no exercício, dividido pelo total de recursos recebidos pela Core (Gestão).

## VI – Previdência Complementar Patrocinada

Não se aplica à Core.

## VII – Instituições Beneficiadas por Renúncia Fiscal

Não se aplica à Core.

## VIII – Operações de Fundos IX – Conteúdos Específicos por UJ ou Grupo de Unidades Afins (conforme Anexos II e X da DN-TCU-85/2007)

Não se aplica à Core.

Anexo A - Demonstrativo de tomadas de contas especiais (conforme item 12 do conteúdo geral por natureza jurídica do Anexo II da DN-TCU-85/2007)

Anexo B - Demonstrativo de perdas, extravios ou outras irregularidades (conforme item 13 do conteúdo geral por natureza jurídica do Anexo II da DN-TCU-85/2007)

Anexo C - Despesas com cartão de crédito corporativo (conforme item I-1.8 do Anexo X da DN-TCU-85/2007)

Anexo D - Recomendações de órgãos de controle (conforme item 9 do conteúdo geral por natureza jurídica do Anexo II da DN-TCU-85/2007)

Anexo E - Demonstrativo de transferências realizadas no Exercício  
(conforme item I-1.3 do Anexo X da DN-TCU - 85/2007)

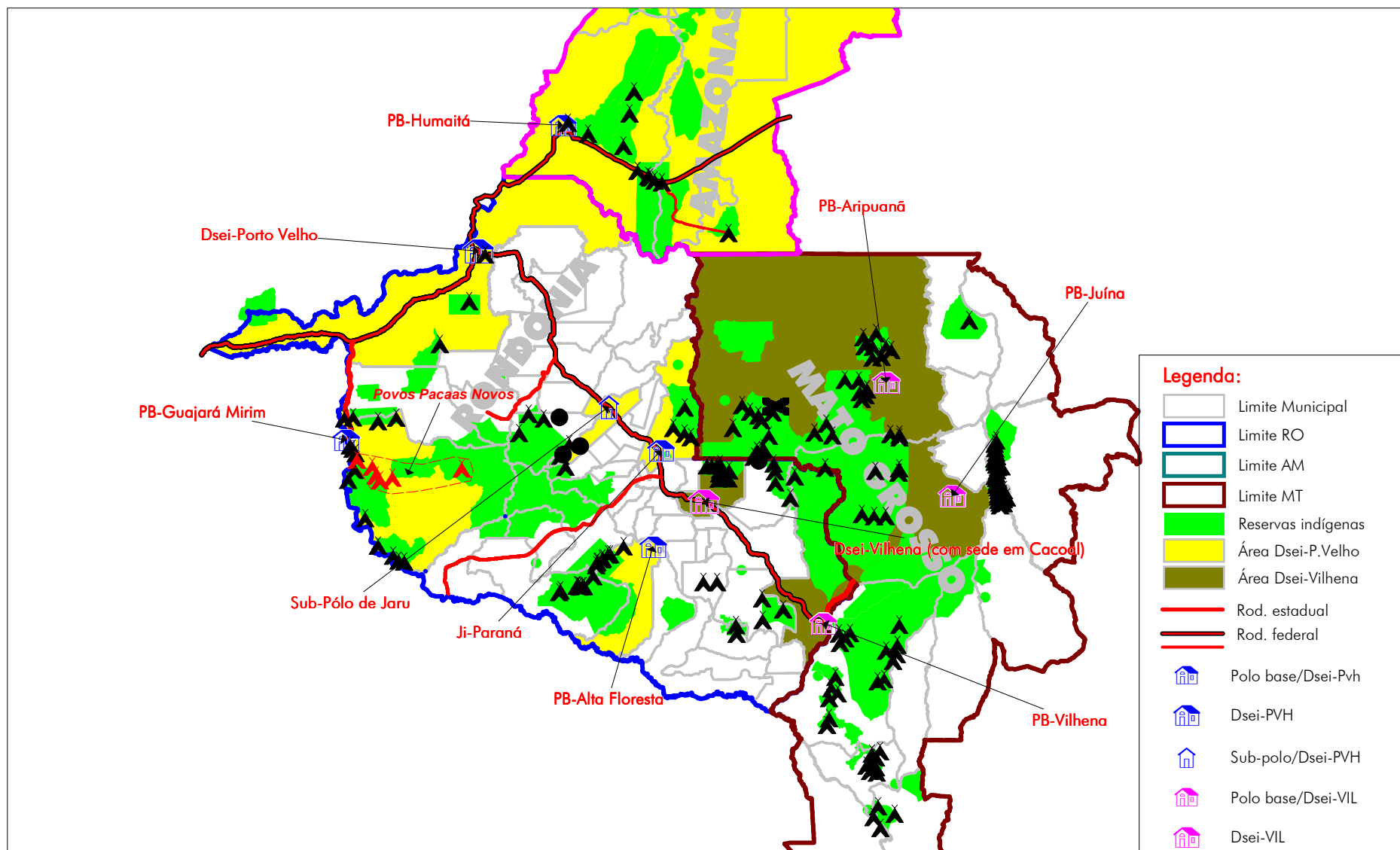
Não se aplica à Core.



