

# RELATÓRIO DE GESTÃO 2006 CORE/RO

GESTÃO ADMINISTRATIVA

**FUNASA**  
FUNASA

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO REGIONAL DE RONDÔNIA



Ministério da Saúde  
Fundação Nacional de Saúde

## SUMÁRIO

I – INTRODUÇÃO	03
II – CONTEXTUALIZAÇÃO	07
III – SAÚDE INDÍGENA	09
3.1. Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei) de Porto Velho	09
3.2. Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei) de Vilhena	29
IV – SANEAMENTO AMBIENTAL	69
4.1. Divisão de Engenharia de Saúde Pública – Diesp	69
V – AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	80
VI – AÇÕES DE CAPACITAÇÃO	84
VII – CRÉDITOS INVESTIDOS	85
VIII – ANEXOS	88



Ministério da Saúde  
Fundação Nacional de Saúde  
Coordenação Regional de Rondônia  
Assessoria de Planejamento

## I – INTRODUÇÃO

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*, tem no seu Plano Estratégico a definição de sua missão, diretrizes e objetivos estratégicos, em consonância com os eixos prioritários do governo federal, com base no Plano Plurianual (PPA) e Plano Nacional de Saúde (PNS).

Missão: <b>“Promover a inclusão social por meio de ações de saneamento ambiental e de ações de atenção integral à saúde dos povos indígenas, com excelência na gestão e em consonância com o Sistema único de Saúde”.</b>	
Diretrizes	Objetivos Estratégicos
<b>Diretriz 1</b> – Promover a atenção integral à saúde dos povos indígenas, respeitando as especificidades etnoculturais e geográficas, atuando intersetorialmente com outras instâncias de governo no âmbito do SUS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduzir os indicadores de morbimortalidade das populações indígenas;</li> <li>• Assegurar modelo de gestão e execução que garanta a excelência na atenção à saúde indígena, contemplando as especificidades locais.</li> </ul>
<b>Diretriz 2</b> – Fomentar ações sustentáveis de engenharia de saúde pública e de saneamento ambiental integradas às diretrizes do SUS e à política de saneamento do Governo Federal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar e implementar ações de saneamento ambiental para prevenção e controle de doenças em populações vulneráveis (assentados, remanescentes de quilombos, entre outros), nas comunidades indígenas e nos municípios de até 30 mil habitantes, prioritariamente;</li> <li>• Fomentar ações de engenharia de saúde pública para prevenção e controle de doenças;</li> <li>• Fomentar ações de monitoramento e de controle da qualidade da água para consumo humano.</li> </ul>
<b>Diretriz 3</b> – avançar no processo de integração com outras instâncias do governo e da sociedade civil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter participação ativa nos órgãos de controle social;</li> </ul>

<p>potencializando suas ações, garantindo a participação popular, o controle social e a consolidação do SUS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir o acompanhamento contínuo dos projetos da Funasa pelos órgãos de controle social.</li> </ul>
<p><b>Diretriz 4</b> – Estabelecer uma política de gestão de pessoas com valorização e qualificação permanente voltada à especificidade da Funasa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participar da formulação da política de recursos humanos para o SUS, implementando-a na Funasa em consonância com suas diretrizes políticas;</li> <li>• Implementar Plano de capacitação na Funasa;</li> <li>• Implementar política de saúde do trabalhador efetiva na Funasa em consonância com as diretrizes do SUS.</li> </ul>
<p><b>Diretriz 5</b> – Promover a reestruturação organizacional da Funasa, assegurando a moralidade e transparência administrativa, a efetivação de sua missão e a implementação de suas diretrizes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer procedimentos e rotinas para áreas meio e finalísticas, descentralizar poderes e competências e garantir recursos para o desenvolvimento das atividades da Funasa;</li> <li>• Implementar gestão democrática e participativa criando instâncias colegiadas de decisão e garantindo o envolvimento das Core no processo de decisão da Funasa;</li> <li>• Promover a integração da Funasa com os demais órgãos do Ministério da Saúde;</li> <li>• Construir a nova imagem da Funasa, estabelecendo uma política de comunicação social eficiente, interna e externa, que contemple os princípios da nova administração: a transparência, visibilidade, eficiência, qualidade e ética.</li> </ul>

### 1.1) Dados Gerais da Unidade

A Fundação Nacional de Saúde no estado de Rondônia tem sede em Porto Velho, onde funciona a Coordenação Regional, conforme descrição a seguir:

- 1.1) **Nome completo e oficial do órgão:** Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde no Estado de Rondônia (CORE\_RO);
- 1.2) **Número do CNPJ:** CNPJ nº. 26.989.350/0180-82;
- 1.3) **Natureza jurídica:** Fundação Pública
- 1.4) **Vinculação ministerial:** Vinculada ao Ministério da Saúde
- 1.5) **Endereço completo da sede:** Rua Festejos, 167 – Bairro Costa e Silva, CEP 78903-843, Porto Velho-RO – Fones/fax: 69 3216-6138/6158; **Endereço Eletrônico:** corero.gab@funasa.gov.br
- 1.6) **Endereço da página institucional na internet:** [www.funasa.gov.br](http://www.funasa.gov.br)

- 1.7) **Unidade gestora utilizada no Siafi:** Core-ro, Cód. 255022
- 1.8) **Norma de criação e finalidade:** 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.
- 1.9) **Norma que estabeleceu a estrutura organizacional:** Portaria nº 1.776, de 8 de Setembro de 2003; Organograma anexo.
- 1.10) **Publicada na DOU do regimento Interno ou Estatuto:** Regimento Interno e Estatuto - Decreto nº 4.727, de 9 de junho de 2003.

A exemplo das demais regionais a Funasa 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 30 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 2.228 servidores, sendo esses, 1.697 servidores descentralizados, 350 que atuam na própria FUNASA e 181 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 novos sistemas de abastecimento de água, melhorias sanitárias, manutenção dos sistemas existentes, construção e reformas de Casai, contemplando ainda comunidades de reservas extrativistas com sistema de abastecimento de água, entre outras ações.

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 30 mil habitantes.

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 14.329 indígenas, das 75 etnias distribuídas nas 245 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 Funasa em 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/RO firmou novo convênio com 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 ações a serem executadas pela Core-RO na gestão de 2006, consideradas prioritárias, bem como, as metas a serem alcançadas, estão estabelecidas no seu Plano Operacional 2005-2006, elaborado com base nas metas do Nível Central (Funasa Presidência), considerando os objetivos estratégicos institucionais.

Para o exercício de 2006 a Core-RO tem estabelecido no seu Plano Operacional, na área da Saúde Indígena - *Atenção a saúde dos povos indígenas*, 9 ações e 9 metas. Na área de saneamento ambiental – *Saneamento para a promoção da saúde*, 10 ações e 29 metas, conforme quadro anexo – *Consolidado e análise das metas da Core-RO – de janeiro a dezembro de 2006*.

Na implementação de suas ações a Core destaca como principais dificuldades: a **insuficiência de recursos orçamentários** para a Saúde Indígena, com um **Teto** inferior a sua real necessidade e a **insuficiência de veículos**, pela a não reposição/complementação da frota, resultando numa frota com 80% dos veículos em situação antieconômica ou inservíveis.

Porém, apesar das dificuldades encontradas a Core teve bom desempenho, também nesse exercício, o que é possível observar no quadro de análise do alcance das metas e execução das ações, e apresenta, neste relatório, suas principais ações e resultados alcançados no exercício de 2006.

JOSAFÁ PIAUHY MARREIRO  
Coordenador Regional

## II - CONTEXTUALIZAÇÃO

O Estado de RONDÔNIA, criado pela Lei Complementar nº 41, de 22 de dezembro de 1981, originou-se do Território Federal do mesmo nome, com a denominação de Território Federal do Guaporé, mudando posteriormente para Território Federal de Rondônia através da Lei nº 21.731, de 17 de fevereiro de 1956, em homenagem ao Marechal Cândido Mariano da Silva Rondon. Sua instalação deu-se em 04 de janeiro de 1982.

Rondônia situa-se na parte oeste da Região Norte do Brasil, com extensão territorial de 237.576,167 km<sup>2</sup>, correspondentes a 6,79% da Região em que se insere e a 2,86% do território nacional. Situa-se dentro das coordenadas 7°58' e 13°43' de latitude Sul e 66°48' e 59°50' a Oeste de Greenwich, em área abrangida pela Amazônia Ocidental. Limita-se ao Norte e Nordeste com o Amazonas, a Leste e Sudeste com o Mato Grosso, a Oeste com a República da Bolívia e a Noroeste com o Acre.

Com base no IBGE, população estimada 2005, Rondônia possui 1.534.594 habitantes distribuídos em 52 municípios, sendo os mais populosos: Porto Velho - capital do Estado - (373.917), Ji-Paraná (112.439), Cacoal (75.988), Ariquemes (85.031), Vilhena (63.947), Jaru (55.840), Rolim de Moura (49.522), Guajará-Mirim (41.467), Ouro Preto do Oeste (40.757), Machadinho D'Oeste (28.649).

Principais indicadores demográficos, sociais e econômicos: Densidade (hab./km<sup>2</sup>) - 5,61; Crescimento Demográfico (% ao ano) - 7,84; Índice de Desenvolvimento Humano IDH (0-1) - 0,715; Analfabetismo (%) - 18,67; Participação no PIB -(%) 0,29, Arrecadação de ICMS (R\$ mil) - 201.529, Indústria - madeireira, extrativista mineral, alimentícia; Produtos agrícolas - mandioca, feijão, café; Produtos minerais - diamante, cassiterita, ouro; Produtos da pecuária - bovinos, suínos; Extrativismo vegetal - açaí, castanha do Pará, palmito, borracha.

No aspecto epidemiológico, a malária representa o principal problema de saúde pública do estado, com a notificação de 101.162 casos no ano de 2006 (Sivep - Malaria), correspondendo a um IPA (Índice Parasitário Anual) de 65,9 por 1000 habitantes. Do total de casos, cerca de 28.633 foram causadas pelo *Plasmodium falciparum*. A área de maior transmissão abrange 15 municípios que geram cerca de 90% dos casos.

A Fundação Nacional de Saúde, com vistas à efetivação de sua missão, atua no Estado de Rondônia com ações de atenção à saúde da população indígena e ações de saneamento ambiental em municípios de até 30 mil habitantes e em populações vulneráveis (reservas extrativistas, remanescentes de quilombos e assentamentos da Reforma Agrária).

Referente a gestão da saúde indígena em Rondônia, até meados de 2004, 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 Funasa em RO assume diretamente a gestão, ficando ainda na dependência de convênios e parcerias com as prefeituras a contratação de recursos humanos para composição do quadro de pessoal.

Em meados de 2005, num convênio firmado entre a Funasa/RO e 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, a Core efetiva a complementação do quadro de pessoal para saúde indígena, completando e aumentando as equipes de saúde para atuação em área.

No que se refere a saneamento ambiental, a FUNASA/RO, por meio da Divisão de Engenharia de Saúde Pública - DIESP, atua apoiando técnica e/ou financeiramente o desenvolvimento de ações de saneamento nos municípios, a partir de critérios epidemiológicos e ambientais em saúde, objetivando o financiamento 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.

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 30 mil habitantes.

Em saneamento em áreas indígenas atua na implantação de sistemas de abastecimento de água, implantação de esgotamento sanitário, melhorias sanitárias e construção, ampliação, reforma ou adaptação de unidades assistenciais.

---



### III – SAÚDE INDÍGENA

#### 3.1. Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei) de Porto Velho

O Distrito Sanitário Especial Indígena de Porto Velho (Dsei Porto Velho) está integrado à rede de serviços do Sistema Único de Saúde dentro do território que abrange os Estados de Rondônia, sul do Amazonas e parte de Mato Grosso.

A operacionalização dos serviços de saúde é realizada por meio das Equipes Multiprofissionais de Saúde que compõem as Equipes do PSFI (Programa de Saúde da Família Indígena) compostas de Enfermeiros, Médicos, Cirurgiões Dentistas, Nutricionistas, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Técnicos e Auxiliares em Saúde Bucal, Agente Indígenas de Saúde (AIS), Agente Indígenas de Saneamento (AISAN) nos Pólos Base e CASAI.

Em 2006, o DSEI PVH desenvolveu as ações de saúde, utilizando-se de estratégias de promoção, prevenção e controle de agravos, mobilizando os recursos humanos e em parceria com o Controle Social.

#### Caracterização do Dsei

O Dsei Porto Velho, possui uma extensão territorial de 590 mil hectares, com abrangência de 11 municípios (Alta Floresta, Guajará-Mirim, Nova Mamoré, Gov. Jorge Teixeira, Jaru, Ji-Paraná, Mirante da Serra, São Francisco, São Miguel do Guaporé, Seringueiras, Porto Velho no estado de Rondônia, Humaitá e Manicoré no estado do Amazonas). Compreendem 8.353 indígenas, pertencentes a 49 povos, distribuídos em 110 aldeias.

Está organizado em cinco Pólos Base, localizados nos municípios de: Alta Floresta, Ji-Paraná, Guajará-Mirim, Porto Velho e um sub-Pólo no município de Jaru em Rondônia e Humaitá, no Amazonas. A rede de serviço de referência está estruturada com 06 Casas de Apoio à Saúde Indígena – CASAI, situadas nos Pólos Base de: Ji-Paraná e Guajará-Mirim-RO com estrutura física própria; Alta Floresta, Jaru, Porto Velho-RO e Humaitá-AM, com sede alugada.

#### Principais indicadores de saúde

Mortalidade 2003 – 2006

INDICADORES	2003	2004	2005	2006
Mortalidade Infantil	70,58/1.000 N.Vivos	42,3/1.000 N.Vivos	51,1/1.000 N.Vivos	34,4/1.000 N. Vivos
Coefficiente de Mortalidade Geral	5,95/1.000 hab.	5,95/1.000 hab.	5,65/1.000 hab.	3.0/1.000 hab

Fonte: SIASI/DSEI/PVH

No período de 2003 a 2006 houve uma redução de 52% no Índice de Mortalidade Infantil e de 2005 a 2006 esta redução foi de 32%. Este fato ocorreu devido ao incremento das ações executadas pelas equipes de área.

## Distribuição dos óbitos no período de 2003 a 2006

SEXO	2003	2004	2005	2006
Ignorado	-	1	-	1
Feminino	19	23	16	11
Masculino	24	17	21	13
TOTAL	43	41	37	25

Fonte: SIASI/DSEI/PVH

## Distribuição dos Natimortos no período de 2003 a 2006

SEXO	2003	2004	2005	2006
FEMININO	1	3	1	3
MASCULINO	1	-	3	1
IGNORADO	-	1	-	-
TOTAL	2	4	4	2

Fonte: SIASI/DSEI/PVH

## Distribuição dos Nascidos vivos no período de 2003 a 2006

SEXO	2003	2004	2005	2006
FEMININO	112	104	138	129
MASCULINO	131	127	175	132
IGNORADO	-	1	-	-
TOTAL	243	232	313	261

Fonte: SIASI/DSEI/PVH

## Morbidade

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

Dentre os agravos de saúde na população do Dsei encontram-se, a Insuficiência Respiratória Aguda (IRA), de maior ocorrência, seguida de diarreia, malária, dermatoses (doenças de pele) e desnutrição. Tais agravos ocorrem devido, principalmente, as condições de vida da população, que envolve desde questões de moradias, características culturais e aspectos sazonais.

PRINCIPAIS AGRAVOS	QUANTIDADES DE CASOS 2006
IRA	3.423
DIARREIA	2.108
MALARIA	1.389
DERMATOSE	1.324
DESNUTRIÇÃO	929
DST	108
HIPERTENSÃO ARTERIAL	69
TUBERCULOSE	19
CÂNCER	7

Fonte: SIASI/SIVEP-Malária/DSEI/PVH

## Desempenho dos serviços de saúde indígena

Atendimento Médico	2003	2004	2005	2006
Consulta	50	-	539	96
Procedimento	50	-	518	39

Atendimento do Enfermeiro	2003	2004	2005	2006
Consulta	3.346	1.267	5.216	14.894
Procedimento	4.374	4.039	7.242	19.853
Reuniões	127	16	200	366
Visita domiciliar	573	63	940	1.594

Atendimento Odontológico	2003	2004	2005	2006
Consulta	-	2.085	3.161	4.011
Procedimento	-	11.873	10.781	14.183

Atendimento Aux./ Téc. Enfermagem	2003	2004	2005	2006
Atendimento	7.503	1.145	11.689	15.399
Procedimento	39.538	15.691	46.107	67.225
Reuniões	376	1	193	22
Visita domiciliar	1.358	62	2.436	3.585

Atendimento AIS	2003	2004	2005	2006
Individual	13.107	4.532	9.790	14.664
Reuniões	232	18	15	152
Visita domiciliar	8.060	2.026	4.125	3.450

Casa de Saúde do Índio	2003	2004	2005	2006
Atendimentos	20.845	25.442	32.579	19.895
Nº Paciente Novos	4.826	4.599	5.050	5.718
Média de permanência dos Pacientes (dias)	10	9,5	9,72	12,13
Média de acompanhantes por pacientes	2	2	1,97	2,01
Consulta	1.391	954	1.958	4.428
Procedimentos	852	5	182	1.985
Atendimento de Enfermagem	4.075	4.787	6.059	9.648
Consulta	2.699	2.212	3.244	4.120
Procedimentos	1.259	2.550	2.717	4.661
Reuniões	75	20	20	50
Visita domiciliar	42	5	78	311

Atendimento Enfermagem	Aux.	99.292	124.486	98.581	5.528
- Consulta		2.070	1.874	4.197	-
- Procedimentos		97.040	122.542	93.934	141.848
- Reuniões		27	-	31	22
- Visita domiciliar		155	70	419	1.257

REFERÊNCIAS		2003	2004	2005	2006
SUS	Consultas	4.323	4.357	4.677	4.584
	Exames	7.857	7.633	9.603	12.136
	Internação	855	1.013	698	1.199
REDE PRIVADA	Consultas	43	33	60	54
	Exames	216	175	135	138
	Internação	3	7	22	4

### Principais Ações - Ações Prioritárias

Para execução das ações foram consideradas as sete áreas programáticas prioritárias com base no Plano Operacional da Coordenação Regional, também pactuadas no Plano Distrital, descritas a seguir:

1. Intensificação das ações de controle da tuberculose;
2. Intensificação das ações de controle da malária;
3. Implementação da Vigilância Alimentar e Nutricional e Apoio às Ações de Promoção de Segurança Alimentar e Nutricional;
4. Intensificação das ações de imunizações nas áreas indígenas;
5. Implementação do modelo de atenção integral à saúde da mulher e da criança;
6. Implementação do programa de DST/HIV/AIDS e Hepatites virais;
7. Aumento da resolutividade e cobertura das ações de saúde bucal.

#### 1. INTENSIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

A tuberculose configura um problema sério de saúde entre os povos indígenas. É sabido que as baixas condições de vida em que se encontra a maioria dos povos indígenas brasileiros e dos diversos fatores que influenciam para a manutenção dos índices deste agravo entre as comunidades, como a intensa urbanização, a escassez de meio de sobrevivência, saneamento básico, tipo de habitação propícia à disseminação do bacilo, desnutrição, alcoolismo, bem como a mobilidade visto tratar-se de uma população nômade.

Desta forma, o DSEI vem trabalhando com o propósito de reduzir a transmissão deste agravo através das ações como a busca ativa para diagnóstico precoce e acompanhamento integral dos casos.

No Distrito no ano de 2005, o quantitativo de casos de tuberculose foi de 25/100.000 habitantes, sendo em 2006 este número reduzido para 19/100.000 habitantes, prevalecendo dentre eles as formas pulmonares. A maioria dos casos ocorreu no Pólo Base de Guajará-Mirim, município que concentra aproximadamente cinquenta por cento da população do Distrito.

A redução do número de casos indica a ocorrência de melhoria da capacidade diagnóstica por aumento dos recursos humanos e principalmente em relação aos exames, confirmados pela baciloscopia, busca ativa dos sintomáticos respiratórios e controle dos comunicantes, o que propiciou o alcance das metas nesta área programática, conforme quadro a seguir.

Número de casos de tuberculose por Pólo Base segundo suas formas, DSEI Porto Velho, 2006.

PÓLO BASE	TODAS AS FORMAS	FORMAS PULMONARES
	Detectados	Detectados
Alta Floresta	0	0
Guajará Mirim	11	3
Humaitá	2	2
Ji Paraná	4	0
Porto Velho	2	1
<b>Total Distrito</b>	19	

Fonte: SIASI/DSEI/Porto Velho

## 1. INTENSIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA MALÁRIA

A incidência da malária em área indígena faz com que as ações de controle da doença se intensifiquem ainda mais, principalmente na época de maior índice pluviométrico marcado pelas chuvas, sendo este um período crítico.

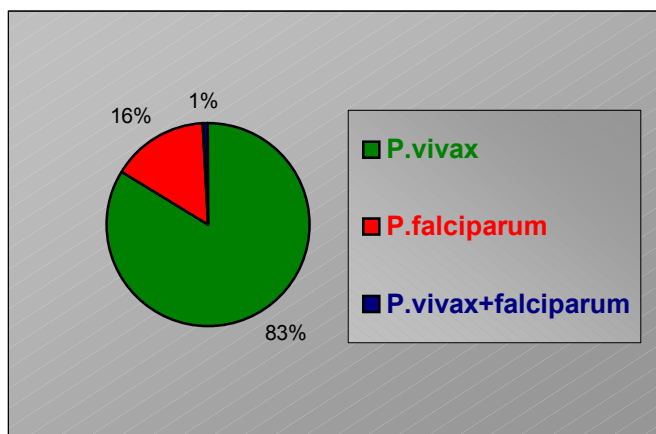
A malária mantém-se como um agravo preocupante devido a sua gravidade clínica e elevado potencial de disseminação com repercussão em todo o território, sendo a região Amazônia, responsável por 99% dos casos de todo o Brasil.

Como fatores contribuintes para o grande número de casos entre a comunidade indígena do Dsei Porto Velho, pode-se considerar a suscetibilidade da população domiciliada em áreas silvestres, com a presença de anofelinos e criadouros de vetores com grande potencial de proliferação das espécies.

Outro fator agravante é o deslocamento constante por parte de algumas etnias, devido à busca por melhor recurso alimentar, a migração de indígenas e não indígenas para as áreas de reserva extrativista, transformando-as em regiões de potencial epidêmico e que influenciam no perfil desta morbidade, além do abandono dos antimaláricos, levando à resistência às drogas e grande número de recidivas pelo *Plasmodium vivax* (LVC).

Um determinante no controle da doença é a presença de portadores assintomáticos do *Plasmodium vivax*, os quais servem como reservatórios da enfermidade.

### Incidência da malária por tipo de plasmodium na área do DSEI Porto Velho, 2006



Fonte: SIVEP-Malária

Dentre as diversas questões referidas, destacam-se algumas que ultrapassam as ações de controle pelas equipes, tais como, a insuficiência de insumos, equipamentos e transporte, imprescindíveis para melhor atuação, como veículos apropriados para deslocamento em áreas de difícil acesso, motores de popa e grupo gerador, bombas termonebulizadoras e aspersora residual, além de microscópios bacteriológicos e entomológicos.

### Número de casos de malária e IPA nos anos de 2005 e 2006

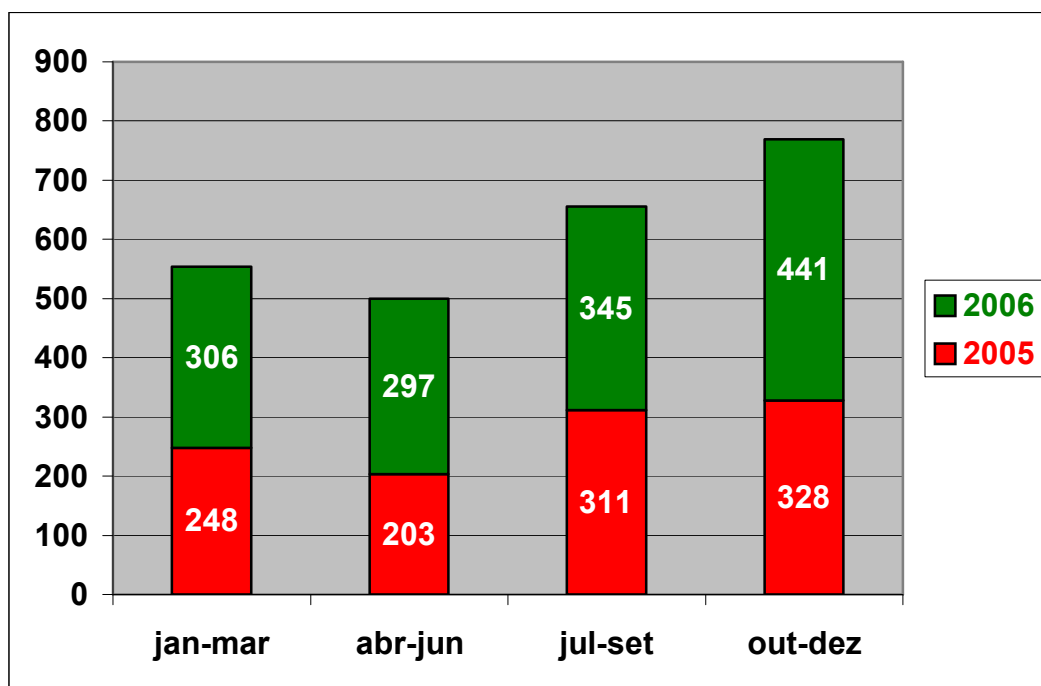
Ano	Casos	Índice de Parasitemia Anual (IPA)
2005	1090	136
2006	1302	173

Fonte: SIVEP-Malária

Diante dos dados obtidos observa-se o alto Índice de Parasitemia Anual das comunidades indígenas acometidas pela malária apesar da intensificação das medidas de controle de tal agravo, como a aplicação de inseticidas residual e espacial, busca ativa e passiva de indivíduos, diagnóstico imediato, tratamento oportuno, revisão das lâminas visando assegurar a melhoria da qualidade do diagnóstico conforme preconização do Programa Nacional de Controle da Malária, supervisão periódica das equipes de controle de endemias, além da ênfase em ações de educação em saúde através de orientações quanto aos cuidados, sintomatologia e importância da doença.