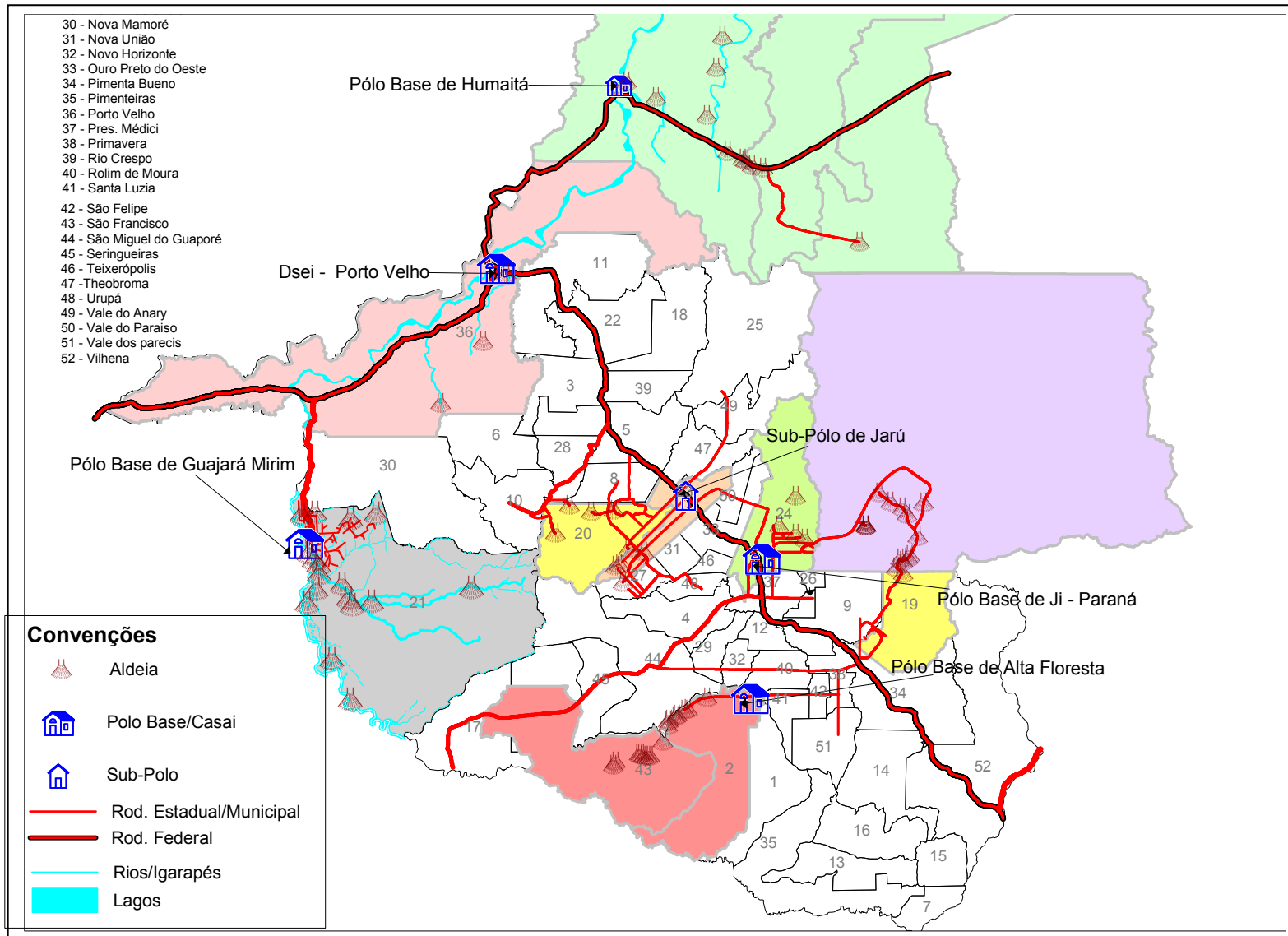
ANEXO 1 – DESPESAS DE CUSTEIO 2007

DESPESAS DE CUSTEIOS PAGAS NO EXERCÍCIO 2007.									
DESPESAS	MANUTEN	DSEI/PVH	DSEI/VIL	DIESP	VIGISUS	PROFORMAR	EDUCAÇÃO	CAPACITAÇÃO	TOTAL
DIÁRIAS - 3339014.14	217.006,55	108.525,31	120.364,66	209.372,40	1.240,40	3.481,46	30.343,42	37.451,79	727.785,99
COMBUSTÍVEL E LUBRIFICANTES AUTOMOTIVOS - 3339030.01	149.771,45	321.821,64	244.817,94	118.223,04	8.954,70	4.223,64	-	649,85	848.462,26
GÁS E OUTROS MATERIAIS ENGARRAFADOS - 3339030.04	2.774,00	1.687,00	7.402,80	-	-	-	80,00	-	11.943,80
GENÉROS DE ALIMENTAÇÃO - 3339030.07	8.802,01	130.198,51	170.738,41	-	-	-	2.803,09	-	312.542,02
MATERIAL FARMACOLÓGICO - 3339030.09	-	27.061,09	203.976,98	-	-	-	-	-	231.040,07
MATERIAL ODONTOLÓGICO - 3339030.10	-	135,00	-	-	-	-	-	-	135,00
MATERIAL QUÍMICO - 3339030.11	-	230,00	-	-	-	-	-	-	230,00
MATERIAL EDUCATIVO E ESPORTIVO - 3339030.14	3.086,50	-	-	-	-	-	-	-	3.086,50
MATERIAL DE EXPEDIENTE - 3339030.16	10.537,14	10.671,84	69,50	2.421,19	4.811,64	1.354,26	1.087,99	1.796,63	32.750,19
MATERIAL DE PROCESSAMENTO DE DADOS - 3339030.17	12.272,30	191,00	6.620,00	62,00	90,00	912,00	-	343,65	20.490,95
MATERIAL DE ACONDICIONAMENTO E EMBALAGEM - 3339030.19	-	2.309,47	7.562,10	-	1.790,00	-	15,75	-	11.677,32
MATERIAL DE CAMA, MESA E BANHO - 3339030.20	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MATERIAL DE COPA E COZINHA - 3339030.21	-	799,51	8.017,98	-	-	332,00	269,00	-	9.418,49
MATERIAL DE LIMPEZA E PROD. DE HIGIENIZAÇÃO - 3339030.22	207,09	523,21	10.347,80	-	-	-	428,02	-	11.506,12