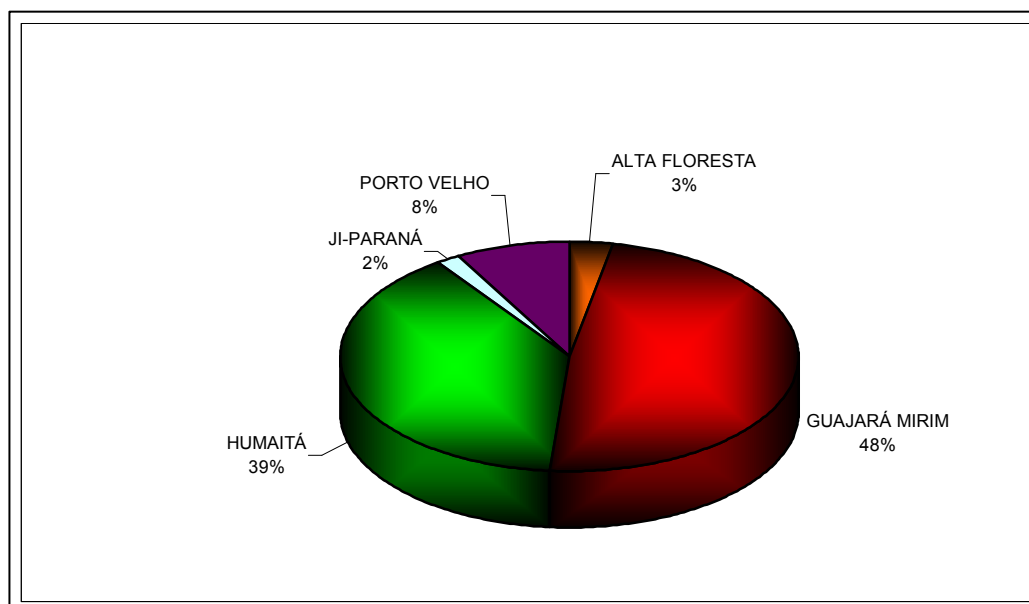
Não obstante, o desprendimento da equipe no combate a malária, observou-se um aumento no número de acometidos.

Quantitativo de casos de malária, todas as formas anos 2005-2006 por trimestre, Porto Velho, 2006



Fonte: SIVEP-Malária

Porcentagem de casos positivos de malária, todas as formas, DSEI-Porto Velho, 2006



Fonte: SIVEP/MALÁRIA

Considerando os casos de malária no Dsei Porto Velho, foi constatado que a maior ocorrência foi na área referente ao Pólo Base de Guajará Mirim estando este fato associado ao maior índice populacional, presença da reserva extrativista, localização em região de fronteira onde o fluxo de pessoas é intenso, dificuldade de acesso por via fluvial na época de diminuição das chuvas, caracterizada como "seca" no período de julho a novembro.

No Pólo Base de Humaitá houve um aumento do número de casos de malária, justificado pela presença de extração de minério, agravante das condições de controle do agravo.

Tal situação reforça a necessidade de intensificação das estratégias adotadas para um melhor desempenho no ano de 2007, como a realização do curso de atualização em microscopistas da malária, sensibilização dos AIS/microscopistas nas ações de educação em saúde, ampliação da cobertura diagnóstica e tratamento terapêutico.

É necessário ainda maior controle químico dos vetores por meio da análise entomológica, melhoria da infra-estrutura, aquisição de veículos traçados, intensificação nas ações de entomologia, ampliação da rede de laboratórios, melhoria no sistema de informações, intensificação da articulação com o DESAI, SVS (Secretaria de Vigilância em Saúde) nas esferas municipal e estadual, além da participação da mobilização social.

## 2. IMPLEMENTAÇÃO DA VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E APOIO ÀS AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

○ Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) vem sendo desenvolvido no Dsei Porto Velho com o objetivo de monitorar as condições dos grupos desfavorecidos da população de risco e proporcionar um método de avaliação rápida e permanente de todos os fatores que influenciam os padrões de consumo alimentar e o estado nutricional de acordo com o que preconiza a Organização Mundial da Saúde.

○ seu papel no serviço de saúde indígena é, portanto, o de contribuir com a geração de informações confiáveis a partir do diagnóstico, do monitoramento e da avaliação nutricional em nível coletivo.

○ SISVAN tem sua base na análise da informação coletada e no trabalho de vigilância nutricional, desde as aldeias, a fim de apontar as direções para que as intervenções possam acontecer com a maior eficácia e eficiência, colaborando dessa forma, para que os problemas evidenciados sejam resolvidos in loco, além de auxiliar na avaliação destas mesmas intervenções.

○ distrito de Porto Velho, de acordo com as diretrizes do SISVAN, prioriza os grupos de maior risco (crianças <5 anos, gestantes e idosos < de 60 anos), bem como a melhoria da qualidade de vida, através da busca de ampliação das condições de acesso à alimentação e nutrição em quantidade e qualidade adequadas. Este acompanhamento é realizado principalmente pelas equipes multiprofissionais em área indígena sob a coordenação de um nutricionista.

No primeiro semestre, foram acompanhadas as crianças < 5 anos. Esta prioridade aconteceu devido a não disponibilidade de equipamentos específicos para coleta de dados, para as demais faixas etárias.

A implantação do SISVAN indígena no DSEI Porto Velho realizou-se em 2005, porém sua efetiva implementação somente ocorreu no terceiro trimestre de 2006. Após a contratação e capacitação das equipes de área, as ações do SISVAN foram implementadas.

### Indicadores utilizados

Criança < 5 anos – Peso e Idade (Padrão NCHS/MS)

Gestante (IMC) - Peso / Altura<sup>2</sup>

Idosos (IMC) - Peso / Altura



Quantitativo de Indígenas com baixo peso, risco nutricional e risco de sobre peso, Dsei Porto Velho, 2006.

População	Jan	Fev	Mar	Abril	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Idosos	23	47	17	22	-	-	23	15	44	103	-	103	397
Gestantes	7	8	10	1	-	2	12	15	25	-	-	36	116
Crianças	280	499	396	221	102	73	514	375	368	486	-	387	3701
Total	310	554	423	244	102	75	550	405	437	589	-	526	4215

Fonte: SISVAN Dsei-PVH

### Inserção das famílias indígenas no Bolsa Família

O Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda com condições destinada às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, que associa à transferência do benefício financeiro o acesso aos direitos sociais básicos, como a saúde, a alimentação, a educação e a assistência social.

O Programa Bolsa Família, lançado oficialmente em outubro de 2003, tem como objetivo reduzir o déficit nutricional e a mortalidade infantil entre as famílias mais carentes do Brasil incluindo cidadãos indígenas. O cadastro é realizado pelas prefeituras de cada município sendo o acompanhamento das famílias indígenas em parceria com o Dsei. No ano de 2006 foram cadastradas 210 famílias Indígenas do Dei Porto Velho.

Desta forma o Programa Bolsa Família, em atuação conjunta com o monitoramento da situação, alimentar e nutricional do SISVAN, deve concentrar-se na atenção à gestante e no acompanhamento do crescimento das crianças, servindo de eixo para todo trabalho empreendido na rede de serviços, de forma especial na atenção básica de saúde, inclusive considerando o compromisso de sua universalização.

### Distribuição de Cestas Básicas às Famílias Indígenas

Esta ação foi desenvolvida pelo Dsei de Porto Velho como medida emergencial e temporária de combate à fome. Através do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS) foram disponibilizadas em agosto de 2006, 600 cestas básicas que foram distribuídas aos indígenas em extrema vulnerabilidade alimentar. Posteriormente, foram disponibilizadas mais 1800 cestas básicas pela CONAB Porto Velho, visto a situação de risco nutricional avaliada em alguns povos indígenas.

Distribuição de cestas básicas por pólo base pelo Dsei Porto Velho no período de setembro a dezembro, 2006.

Pólo Base	Cestas distribuídas	Aldeias Atendidas	Número de Famílias
Alta Floresta	210	20	70
Guajará Mirim	434	24	145
Ji Paraná	446	28	148
Humaitá	356	15	118
Porto Velho	96	4	32
Total	1542	91	513

Fonte: SISVAN DSEI-PVH

#### 4. INTENSIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE IMUNIZAÇÕES NAS ÁREAS INDÍGENAS

Através das diretrizes do Programa Nacional de Imunização, instituído pelo Ministério da Saúde, o Dsei Porto Velho vêm concentrando esforços na operacionalização desta área programática com objetivo da diminuição da morbimortalidade através do controle das doenças preveníveis por imunizantes.

As doenças imunopreveníveis, hoje estão sob controle no Brasil e no mundo, graças à intervenção de Programas como o PNI e o UNICEF. A imunização, ainda é hoje um marco na prevenção de doenças embora temos ainda muitos preconceitos quanto à vacinação, como: dor, febre, irritação, edema localizado, algumas religiões e culturas, usando neste contexto como exemplo a cultura Indígena. A imunização é um problema de Saúde Pública, que tem despertado interesse e compromisso neste Distrito.

A redução da morbi-mortalidade por doenças preveníveis por imunizantes é a finalidade principal da vacinação, principalmente em crianças menores de 5 anos. No Distrito, foram realizadas 4 missões durante o ano de 2006 em todos os Pólos Base considerando a cobertura vacinal em todas as aldeias.

Cobertura Vacinal Multi-dose na População Indígena < de 1 ano. DSEI/PVH Ano, 2006

VACINAS	População	Pop. vacinada	Percentual
Pólio	150	149	99,33
Tetravalente	150	146	97,33
Contra Hepatite B	150	148	98,66

Fonte: SIASI/DSEI/PVH

Cobertura Vacinal Uni-dose na População Indígena < de 1 ano, DSEI/PVH Ano, 2006

VACINAS	População	Pop. vacinada	Percentual
BCG	340	334	98,23
F.A*	71	69	97,18

Fonte: SIASI/DSEI/PVH

\* O esquema vacinal é a partir de 09 meses.

Cobertura Vacinal Multi-dose na População Indígena de 1 a 4 anos, DSEI/PVH Ano, 2006

VACINAS	População	Pop. vacinada	Percentual
Pólio	1151	1150	99,91
Tetravalente	1151	1150	99,91
Contra Hepatite B	1151	1151	100,00

Fonte: SIASI/DSEI/PVH

### Cobertura Vacinal Uni-dose na População Indígena 1 a 4 ano, DSEI/PVH Ano, 2006

VACINAS	População	Pop. vacinada	Percentual
BCG	1151	1146	99,56
F.A	1151	1144	99,39
Influenza	1151	1148	99,73

Fonte: SIASI/DSEI/PVH

É importante ressaltar que, no Dsei Porto Velho, em todas as faixas etárias obteve-se o percentual de 99% de cobertura vacinal.

### 5. IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

O programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança desenvolvido no Distrito Sanitário Especial Indígena de Porto Velho tem como objetivo reduzir a morbimortalidade da mulher e da criança, atendendo-os em sua integralidade, em todas as fases da vida respeitando as necessidades e características de cada uma delas.

Dentre as ações do programa de atenção integral à saúde da mulher foram realizadas, pelas equipes de área e Casai, a assistência ao ciclo gravídico puerperal com atendimentos de pré-natal, preventivo do câncer do colo uterino e de mama, além de orientações quanto às questões de planejamento familiar e atividades de prevenção e promoção à saúde da mulher.

Quantitativo de exames preventivos do câncer uterino e de mama, Dsei Porto Velho, 2006

DISCRIMINAÇÃO	2003	2004	2005	2006	TOTAL
Exames de mama	24	117	70	142	353
Exames de Prevenção de Câncer Cérvico Uterino	508	273	696	400	1874
HPV	3	1	4	3	11
NIC I	12	2	14	9	37
NIC II	-	-	6	2	8
NIC III	7	3	5	1	16

Fonte: SIASI

As ações referentes à saúde da criança indígena foram intensificadas através da ampliação da cobertura vacinal, atenção dos principais agravos como doenças infecto-parasitárias com ênfase em atividades de educação em saúde, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e ações educativas como orientações às mães a respeito do cuidado com as crianças.

Em relação à vigilância nutricional foram tomadas medidas como o acompanhamento alimentar, conforme as diretrizes do programa de vigilância alimentar e nutricional.

## 6. IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE DST/HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS;

Atentando para a magnitude de agravos associados às doenças sexualmente transmissíveis bem como sua estreita relação com HIV, o Dsei considerou a importância das ações destinadas a detecção, tratamento e principalmente a prevenção de novos casos, visando à diminuição da incidência dessas doenças.

As equipes de saúde desenvolveram atividades direcionadas à percepção das situações de risco e conscientização do valor atribuído às questões preventivas. Algumas ações foram despendidas em 2006 visando este objetivo, tais como:

- Ações de triagem, tratamento e aconselhamento das DST's através da abordagem sindrômica;
- Intensificação da atenção ao pré-natal, para diagnóstico precoce das DST's;
- Cadastramento dos indígenas no Programa de aconselhamento familiar para recebimento mensal de preservativos, entre outros métodos contraceptivos;
- Supervisão e aconselhamento das ações desenvolvidas em área pelos enfermeiros.

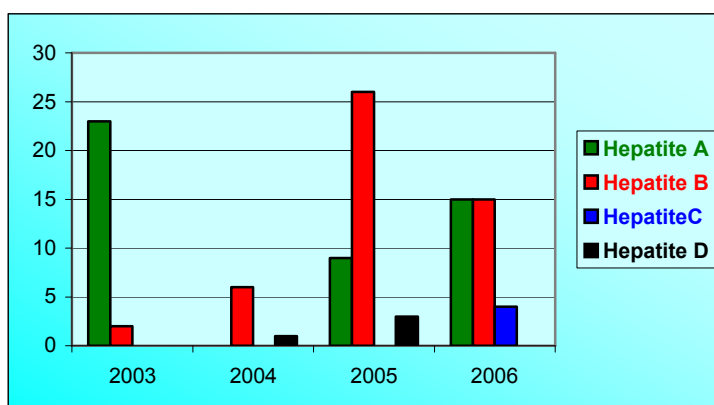
### Hepatites Virais

As hepatites virais representam um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. A Organização Mundial de Saúde estima que cerca de dois bilhões de pessoas já tiveram contato com o vírus da hepatite B. No mundo, são cerca de 325 milhões de portadores crônicos da hepatite B e 170 milhões da hepatite C. No Brasil, o Ministério da Saúde estima que pelo menos 70% da população já teve contato com o vírus da hepatite A e 15% com o vírus da hepatite B.

Reconhecendo as questões associadas às hepatites virais como o grande número de casos no país e a dificuldade de detecção dos mesmos, uma vez que estes, em algumas circunstâncias, apresentam formas sub-clínicas ou até mesmo sem clínica observável. Nas aldeias, a precariedade das condições sanitárias somadas aos hábitos de higiene deficitários, colabora para a infecção de hepatite do tipo A. No entanto, a predominância do número de casos confirmados é a hepatite do tipo B, embora prevenível através da imunização mas, que envolve também, um componente cultural: a relação sexual sem o uso de barreira protetora.

A partir da intensificação dos exames (marcadores sorológicos) para hepatite do tipo B, preconizados para as gestantes, ampliou-se a capacidade de detecção e confirmação de casos entre a população.

Ocorrência do número de casos de Hepatite A, B, C e D na população indígena do DSEI-PVH de 2003 - 2006, Porto Velho, 2006



## 7. AUMENTO DA RESOLUTIVIDADE E COBERTURA DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL.

O programa de saúde bucal teve suas atividades avaliadas visando a qualidade das ações, serviços, e seus impactos na população indígena do Dsei Porto Velho, cuja área de abrangência envolve cinco Pólos Base.

Foram tomados como parâmetros os indicadores do ano de 2005, o primeiro ano que foi realizada este tipo de avaliação, sendo os demais indicadores calculados tomando como base à produtividade de 2006.

Para este trabalho foram calculados os seguintes Indicadores do modelo de atenção a Saúde Bucal:

1. Ênfase em Ações Coletivas na Saúde Bucal.
2. Realização de Procedimentos Coletivos por Pólo Base.
3. Ênfase em Prevenção na Assistência.
4. Relação de Restauração/Extração.

1 - Indicador: Ênfase em ações coletivas na saúde bucal - Resultado: 68,0 %

2 - Indicador: Realização de procedimento coletivo por pólo base - Resultado: 100% das equipes desenvolveram esta atividade

3 - Indicador: Ênfase em prevenção na assistência - Resultado: 70%

4 - Indicador: Cobertura de pc – Resultado: 64% em relação ao ano de 2005

5 - Indicador: Relação restauração/extração – Resultado: 3,6

Interpretação: expressa a orientação das ações para a reabilitação ou para a mutilação, isto significa que para cada elemento dentário perdido, 3,6 foram restaurados.

6 - Acesso à assistência - Resultado: 49,7%

(Fonte: SIASI)

### **Avaliação de desempenho das ações de saúde bucal**

No decorrer do ano de 2006, com relação às atividades desenvolvidas, pode-se dizer que houve um aumento, tanto na qualidade quanto na quantidade das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal.

Durante o ano de 2005 e 2006 foram examinados 392 indígenas em 45 aldeias, com o objetivo de calcular-se CPO-D e CEO (Índices de Prevalência de dentes cariados, perdidos, restaurados e com extração indicada em elementos dentários decíduos e permanentes), tais números representam 37% dos indígenas da área de abrangência do DSEI Porto Velho, o que nos confere uma amostragem confiável para o cálculo de prevalência em cárie.

Portanto, atualmente pode-se, dizer que para os indígenas deste DSEI existe um cálculo de prevalência de cárie, nas faixas etárias de 6, 12, 18, 35 a 44 e de 65 a 75 anos de idade.

Para a execução desta atividade foi elaborado um modelo, no qual consta o nome, idade, sexo e aldeia, apresentando uma tabela com os números de todos os elementos dentários e nela consta uma coluna onde são anotados o número dos dentes perdidos, cariados, restaurados e com extração indicada. Neste modelo consta o nome do examinador e do anotador.

Para a realização desta ação foi realizada calibragem com os profissionais envolvidos, (CD) com a finalidade de uniformizar os dados coletados. Esta calibragem foi realizada em dezembro de 2004, por ocasião da Oficina de Saúde Indígena em Guajará Mirim, portanto antes

de iniciar o levantamento e também durante o acolhimento introdutório para os novos profissionais contratados em 2005.

À medida que foram recebidos os formulários, separou-se por faixa etária (06, 12, 18 34 a 44 e de 65 a 75 anos), e selecionou-se 50 pessoas nestas faixas etárias, e ao serem realizados os cálculos obteve-se o seguinte resultado:

CPO – D: índice de prevalência de cárie em elementos dentários permanentes e decíduos em indígenas do DSEI Porto Velho.2005/2006

IDADE	ÍNDICE
6 anos	6.9
12 anos	5.9
18 anos	8.4
35 a 44 anos	16.5
65 a 75 anos	17.7

Quanto às atividades preventivas, apenas 39% da população indígena do Dsei Porto Velho, foram beneficiados com a distribuição de escovas.

Destacaram-se nesta atividade o Pólo Base de Alta Floresta e Humaitá, nestes dois Pólos tivemos 91% de indígenas beneficiados e 14,5% respectivamente, com a distribuição de quatro escovas, conforme preconiza as Diretrizes de Saúde Bucal Indígena.

No Pólo Base de Humaitá foram beneficiados 81% da população total com a distribuição de três escovas, infelizmente, não foi possível alcançar os objetivos quanto à distribuição de escovas e creme dental, devido à falta de orçamento, prejudicando assim a quarta e última etapa de distribuição.

No Pólo Base de Ji-Paraná 62% dos indígenas receberam apenas 2 escovas. Vale lembrar que este Pólo tem 36 aldeias, separadas por longas distâncias geográficas, distribuídas em oito municípios no Estado de Rondônia e algumas aldeias encontram-se localizadas no Estado de Mato Grosso.

As estradas de acesso encontram-se em condições de tráfego bastante precárias, e devido a estes fatores não foi possível para as equipes prestar atendimento em todas as aldeias deste Pólo no decorrer de um ano. O ideal seria realizar pelo menos quatro atendimentos durante o ano, por aldeia, visto que os índices de prevalências são considerados altos e muito alto, segundo os parâmetros da Organização Mundial de Saúde.

OMS: Classificação da prevalência de CD, com base nos valores do CPO aos 12 anos de idade.

PREVALÊNCIA	Muito Baixa	Baixa	Média	Alta	Muito Alta
VALORES DO ÍNDICE CPO-D	0,0 a 1,1	1,2 a 2,6	2,7 a 4,4	4,5 a 6,5	> = 6,6

## Resultados do DSEI Porto Velho/2006

Idade	5 a 6 anos	12 anos	18anos	35 a 44 anos	65 a 74 anos
2006	6.9	5.9	8.4	16.5	17.7

Segundo a OMS as metas para a redução da prevalência da doença de cárie estão descritas conforme quadro abaixo

Idade Ano	5 a 6 anos	12 anos	18anos	35 a 44 anos	65 a 74 anos
2000	50% livres de cárie	CPO-D igual ou menor que 3	85% com todos os dentes	75% com 20 dentes	50% com 20 dentes
2010	90% livres de cárie	CPO-D menor que 1	100% com todos os dentes	90% com 20 dentes	Apenas 5% de edêntulos

Fonte: OMS

Geralmente o profissional permanece, durante os vinte dias que se encontra em área, em uma só aldeia e nem sempre é possível concluir todos os atendimentos necessários em uma única missão. Não obstante a estas dificuldades, algumas aldeias por enquanto não contam com o AIS, a pessoa responsável para desenvolver essas atividades de prevenção tais como: distribuição de escovas e creme dental, durante a ausência do Cirurgião Dentista da área. Entretanto, neste Pólo Base apenas cinco aldeias não receberam atendimento odontológico em 2006.

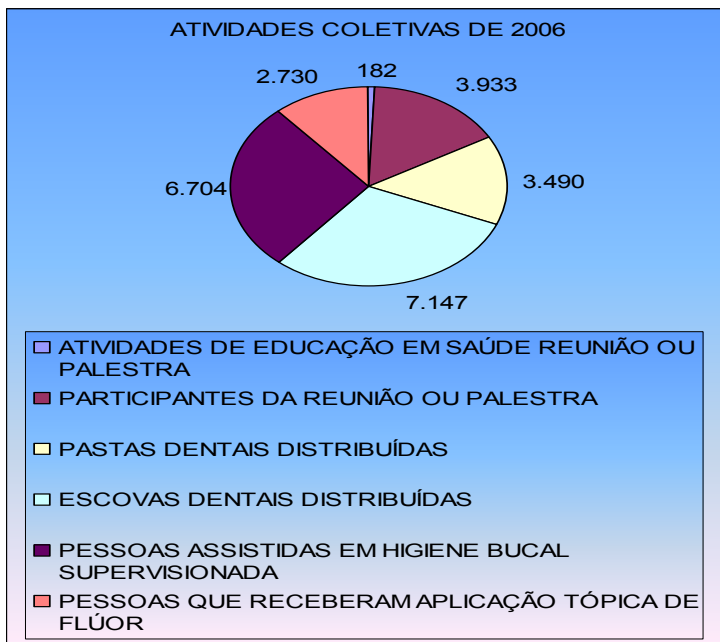
No Pólo Base de Guajará Mirim a situação não é diferente, sendo que a maior parte das aldeias se encontra em área fluvial, com longas distâncias entre as 32 aldeias. Vale lembrar que neste Pólo encontra-se mais de 49,8% da população deste DSEI, e durante o ano de 2006 contou-se com apenas duas equipes de Saúde Bucal. As questões orçamentárias causaram impacto negativo, só foi possível prestar atendimento em área apenas durante nove meses. Como consequência nossos indicadores para distribuição de escovas foram muito baixos, apenas 9% dos indígenas daquele Pólo receberam 2 escovas durante o ano de 2006.