UNIFORMES, TÊCIDOS E AVIAMENTOS - 3339030.23	9.170,96	10.437,50	2.508,64	2.240,00	-	-	-	-	24.357,10
MATERIAL P/ MANUTENÇÃO DE BENS IMÓVEIS/INST. - 3339030.24	159.814,14	5.204,14	1.495,50	7.354,50	-	156,10	474,62	-	174.499,00
MATERIAL P/ MANUTENÇÃO DE BENS MÓVEIS - 3339030.25	23.698,24	14.268,45	26.803,47	606,29	-	-	-	-	65.376,45
MATERIAL ELÉTRICO E ELETRÔNICO - 3339030.26	8.956,39	7.352,29	3.261,67	174.205,03	-	-	-	-	193.775,38
MATERIAL DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA - 3339030.28	19,00	1.383,65	7.834,86	1.450,06	-	-	-	-	10.687,57
MATERIAL PARA COMUNICAÇÕES - 3339030.30	-	-	-	-	-	-	660,00	-	660,00
SEMENTES, MUDAS DE PLANTAS E INSUMOS - 3339030.31	-	-	-	-	-	-	1.176,00	-	1.176,00
MATERIAL LABORATORIAL - 3339030.35	-	2.954,24	-	-	-	-	-	-	2.954,24
MATERIAL HOSPITALAR - 3339030.36	-	4.890,55	2.185,00	-	392,79	-	-	-	7.468,34
MATERIAL P/ MANUTENÇÃO DE VEÍCULOS - 3339030.39	107.797,42	215.624,97	523.674,86	124.333,88	-	1.916,00	-	-	973.347,13
FERRAMENTAS - 3339030.42	-	31,50	329,74	7.835,66	-	-	491,64	-	8.688,54
MATERIAL P/ REABILITAÇÃO PROFISSIONAL - 3339030.43	9.730,00	-	1.000,00	-	-	-	-	-	10.730,00
MATERIAL DE SINALIZAÇÃO VISUAL E OUTROS - 3339030.44	890,00	-	-	-	-	-	972,00	-	1.862,00
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO - 3339030.46	170,00	-	-	-	-	-	-	-	170,00
PASSAGENS PARA O PAÍS - 3339033.01	6.358,26	54.800,90	134.580,48	11.073,42	2.073,92	-	-	13.481,60	222.368,58
LOCAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE - 3339033.03	-	17.650,02	3.349,98	-	-	-	-	-	21.000,00
MUDANÇAS EM OBJETO DE SERVIÇO - 3339033.04	10.280,00	-	-	-	-	-	-	-	10.280,00