## Distribuição de escovas, ano de 2006 DSEI Porto Velho, 2006

Pólo Base	Distribuição de escovas
Alta Floresta	91% (4 escovas)
Humaitá	14,5% (4 escovas) 81% (3 escovas)
Ji Paraná	62% (3 escovas)
Guajará Mirim	9% (2 escovas)
Total / DSEI	39%

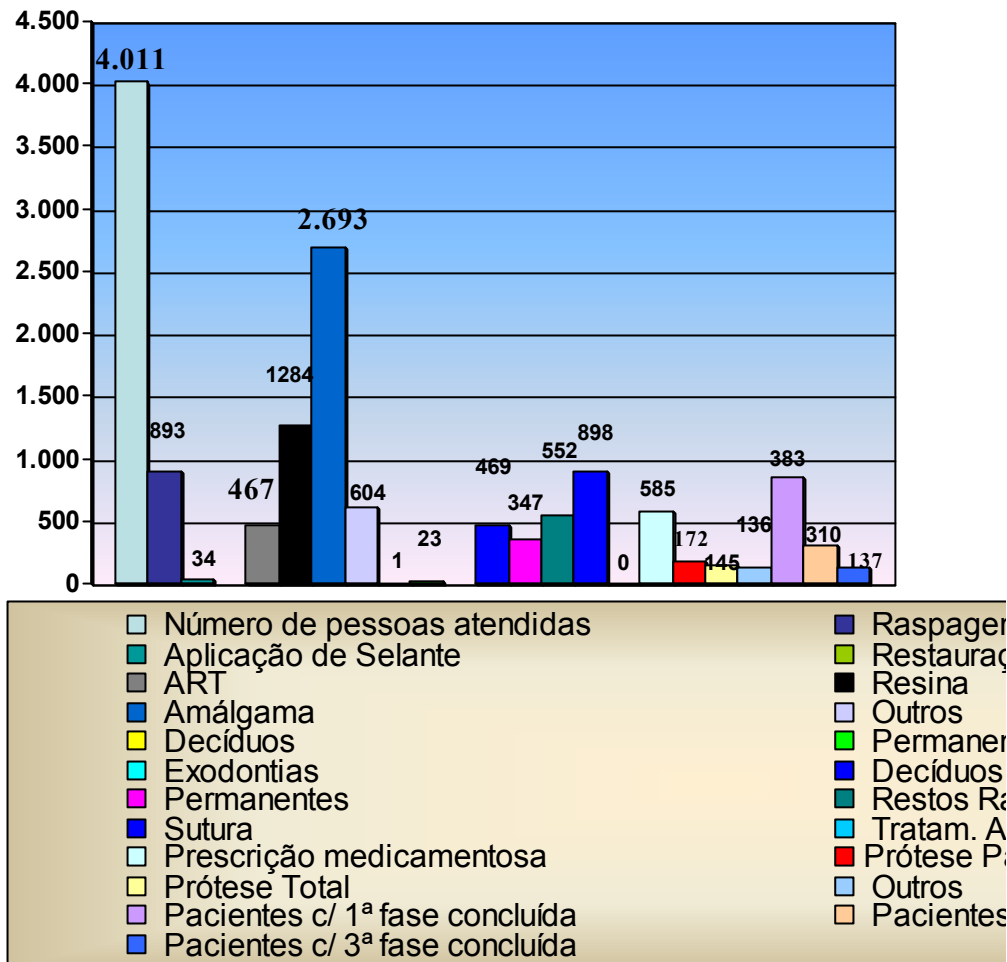
Fonte: modelo de coleta distribuição de escovas e creme dental por aldeia/AIS/Cirurgião de área

Atividades coletivas DSEI Porto Velho, 2006



Fonte: SIASI

Atividades Clínicas Individuais DSEI Porto Velho, 2006.



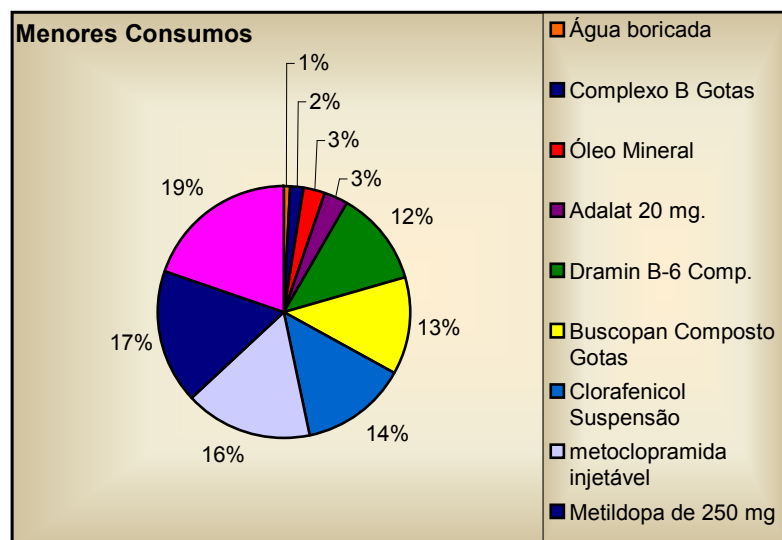
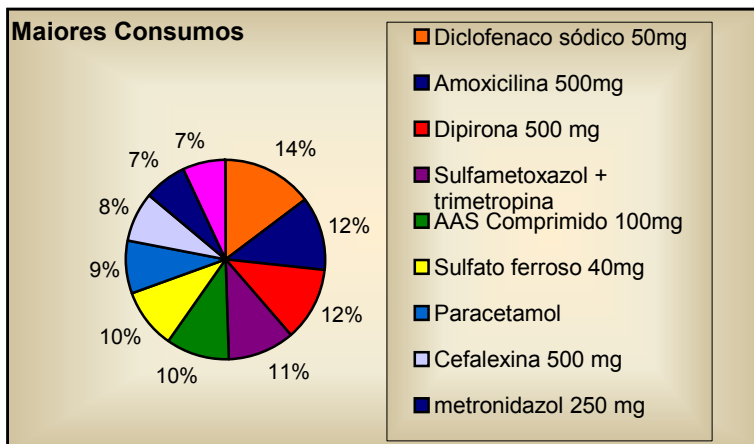
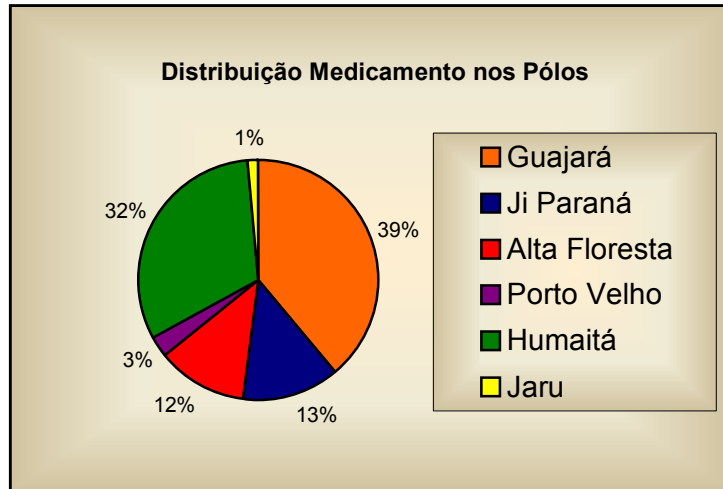
Fonte: SIASI



## Outras atividades desenvolvidas pelo Dsei Porto Velho

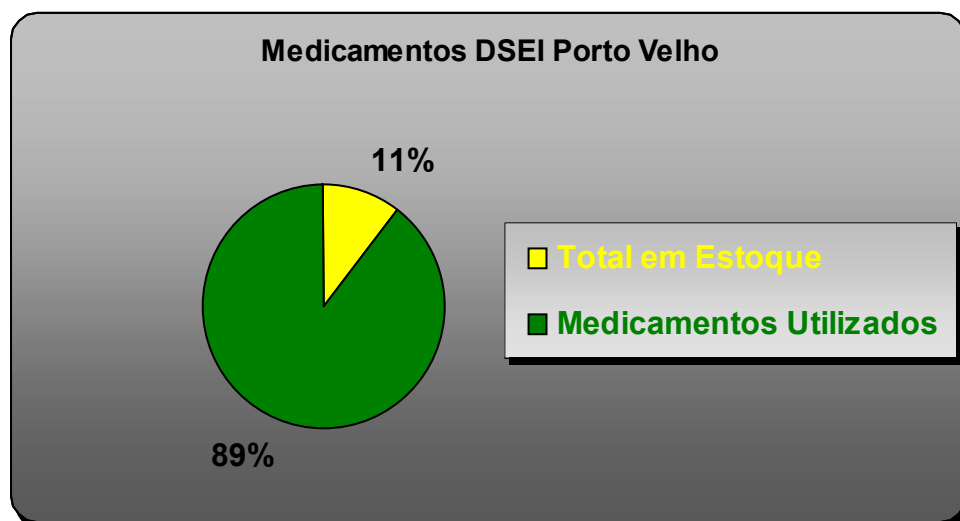
### Distribuição de Medicamentos

Pólo Base	Total
Guajará	233732
Ji Paraná	79464
Alta Floresta	73353
Porto Velho	15556
Humaitá	190815
Jaru	8527
	601447



Total em Estoque	63910
Medicamentos Utilizados	537537

Medicamentos distribuídos no DSEI Porto Velho, 2006.



### Resultados alcançados

O ano de 2006 foi um ano importante no que tange as ações previstas pelo plano operacional no Distrito Sanitário Especial Indígena de Porto Velho, não obstante a todas dificuldades, inclusive orçamentária, enfrentadas obteve-se resultados significativos, em relação ao ano anterior, tais como:

- Cobertura Vacinal alcançou 99% da população indígena;
- Redução de 32% do coeficiente de mortalidade infantil;
- Redução de 47% do coeficiente de mortalidade geral;
- Redução de 24% no número de casos de Tuberculose;
- Redução de 54% das mutilações dentárias tendo em vista o aumento de 100% das equipes de saúde bucal;
- Redução de 50% do número de casos de natimorto, em consequência da melhora na qualidade da assistência do pré-natal;
- Aumento de 78% como resultado das ações de saúde bucal em tratamento conservador;
- Aumento de 100% para tratamento em reabilitação oral (Próteses);
- Houve um incremento nos recursos humanos e conseqüentemente melhora da assistência prestada pela equipe de área, através da contratação de Cirurgiões Dentista, Enfermeiros, Técnico em Enfermagem, Agente de Saúde Indígena (AIS), Agente Indígena de Saneamento (AISAN).
- Capacitação dos profissionais das EMSI do DSEI Porto Velho e Vilhena em Vigilância Alimentar e Nutricional.
- Implementação do Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).
- Levantamento do estado nutricional da população indígena do DSEI Porto Velho.
- Acompanhamento de cadastro de famílias indígenas urbanizadas no Bolsa Família.

- Distribuição de cestas básicas em caráter emergencial e temporário às famílias em risco nutricional cadastradas no programa;
- Intensificação nas ações de DOTS;
- Intensificação da busca ativa de sintomáticos respiratórios;
- Não ocorreu nenhum caso de alveolite em virtude da capacitação em Biossegurança;
- Incremento da assistência ao pré-natal com referenciamento precoce da gestante de alto risco;
- Otimização das atividades administrativas, com maior resolutividade em nível de CORE, DSEI e Pólo;
- Realização de supervisões administrativas e técnicas nos Pólos Base, refletindo no acompanhamento efetivo das ações das equipes;
- Participação efetiva do Controle Social nas ações do DSEI Porto Velho;
- Otimização das informações do SIASI;
- Inclusão dos profissionais do Pólo Base de Humaitá no convênio com ONG ASDEFAL.

### Principais dificuldades

Dentre as dificuldades vivenciadas pelo Dsei Porto Velho no ano de 2006, a escassez orçamentária do último semestre foi o principal entrave da não realização em sua plenitude das metas programadas, bem como:

- Teto Orçamentário defasado para o melhor atendimento dos povos indígenas desse DSEI cujo crescimento populacional foi de aproximadamente 67% nos últimos quatro anos;
- Escassez de recurso para compra de materiais e insumos, para todas áreas programáticas;
- Dificuldades de transporte devido a frota de veículos insuficiente e/ou sucateada para execução das ações das EMSI e acompanhamento das atividades nas aldeias;
- Dificuldades de transporte devido a frota de barcos insuficiente e/ou motores para transporte das EMSI e acompanhamento das atividades nas aldeias;
- Falta de equipamentos antropométricos utilizados na coleta de dados do SISVAN específicos para equipes de área.
- Difícil acesso às aldeias no período de chuvas que compreende abril à novembro;
- Equipamentos e materiais insuficientes para completa execução dos trabalhos;
- Alta rotatividade dos profissionais que atuam nas áreas indígenas;
- Número insuficiente de veículos e sua inadequação para o transporte dos imunobiológicos;
- A falta e/ou precariedade de pontos de apoio com energia para a conservação dos imunobiológicos;
- Insuficiência de barcos, voadeiras e veículos compatíveis para o deslocamento das equipes;
- Falta de estrutura nas aldeias para permanência e desenvolvimento das atividades realizadas pelas EMSI.
- Recursos insuficientes para realização de capacitação para profissionais para todas as áreas programáticas;
- Dificuldade no trâmite e/ou aprovação dos projetos elaborados para capacitação de profissionais;

- Superlotação das CASAI haja vista a não disponibilidade de recurso para construção e ampliação de estrutura física adequada.

## **Outras Considerações**

Em relação ao subsistema de saúde indígena diante dos resultados obtidos em 2006 é lícito concluir que, apesar das dificuldades orçamentárias, foram alcançados avanços significativos em todas as áreas programáticas.

Tanto no Distrito Sanitário Especial Indígena quanto nos Pólos Bases de Humaitá, Ji Paraná, Alta Floresta e Guajará Mirim todas as equipes estiveram completas durante o decorrer do ano de 2006 o que possibilitou a intensificação das atividades em área e seu acompanhamento com conseqüente melhoria na promoção e recuperação da saúde dos povos indígenas da área de abrangência deste DSEI.

A despeito das dificuldades enfrentadas no ano de 2006 foram alcançados os melhores resultados quanto aos indicadores epidemiológicos nos últimos quatro anos. Tais indicadores serão utilizados para planejamento e/ou aprimoramento de estratégias visando um melhor êxito nas ações a serem desenvolvidas em 2007.

### 3.2. Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei) de Vilhena

O Distrito Sanitário Especial Indígena de Vilhena tem sede no município de Cacoal e sua implantação ocorreu no mês de novembro de 1999.

A área de abrangência é no sul e sudeste de Rondônia, norte e noroeste de Mato Grosso, em um total aproximado de 5,5 milhões de hectares de territórios indígenas que compõem 15 municípios (estado de Rondônia e Mato Grosso) e 18 Reservas: Sete de Setembro, Rio Mequéns, Rio São Pedro, Roosevelt, Nambiquara, Vale do Guaporé, Taihantessu, Lagoa dos Brincos, Pirineus de Souza, Tubarão Latundê, Igarapé Omerê, Sararé, Escondido, Japuira, Rikbaktsa, Pq. do Aripuanã, Aripuanã e Arara do Rio Branco onde habitam diferentes povos em níveis variados de contato com a sociedade envolvente, totalizando uma população de 5.976 indivíduos.

O Dsei Vilhena é dirigido por um chefe, auxiliado por um Gerente Administrativo, Gerente Técnico e chefes dos Pólos base de Cacoal, Vilhena Juína e Aripuanã-MT.

A gerência técnica conta com uma equipe técnica, sendo 01 farmacêutico que coordena a assistência farmacêutica, 01 profissional que coordena o sistema de informação, 01 profissional que coordena as capacitações desenvolvidas no âmbito do DSEI e 04 supervisores, sendo 01 enfermeiro para cada 02 pólos base para acompanhamento das ações desenvolvidas nos Pólos base, 01 odontólogo que coordena as ações de odontologia e 01 profissional que coordena as ações para controle das endemias.

Cada Pólo base tem sob sua responsabilidade, 01 Casa de Saúde Indígena dirigida por 01 ou 02 enfermeiros e auxiliares de enfermagem. O Pólo base de Vilhena conta com 01 Gerente Administrativo no ponto de apoio em Comodoro/MT.

A contratação das equipes do PSFI foi efetuada pela Associação dos Deficientes Físicos da Amazônia Legal ASDEFAL por meio dos recursos oriundos da SAS com repasses fundo a fundo para as Prefeituras conveniadas.

A formalização do convênio com a Associação dos Deficientes Físicos da Amazônia Legal-ASDEFAL ocorreu em julho de 2005 e prorrogado em julho de 2006 (CV.593/05) para a contratação de RH administrativos, Ações do Controle Social e algumas capacitações previstas no Plano Distrital.

Em junho de 2006, através da Portaria Conjunta SAS nº 047 houve um aumento no número de equipes do PSFI nos Pólos Base e CASAI's, na área de abrangência do distrito, atendendo a demanda já prevista no Plano Distrital e com isso melhorando a assistência prestada.

No ano de 2006, o distrito conseguiu executar 100% das ações propostas e 90,8% das etapas programadas no Plano Distrital 2005/2007.

#### **Perfil de nascer, adoecer e morrer**

A descrição do perfil epidemiológico da população do DSEI Vilhena foi baseada nas informações coletadas pelas profissionais das equipes multidisciplinares (EMSI), CASAI's e municípios da área de abrangência.

## Natalidade

As informações referentes aos nascimentos ocorridos na população indígena do DSEI Vilhena são retiradas das declarações de nascidos vivos (DN), sendo que as DN dos nascimentos ocorridos nas aldeias são preenchidas pelos enfermeiros das EMS/CASAI's e as DN (xerox) dos nascimentos ocorridos nos municípios de referência são coletadas sistematicamente nos municípios e regionais de referência, conforme fluxo do sistema de informação. As DN's são digitadas no Programa SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos no DSEI Vilhena para melhor acompanhamento das informações coletadas.

A natalidade, se refere ao número de pessoas que nascem por 1000 habitantes durante 1 ano.

Desde a década de 70 (38 nascimentos em 1000 habitantes), vem ocorrendo uma redução na taxa de natalidade no Brasil (20,8 nascimentos em 1000 nascidos vivos no ano de 2000 no Brasil e 24,7 no estado de Rondônia). Ao compararmos o número de nascimentos da população indígena do Dsei Vilhena ao número de nascimentos do Brasil e estado de Rondônia, observa-se que o número de nascimentos é superior à população não indígena.

Distribuição do nº de nascimentos, Dsei Vilhena – 2000 à 2006

ANO	População	Nascidos vivos	Coeficiente de natalidade
2000	4688	221	47,14
2001	4863	175	35,98
2002	5082	185	36,40
2003	5304	222	41,85
2004	5526	222	40,17
2005	5770	240	41,59
2006	5976	225	37,65

Fonte: SINASC- SIASI – DSEI VILHENA

**Coeficiente de natalidade: nº de nascimentos por 1000 habitantes**

### Ocorrência

Ano de **2004**

- Ocorreram **222** nascimentos no **Dsei Vilhena**, sendo **65%** ocorridos em **Hospitais**, **33,6 %** nas **aldeias** e **1,3 %** em **outras localidades**.

Ano de **2005**

- Ocorreram **244** nascimentos no **Dsei Vilhena**, sendo **73,4%** ocorridos em **Hospitais**, **25,8 %** nas **aldeias** e **0,8 %** em **outras localidades**.

## Ano de 2006

- Ocorreram **225** nascimentos no **Dsei Vilhena**, sendo **73,7%** ocorridos em **Hospitais**, **25,4 %** nas **aldeias** e **0,9 %** em **outras localidades**.
- A maioria dos nascimentos ocorreram em uma **unidade pública**, **93,9 %** dos nascimentos.

Observa-se a redução no número de nascimentos em relação ao ano anterior.

## Dados do Recém-nascido

### Ano 2005

- **47,1 %** são do sexo **feminino** e **52,9 %** do sexo **masculino**;
- **9,0 %** com peso abaixo de **2,5 kg**, índice superior comparado aos recém-nascidos de alguns municípios de referência: abaixo de 7 %. Entre **2,5 a 3,9 Kg** - **86,9 %** e **superior a 4 Kg** - **4,1 %** dos recém nascidos.

### Ano 2006

- **52 %** são do sexo **feminino** e **48 %** do sexo **masculino**;
- **12,7 %** com peso abaixo de **2,5 kg**, índice superior comparado aos recém-nascidos de alguns municípios de referência: abaixo de 7 %. Entre **2,5 a 3,9 Kg** - **78,3 %** e **superior a 4 Kg** - **9,0 %** dos recém nascidos.

Ocorreu um maior número de nascimentos do sexo feminino e um aumento considerável nos nascidos com baixo peso (de 9,0% para 12,7 %), há necessidade de serem implementadas as ações de acompanhamento às gestantes.

## Morbidade

### Principais agravos identificados pelos atendimentos prestados

No total de diagnósticos identificados pelas equipes multidisciplinares (EMSI's) e profissionais das CASAI'S por meio dos atendimentos prestados à população indígena, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças – CID, verificamos que:

- 1º lugar - Doenças infecciosas e parasitárias - Representam o grupo de agravos de maior incidência: 21,5 % do total, com uma acentuada redução em relação aos anos anteriores, onde o registro deste grupo foi de 31,3 % para o ano de 2005 e de 47,3 % para o ano de 2004.

Dentre os agravos pertencentes à este grupo, as helmintíases, pediculoses, escabiose e doenças infecciosas intestinais apresentam a maior incidência, conforme tabela a seguir:

AGRAVO	Nº DE ATENDIMENTOS	%
Helmintíases	1.955	27,4
Pediculose, escabiose e outros	1.829	25,7
Doenças infeciocsas intestinais	1.157	16,2
Diarréia e gastroenterite	744	10,4
Tracoma	575	8,1
Micoses	554	7,8
Outros	308	4,4
<b>TOTAL</b>	<b>7.122</b>	<b>100</b>

- 2º Lugar - Doenças do aparelho respiratório - Representam 13,0 % do total, no ano anterior o registro foi de 22,2 % e no ano de 2004, 28,7%.

Dentre os agravos pertencentes à este grupo, a nasofaringite aguda ,gripe e IRA (infecção respiratória aguda) apresentam a maior incidência, conforme tabela a seguir:

AGRAVO	Nº DE ATENDIMENTOS	%
Nasofaringite aguda	980	22,7
Gripe	950	22,0
IRA)	620	14,3
Amigdalite aguda	387	8,9
Pneumonia	176	4,1
Outros	1.211	28,0
<b>TOTAL</b>	<b>4.324</b>	<b>100</b>

- 3º Lugar - Doenças do aparelho digestivo - Representam 11,8 % do total. Observa-se um grande aumento em relação aos anos anteriores: 2005 e 2004 - 3,6 % em relação ao total de atendimentos.

Dentre os agravos pertencentes à este grupo, a cárie dental apresenta a maior incidência - 48,6 %.

- 4º Lugar - Doenças de pele e do tecido subcutâneo - Representam 6,3 % do total. Observa-se uma redução em relação aos anos anteriores: 2005 (8,6 %) e 2004 (7,2 %).

As dermatite, eczemas e infecções de pele representam 94.9 % dos agravos deste grupo.

- As doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjunto representam **2,5 %** do total, não havendo registros nos anos anteriores;

- As lesões e conseqüências por **causas externas** representam **1,8 %** do total, tendo um aumento em relação ao ano anterior (0,4 %).

- As doenças do **ouvido** representam **1,3 %** do total; mantendo a mesma incidência do ano anterior.



- E as doenças do **aparelho geniturinário** representam **1,3 %** do total, mantendo a mesma incidência do ano anterior.

- **As doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas:** **1,2 %** do total; mantendo a mesma incidência do ano anterior.

- As doenças do **aparelho circulatório** representam **0,6 %** do total, tendo uma redução em relação ao ano anterior, o qual foi de 1,4 %. O que justifica a redução, é o agendamento dos casos de hipertensão para as consultas subsequentes.

Principais agravos por incidência, Dsei VILHENA – ano 2004 à 2006

COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA	ANO 2004	ANO 2005	ANO 2006
Afecções da pele	24,6	74,0	331,0
Verminose	152,2	433,9	327,1
Pediculose/escabiose	122,1	256,2	306,0
Diarréia	159,5	152	124,5
Infecção respiratória aguda/IRA	182,8	194,7	103,7
Micoses	29,3	74,5	92,7
Anemia	34,2	10,9	69,4

Fonte: SIASI – Pólos Base – DSEI Vilhena

**OBS.:** - Coeficiente de incidência: número de casos por 1000 habitantes;

- Conforme o número de atendimentos realizados, observa-se um aumento nos casos de afecções de pele, micoses, pediculoses, escabioses e anemia; queda nos casos de verminose, diarréia, e IRA.

Os agravos de maior incidência no âmbito do Dsei, continuam sendo a pediculose, escabiose, afecções de pele, micoses, verminose, IRA, , diarréia, desnutrição e tuberculose.

Além destes agravos, observa-se um aumento nos casos de hipertensão, diabetes, leishmaniose, tracoma, doenças neurológicas e neoplasias.

### Doenças crônico-degenerativas

O fator que têm contribuído para o aumento das **doenças crônico-degenerativas** é a mudança do estilo de vida da população indígena, como o sedentarismo e alimentação inadequada.

A seguir estão relacionadas informações referente aos casos de hipertensão e diabetes mellitus.