DIÁRIAS A COLABORADORES EVENTUAIS NO PAÍS - 3339036.02	2.000,00	23.246,77	42.092,52	8.873,62	6.550,32	-	-	-	82.763,23
LOCAÇÃO DE IMÓVEIS (PESSOA FÍSICA) - 3339036.15	-	15.200,00	5.700,00	-	-	-	-	-	20.900,00
FORNECIMENTO DE ALIMENTAÇÃO - 3339036.23	-	175,00	1.500,00	-	-	-	-	-	1.675,00
APOIO ADMIN., TÉCNICO E OPER. (MOTOR, TERC.) - 3339037.01	-	495.406,37	376.131,58	-	-	-	-	-	871.537,95
LIMPEZA E CONSERVAÇÃO - 3339037.02	106.543,51	342.399,68	527.867,29	-	-	-	-	-	976.810,48
VIGILÂNCIA OSTENSIVA - 3339037.03	107.967,12	771.722,37	597.468,87	49.491,37	-	-	-	-	1.526.649,73
ASSINATURAS DE PERIÓDICOS E ANUIDADES - 3339039.01	6.930,00	-	-	-	-	-	-	-	6.930,00
SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS - 3339039.05	-	6.050,00	2.000,00	-	-	-	-	-	8.050,00
LOCAÇÃO DE IMÓVEIS (PESSOA JURÍDICA) - 3339039.10	-	67.129,25	42.223,25	123.681,00	-	-	-	-	233.033,50
LOCAÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS - 3339039.12	200,00	-	-	-	-	-	-	-	200,00
MANUTENÇÃO E CONSERV. DE BENS IMÓVEIS - 3339039.16	39.999,04	3.719,00	170,00	4.251,70	-	-	-	-	48.139,74
MANUTENÇÃO E CONSERV. DE MÁQ. E EQUIP. - 3339039.17	30.096,89	10.427,88	8.449,64	784.330,58	-	-	-	-	833.304,99
MANUTENÇÃO E CONSERV. DE VEÍCULOS - 3339039.19	38.078,13	111.659,58	201.974,61	-	-	924,60	-	-	352.636,92
MANUTENÇÃO E CONSERV. DE BENS MÓV. OUTRAS NAT. - 3339039.20	4.306,25	1.150,00	1.171,60	-	-	-	-	-	6.627,85
FORNECIMENTO DE ALIMENTAÇÃO - 3339039.41	194.092,66	1.097.270,91	1.201.391,37	-	-	-	-	-	2.492.754,94
SERVIÇOS DE ENERGIA ELÉTRICA - 3339039.43	144.599,01	96.773,22	122.420,56	260,58	-	-	-	-	364.053,37