## Hipertensão

Os casos de **hipertensão** ocorreram predominantemente na população **masculina – 66,1 %** dos casos e nas etnias **Nambikwara (45,2%), Cinta Larga (22,6%), Rikbatksa (12,9 %) e Sakirabiar (11,3 %)**.

Entre os Pólos de Juína e Aripuanã são 15 hipertensos e nos Pólos de Cacoal e Vilhena totalizam 47 hipertensos, totalizando 62 hipertensos.

Todos são acompanhados pela equipe multidisciplinar de saúde (EMSI's), com visitas domiciliares, orientações, consultas e exames periódicos com o médico da unidade de referência, com tratamento contínuo viabilizado pela Unidade de Referência ou pelo DSEI.

## Diabete Mellitus

Os casos de **diabete mellitus** se concentram basicamente na população **Cinta Larga – 76,9 %** dos casos. São do sexo **F – 50 %**.

O número de casos de diabetes atendidos pelos pólos o de Juína, Aripuanã, Cacoal e Vilhena é de 26 diabéticos.

Todos são acompanhados pela equipe multidisciplinar de saúde (EMSI's), com ênfase para alimentação e integridade cutânea, bem como visitas domiciliares e palestras para a comunidade com informações sobre a doença para os familiares, também são assistidos pelo médico com consultas e exames de rotina. O tratamento é garantido por meio do DSEI e Unidades de saúde de referência.

## Agravos de notificação compulsória

Quanto às doenças transmissíveis, predomina a **tuberculose, a leishmaniose e o tracoma**, a seguir estão relacionadas informações referente à estes agravos.

### Tracoma

Foram diagnosticados **332** casos de tracoma entre os anos de **2005 (93** casos no Pólo base de Vilhena) e **2006 (239** casos).

Em todas as aldeias do Pólo base foram desenvolvidas atividades educativas e praticamente em todas as aldeias foi realizado busca ativa e tratamento, conforme normas do Programa.

Ver informações do inquérito no item **“Ações Desenvolvidas – Programa de Controle do Tracoma”**.

### Tuberculose

O controle da tuberculose é uma das prioridades no DSEI Vilhena. No período de 1978 à 1999, **178** casos de tuberculose pulmonar em indígenas, destes **68** são bacilíferos. São da etnia **Suruí - 160** casos, etnia **Cinta Larga - 17** e **01 Macurape**.

Do período de **2000 à 2006** foram registrados **156** casos de tuberculose pulmonar, sendo **72 bacilíferos**. Em 2006 houve um caso de retratamento (recidiva – Pólo base de Aripuanã).

Foram registrados 02 casos de tuberculose extra-pulmonar em 2005 (Pólo base de Juína).  
O Pólo base que registra o maior número de casos é o Pólo base de Cacoal, **75 %** dos casos.

O povo **Suruí** apresenta o maior número de casos de tuberculose, **67,7 %** de 2000 à 2006; no entanto, dos casos registrados em 2006, 50 % são da etnia **Rikbatksa e 38,5 % Suruí**.

Houve redução na detecção de casos, de 11 para 09 casos bacilíferos de 2005 para 2006, ver tabela de coeficiente de incidência.

Ao analisarmos os resultados de tratamento em relação aos anos de 2000 à 2005 observa-se uma média de **cura** em torno de **95,2 %**. Quanto à cura referente ao ano de **2006** foi obtido **91,6 % de cura - estudo de coorte** (casos novos de abril de 2005 à março de 2006).

Nas tabelas a seguir estão relacionados informações referente aos casos de tuberculose do período de 2000 à 2006 quanto aos números de casos por Pólo base, por etnia e resultado de cura.

### Leishmaniose

No ano de **2003** foram notificados **07**, o coeficiente de incidência foi de 1,3/1000 habitantes.

No ano de **2004** foram notificados 26 casos, o coeficiente de incidência foi de **4,7/1000** habitantes, sendo que 84,6% ocorreram na etnia Nambikwara e os demais na etnia Rikbatksa, 65% dos casos foram do sexo Masculino.

No ano de **2005** foram notificados 12 casos, o coeficiente de incidência foi de **2,2/1000** habitantes, sendo que 100% ocorreram na etnia Nambikwara, 60% dos casos foram do sexo masculino.

No ano de **2006** foram notificados **14** casos, o coeficiente de incidência foi de **2,2/1000** habitantes, sendo que 28,6 % ocorreram na etnia Nambikwara e 28,6 % Suruí , 21,4 % Rikbatksa e os demais em outras etnias.

### Varicela

Apesar do DSEI apresentar uma boa cobertura vacinal – **99,1%** , foram registrados **06** casos de varicela nas etnias Cinta Larga e Rikbatksa.

### Hanseníase

Foi registrado o 1º caso de hanseníase na área de abrangência do DSEI Vilhena desde a implantação do DSEI, ano de 2000.

No decorrer do ano de 2006 foram realizadas diversas atividades para implementar a detecção de casos de hanseníase: capacitação de profissionais de saúde: odontólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e principalmente os AIS (agente indígena de saúde) em Doenças de Pele e Parasitoses Intestinais (ver relatório da capacitação no Item – Ações de capacitação).

Durante as atividades de dispersão na aldeia, foi detectado **01** caso de hanseníase: forma paucibacilar, sexo M, 16 anos, etnia Cinta Larga, aldeia Roosevelt- Espigão D´Oeste/RO.

### **Esquistossomose**

Foi notificado **01** caso suspeito de esquistossomose do Pólo base de Vilhena, etnia Aikanã, aldeia Rio do Ouro.

O caso está sendo investigado juntamente com à coordenação estadual do programa de controle da esquistossomose, em virtude da mesma não ter se deslocado para outras localidades.

### **Doenças sexualmente transmissíveis**

O Dsei conta com 02 casos de AIDS, os quais residem na zona urbana do Pólo base de Cacoal, os mesmos são acompanhados pelo SAE de (serviço de atendimento especializado) de Cacoal.

A tabela a seguir se refere aos casos de DSTs registrados na planilha de informações - CIB dos quatro pólos pertencentes ao DSEI/Vilhena. Todos foram diagnosticados por meio de abordagem sindrômica e exames laboratoriais.

O fato de ser registrado um número maior de casos nos pólos de Cacoal e Vilhena se deve ao fato desses concentrarem um maior número de população; bem como, por terem sido considerados os casos de leucorréia, candidíase e gardnerella, doenças não notificáveis pelo MS.

Há também um maior registro de casos do sexo feminino, em virtude da grande maioria dos diagnósticos terem sido realizados por meio da coleta de PCCU. A incidência dos agravos acima citados, como candidíase e gardnerella são assintomáticos no homem e há maior aceitabilidade na realização de anamnese e solicitação de exames pelas mulheres.

Todos foram acompanhados e tratados, além de realizado as referências dos casos necessários.

### **Atendimento anti-rábico**

Foram registrados 04 casos. Todos os casos de atendimento anti-rábico notificados são do Pólo base de Cacoal, provavelmente há sub-notificação dos outros Pólos base.

### **Acidente por animais peçonhentos**

Foram registrados 05 casos de acidentes por animais peçonhentos, sendo 05 do Pólo base de Cacoal e 01 do Pólo base de Vilhena; provavelmente há sub-notificação dos outros Pólos base.

## Mortalidade

As informações referente ao número de óbitos ocorridos na população indígena do Dsei Vilhena são retiradas das declarações de óbitos (D.O), sendo que as DO's (xerox) dos 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 no Dsei Vilhena para melhor acompanhamento das informações, principalmente quanto a definição da causa básica do óbito.

Os esforços desenvolvidos no Dsei de Vilhena 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.

A **mortalidade geral** (total de óbitos em 1000 habitantes) teve uma queda nos 03 últimos anos, refletindo uma melhora na assistência à população indígena e/ou. melhora na qualidade de vida. Comparado à mortalidade da população não indígena da região, observa-se que não há uma diferença muito significativa, em média 4,3 óbitos em 1000 habitantes na população não indígena e **4,6** óbitos em 1000 habitantes na população indígena (ano **2006**).

Houve um aumento da **mortalidade infantil** (óbitos em menores de 01 ano) em relação ao ano anterior, de 33,3 para **48,9** óbitos em menores de 1 ano em 1000 nascidos vivos. A mortalidade infantil das crianças indígenas é bem superior às crianças não indígenas de alguns municípios da área de abrangência (em torno de 13 óbitos em 1000 nascidos vivos).

Os óbitos do período **perinatal** (natimorto e menores de 07 dias) tiveram um aumento em relação ao ano anterior, de 20,7 para **35,5** óbitos; no entanto, houve a redução da mortalidade **neonatal tardia** (óbitos em crianças de 8 à 28 dias) ao longo dos anos, de 32,4 em 2001 para **0 (zero)** em 2006.

Os óbitos ocorridos no período perinatal (0 à 7 dias), na grande maioria não são evitáveis; por exemplo, má formação congênita, transtornos cardiovasculares, respiratórios e outros; no entanto, podem ocorrer também devido a má assistência ao pré-natal, parto ou puerpério. Porém, não houve nenhum óbito na faixa etária de 8 a 28 dias (mortalidade neonatal tardia), refletindo uma boa assistência prestada ao recém-nascido no 1º mês de vida.

Há necessidade de serem implementadas as ações de acompanhamento às gestantes, parto e puerpério. É de vital importância a promoção de intervenções multisetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e de saúde das mulheres; bem como, garantir o nascimento seguro e a sobrevivência dos recém-nascidos, onde a assistência ao pré-natal, parto e puerpério assumam o papel central da assistência.

A mortalidade **pós-neonatal** (infantil tardia) que compreende os óbitos de 28 dias a menores de 01 ano teve uma aumento acentuado em relação ao ano anterior, de 12,5 para **22,2** óbitos em 1000 nascidos vivos.. Para a redução destes óbitos, há a necessidade de serem implementadas as ações de assistência integral à saúde da criança, tais como: Programa de combate à IRA, diarreia, crescimento/desenvolvimento, imunização, bem como o fortalecimento

de parcerias firmadas com as Pastorais da Saúde, por meio da confecção e distribuição de farinha multimistura à população desnutrida.

No entanto, a redução dos óbitos desta faixa etária, bem como de 1 à 4 anos, continua sendo um grande desafio para os profissionais que atuam na atenção à saúde indígena, pois as causas subjacentes desses óbitos estão intimamente vinculados às condições de saúde e nutrição, nível de escolaridade e de vida da mulher e da família, garantia do aleitamento materno e alimentação/nutrição adequada às crianças no primeiro ano de vida, principalmente após o desmame.

Nas tabelas à seguir estão relacionados os coeficientes e informações gerais referente aos óbitos ocorridos de 2000 à 2006.

Distribuição do nº de óbitos ocorridos no DSEI Vilhena por faixa etária, Dsei Vilhena / 2000 a 2006

Faixa Etária	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Menor de 1ano</b>	14	08	12	10	09	08	11
Menor 7 dias	00	05	01	05	02	04	06
De 8 a 27 dias	00	00	06	03	02	01	00
De 28 dias a menor 1 a	00	03	05	02	05	03	05
<b>De 1 a 4 anos</b>	02	06	08	03	04	05	06
<b>De 5 a 14 anos</b>	01	03	04	03	02	01	01
<b>De 15 a 49 anos</b>	05	05	04	04	05	01	01
<b>Maior de 50 anos</b>	09	04	07	07	09	07	09
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>26</b>	<b>35</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>22</b>	<b>28</b>

Fonte: Declaração de óbito/SIM – DSEI Vilhena

#### Observações:

- Natimortos (nascidos mortos) - não estão computados neste quadro. Houve uma redução em relação ao ano de 2000: Ano 2000: 06; ano 2001: 02; ano 2002: 01; ano 2003: 00; ano 2004: 00; ano 2005: 01 e ano 2006: 02 natimortos.

## Principais coeficientes de mortalidade, Dsei VILHENA – Anos 2000 a 2006

Coeficiente de Mortalidade	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
GERAL (Nº óbitos em 1000 habitantes)	6,6	5,3	6,8	5,0	5,2	3,8	4,6
INFANTIL (Nº óbitos em menores de 01 ano em 1000 nascidos vivos)	63,3	45,7	64,8	45,0	40,5	33,3	48,9
NATIMORTALIDADE (Nº de nascidos mortos em 1000 nascidos vivos e mortos)	27,1	11,4	5,4	0,0	0,0	4,2	8,9
PERINATAL (Nº óbitos em menores de 07 dias e natimorto em 1000 nascidos vivos e mortos)	54,4	39,5	10,7	22,5	9,00	20,7	35,2
NEONATAL (Nº óbitos em menores de 28 dias em 1000 nascidos vivos)	43,5	28,6	37,8	36,0	18,0	20,8	26,7
NEONATAL TARDIA (Nº óbitos entre 08 a 28 dias em 1000 nascidos vivos)	0,0	0,0	32,4	13,5	9,0	4,2	0,0
INFANTIL TARDIA (Nº óbitos em óbitos de 28 dias a menores de 1 ano em 1000 nascidos vivos)	19,8	17,1	27,0	9,0	22,5	12,5	22,2

Fonte: Declaração de óbito/SIM – DSEI Vilhena

### Quanto à causa de óbito

No Ano de **2005** ocorreu um **aumento** dos óbitos causados por **doenças infecciosas e parasitárias**: septicemia, gastroenterite e diarreia que representam 25% dos óbitos, as **afecções** originadas no **período perinatal**, 16,7% dos óbitos e as **neoplasias** 12,5 % dos óbitos.