SERVIÇOS DE ÁGUA E ESGOTO - 3339039.44	4.191,73	50.364,65	12.292,09	-	-	-	-	-	66.848,47
SERVIÇOS DOMÉSTICOS (LAVANDERIA) - 3339039.46	-	96.133,77	122.222,41	-	-	-	-	-	218.356,18
SERVIÇOS DE COMUNICAÇÃO EM GERAL - 3339039.47	32.957,80	6.621,05	6.368,76	-	-	-	-	-	45.947,61
SERVIÇOS DE SELEÇÃO E TREINAMENTO - 3339039.48	-	-	-	-	-	-	-	5.910,00	5.910,00
SERVIÇOS MÉDICO-HOSP., ODONT. E LABORAT. - 3339039.50	3.500,00	25.517,80	97.158,50	-	-	-	-	-	126.176,30
SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES - 3339039.58	104.078,89	95.586,14	225.944,70	12.502,05	-	-	-	-	438.111,78
SERVIÇOS DE ÁUDIO VÍDEO E FOTO - 3339039.59	63,60	50,00	-	-	-	-	-	-	113,60
SERVIÇOS DE SOCORRO E SALVAMENTO - 3339039.61	-	-	15.500,00	-	-	-	-	-	15.500,00
SERVIÇOS GRÁFICOS E EDITORIAIS - 3339039.63	200,00	20,00	-	560,00	-	-	-	-	780,00
SERVIÇOS FUNERÁRIOS - 3339039.67	-	30.969,40	54.355,30	-	-	-	-	-	85.324,70
SEGUROS EM GERAL - 3339039.69	23.314,21	518,26	-	3.491,75	-	-	-	-	27.324,22
FRETES E TRANSP. DE ENCOMENDAS - 3339039.74	-	25.650,00	18.345,00	-	-	-	-	-	43.995,00
HOSPEDAGENS - 3339039.80	-	333.254,68	109.329,72	-	-	-	-	-	442.584,40
SERVIÇOS DE CÓPIAS E REPRODUÇÃO DE DOCUMENTOS - 3339039.83	56.725,15	32.804,29	15.412,23	5.104,08	-	-	-	10.900,65	120.946,40
MANUT. CONS. EQUIP. DE PROC. DE DADOS - 3339039.95	57.782,52	8.519,80	2.275,00	-	-	-	-	-	68.577,32
DESPESAS DE TELEPROCESSAMENTO - 3339039.97	4.735,36	1.380,36	3.500,00	-	-	-	-	-	9.615,72
<b>TOTAL</b>	<b>1.703.703,32</b>	<b>4.688.472,02</b>	<b>5.300.209,37</b>	<b>1.651.724,20</b>	<b>25.903,77</b>	<b>13.300,06</b>	<b>38.801,53</b>	<b>70.534,17</b>	<b>13.492.648,44</b>

ANEXO 2 – ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA CORE-RO NA GESTÃO DE SAÚDE INDIGENA

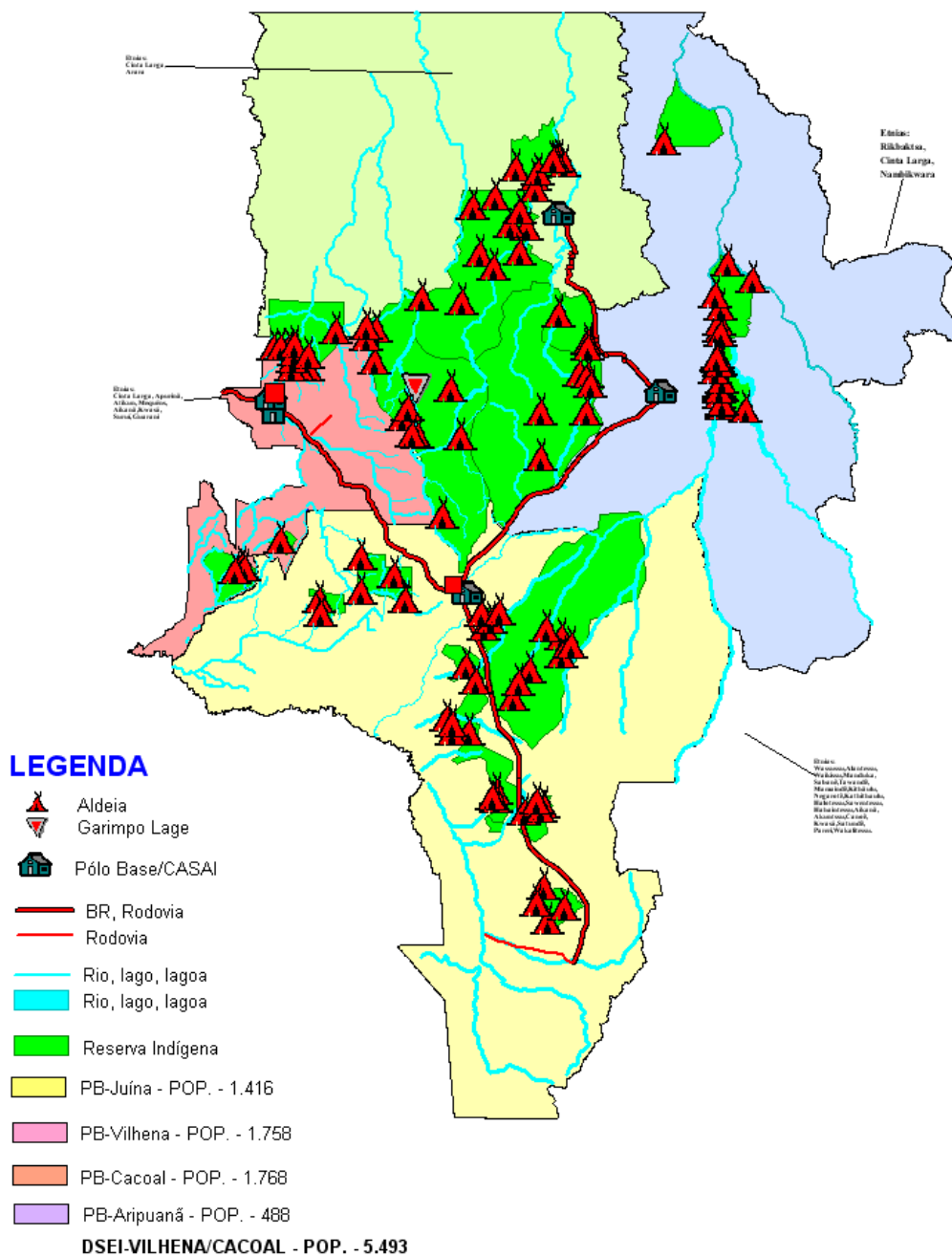


### ANEXO 3 – ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO DSEI/PORTO VELHO-RO



ANEXO 4 – ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO DSEI/VILHENA

**DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA  
DE VILHENA/CACOAL**



## ANEXO 5 – FLUXO DE ATENDIMENTO À POPULAÇÃO INDÍGENA

O fluxo dos serviços se orienta a partir dos postos de saúde que se localizam nas aldeias, sob responsabilidade do agente indígena de saúde que desenvolve ações básicas de saúde e encaminha pacientes para outras referências, 1ª referência.

A 2ª referência é o posto de saúde dotado de equipamentos básicos para atendimento e sob responsabilidade de uma auxiliar de enfermagem, estes postos de saúde estão localizados em área de difícil acesso e em localidades onde é necessário o desenvolvimento de ações continuadas, principalmente em relação a desnutrição, tuberculose e áreas próximas ao garimpo. Estas referências servem de apoio para as equipes multidisciplinares na ocasião das visitas regulares às aldeias.

A 3ª referência é a casa de saúde do índio, para onde são encaminhados os casos que necessitam atendimentos mais especializados.

Nesta referência são realizados atendimentos médicos, de enfermagem e odontológicos e os casos mais graves são encaminhados para referências hospitalares locais na rede do SUS ou rede particular (4ª referência), quando o SUS não oferecer os serviços necessários ou para outras referências dotadas de serviços de maior complexidade.

Quando os pacientes recebem altas hospitalares, retornam para as casas de saúde onde são acompanhados e terminam as medicações prescritas até ser possível o seu retorno para as aldeias.