Ocorreu uma **redução** dos óbitos por **diabetes, desnutrição, pneumonia e causas externas**.

Não foi registrado nenhum caso de morte materna.

No Ano de **2006** ocorreu um **aumento** dos óbitos originados no período **perinatal**, **28,6 %** dos óbitos; das **doenças do aparelho circulatório**: hipertensão e infarto..

Ocorreu uma **redução** dos óbitos por doenças infecciosas parasitárias e neoplasias..

Não foi registrado nenhum caso de morte materna.

CAUSAS DE ÓBITO	Número de Óbitos		
	Ano 2004	Ano 2005	Ano 2006
<b>Conforme grupo de doenças CID: Código internacional doenças</b>			
<b>Doenças infecciosas e parasitárias</b>	<b>02</b>	<b>06</b>	<b>04</b>
Septicemia	01	04	00
Gastroenterite/Diarréia	01	02	04
<b>Neoplasias</b>	<b>01</b>	<b>03</b>	<b>01</b>
Localização não especificada	01	00	00
Pulmão	00	01	00
Estômago	00	01	01
Pâncreas	00	01	00
<b>Doenças endócrinas, nutricionais e metab.</b>	<b>04</b>	<b>01</b>	<b>03</b>
Diabete	01	00	01
Desnutrição	03	01	01
Outras	00	00	01
<b>Doenças do sistema nervoso</b>	<b>02</b>	<b>00</b>	<b>01</b>
Encefalite	02	00	00
Outras	00	00	01
<b>Doenças do Aparelho circulatório</b>	<b>02</b>	<b>01</b>	<b>05</b>
AVC- acidente vascular cerebral	01	00	00
Hipertensão	01	01	02
Infarto	00	00	02
Doença cerebrovascular	00	00	01
<b>Doenças do aparelho respiratório</b>	<b>04</b>	<b>02</b>	<b>03</b>
Pneumonia	03	00	01
Pneumonia aspirativa	01	01	00
Doença pulmonar obstrutiva crônica	00	01	00
Doença crônica ds vias áreas inferiores	00	00	02
<b>Doenças do aparelho digestivo</b>	<b>01</b>	<b>00</b>	<b>02</b>
Doença hepática	01	00	00
Cirrose hepática	00	00	01
Doença do aparelho digestivo	00	00	01
<b>Doenças do aparelho geniturinário</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>00</b>
Insuficiência renal	01	02	00
<b>Algumas afecções do período perinatal</b>	<b>02</b>	<b>04</b>	<b>08</b>
Debilidade congênita não especificada	01	01	02
Recém-nascido baixo peso	01	01	01
Circular de cordão umbilical	00	01	00
Insuficiência respiratória e cardiovascular	00	01	01
Feto e RN afetado c/ comp gravidez	00	00	<b>01</b>
Transtorno relac. duração gestação	00	00	<b>03</b>
<b>Malformações congênitas/ outras anomalias</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>01</b>
Má formação congênita	00	01	01
Hérnia congênita do hiato	00	01	00
<b>Sintomas, sinais e outros achados anormais</b>	<b>03</b>	<b>02</b>	<b>02</b>
Senilidade	01	01	00
Causa desconhecida	02	01	02
<b>Causas externas (</b>	<b>04</b>	<b>01</b>	<b>01</b>
Agressão	01	00	01
Acidente com arma de fogo	01	00	00
Acidente de trânsito – atropelamento	01	00	00
Outros acidentes	01	01	00
Homicídio por arma de fogo	00	00	00
	<b>27</b>	<b>24</b>	<b>28</b>



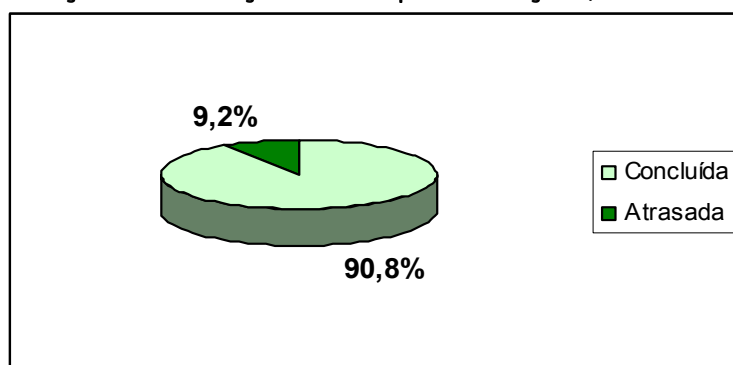
## Principais Ações – Ações Prioritárias

Para a redução dos indicadores de morbimortalidade da população indígena do DSEI Vilhena foram pactuadas **09 ações** no Plano Distrital, as quais foram **100 %** foram atingidas.

Das **76 etapas** programadas, **69** foram concluídas representando **90,8 %** e 07 não foram concluídas. No ano anterior foi possível concluir 92 % das etapas programadas.

- 1.1- Intensificação das ações de controle da tuberculose;
- 1.2- Intensificação das ações de controle da malária;
- 1.3- Implantação da Vigilância Alimentar e Nutricional e Apoio às Ações de Promoção de Segurança Alimentar e Nutricional;
- 1.4- Intensificação das ações de imunizações nas áreas indígenas;
- 1.5- Implementação do modelo de atenção integral à saúde da mulher e da criança;
- 1.6- Implantação e implementação do programa de DST/HIV/AIDS e Hepatites virais;
- 1.7- Aumento da resolutividade e cobertura das ações de saúde bucal.
- 1.8- Implantação das ações de controle do Tracoma;
- 1.9- Intensificação das ações de controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Situação da execução das etapas das ações, Dsei Vilhena – 2006



1 – REDUZIR EM 10 % A INCIDÊNCIA DA TUBERCULOSE PULMONAR BACILÍFERA NA POPULAÇÃO INDÍGENA

Índice 2002	Ano 2006		Observação
	Pactuado	Atingido	
252,8 casos de tuberculose em 100.000 habitantes	204,7 casos de tuberculose em 100.000 habitantes	151,3 casos de tuberculose em 100.000 habitantes	Redução de 40,0 %

Foram pactuadas **09** etapas para a redução do índice da tuberculose, sendo que **100 %** das etapas foram concluídas.

## Informações Gerais

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.

Escobar et al (2001) estudaram os casos de tuberculose entre a população indígena de Rondônia no período de 1992 a 1998. Foram identificados 362 registros da doença entre as diferentes etnias do estado, o que representou 8% dos casos válidos documentados no Programa de Controle da Tuberculose do estado de RO, no mesmo período. Os resultados apresentados entre 1992 e 1998 demonstraram taxas de incidência média anual de 1% ou 1.000 casos novos/100.000 habitantes entre a população indígena de Rondônia, enquanto as taxas para a população geral do estado no mesmo período encontravam-se abaixo de 100 casos em 100.000 habitantes (Escobar et al. 2001).

Estes dados apontam a situação de risco para a tuberculose as que estão expostos os povos indígenas no âmbito do nosso DSEI.

As informações epidemiológicas estão descritas no Item – Perfil de nascer, adoecer, morrer – Programa de tuberculose.

Durante os anos de 2004 e 2005 juntamente com as parcerias estabelecidas com a FIOCRUZ, Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Rondônia e Mato Grosso e Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de referência foram implementadas as ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios, controle de comunicantes e outras atividades para implementação do programa de controle da tuberculose.

No ano de 2006 foram implementadas diversas ações para aumentar a detecção de casos e garantir o tratamento supervisionado (DOT's) dos indígenas com tuberculose, dentre elas:

- Implementação das ações de vigilância e controle dos casos em todas as aldeias;
- Identificação de **169 sintomáticos respiratórios**, com realização de baciloscopia, por meio de busca ativa de rotina e mutirões;
- Examinados **95 %** dos **contatos** (meta 70 %);
- **96 %** dos casos de tuberculose (bacilífero e não bacilífero) com tratamento supervisionado – **DOT's** ;
- Realização de quimioprofilaxia em 02 contatos de bacilíferos – Pólo base de Cacoal;
- Avaliação mensal do programa de tuberculose pelos profissionais dos Pólos base e DSEI em parceria com as unidades de saúde de referência;
- **Capacitação** em estratégia DOT's de **50** profissionais de saúde, motoristas, agente de endemias, gerência e outros, com o intuito de garantir o acompanhamento dos casos, em especial os bacilíferos (ver no Item – Ações de Capacitação);
- Participação dos servidores do Pólo base de Cacoal na 1º Expoart em tuberculose e hanseníase – março de 2006;
- Realização de atividades educativas e teatros nas CASAI's para sensibilização da comunidade;
- Afixação de faixas educativas.

## 2 – REDUZIR EM 10 % A INCIDÊNCIA DE MALÁRIA NA POPULAÇÃO INDÍGENA

Índice 2002	Ano 2006		Observação
	Pactuado	Atingido	
2002: 2,2 casos de malária em 1.000 hab. 2004: 112,9 casos de malária em 1.000 hab.	50 casos de malária em 1.000 habitantes	39,3 casos de malária em 1.000 habitantes	Redução de 21,40 %

Para o cálculo do coeficiente de incidência da malária, estão sendo computados somente os casos ocorridos em população indígena (**235** casos), foram registrados **523** casos de malária em área indígena (SIVEP –malária).

Foram pactuadas **13 etapas** para a redução do índice da malária, sendo que **03 etapas não foram concluídas:**

- **Realização de captura de vetores adultos de anopheles para conhecimento de horário de pico:**
- **Realização de inquérito entomológico nas aldeias com casos autóctones de malária:**
- **Realização de reconhecimento geográfico das aldeias quanto ao número de casos e tipo de moradia.**

As 03 etapas não foram concluídas por falta de recursos orçamentários e financeiros, deficiência de veículos e recursos humanos.

Foram concluídas **76,9 %** das etapas pactuadas.

Apesar de desenvolver outras atividades, o objetivo principal do Setor de Endemias do DSEI, é desenvolver ações de controle da malária em toda a área de abrangência do DSEI.

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. Não foi possível manter a equipe permanentemente no garimpo por motivos de segurança pessoal, como também por falta de veículos, acessibilidade e condições de trabalho.

No ano de **2003** ocorreram apenas **06** casos de malária em todo o Distrito, sendo todos importados. Apesar da vigilância realizada no ano de 2003, onde o número de coleta de lâminas aumentou em 66,6 % por meio de busca passiva e ativa, não foi possível realizar um trabalho a contento em áreas que necessitam de vigilância e controle de casos continuamente.

No ano de **2004**, com o aumento da circulação de pessoas (média 500 ao mês) para o garimpo Laje, algumas vindo de áreas endêmicas de malária, desencadeou o aumento de casos de malária na população indígena, como também na população não indígena dos municípios vizinhos. Devido o alto índice de malária no garimpo, ocorreu um aumento de malária em outras aldeias dos Pólos base de Vilhena/RO, Juína/MT e Aripuanã/MT. Foram registrados no SIVEP **957** casos de malária, sendo 54,3% da etnia Cinta Larga e **32** aldeias (total: 126) registraram casos autóctones de malária. Foram examinadas 3.462 lâminas, com 17,9% de positividade.

No ano de **2005**, houve uma redução significativa dos números de casos de malária (79,3 %), ou seja, uma redução de 957 para **198** casos.

No ano de **2006** foram registrados 523 casos de malária em área indígena, destes **235** foram em indígenas, os demais casos (288) são de não indígenas que estavam circulando em terras indígenas. Para verificar o número real de casos de malária foram analisadas todas as fichas de investigação de casos de malária – SIVEP notificadas durante o ano de 2006 para serem separados os indígenas dos não indígenas.

Do total de casos de 2005, 120 foram Vivax, 71 Falciparum e 07 Falciparum + Vivax;. Dos casos notificados em 2006, 491 foram Vivax, 58 Falciparum e 38 Falciparum + Vivax.. Fonte de informação: SIVEP - malária dos laboratórios volantes – FUNASA e municípios de abrangência.

De 134 aldeias, foram registrados casos **autóctones** em **27 aldeias** do DSEI no ano de 2006, em especial as aldeias circunvizinhas do Garimpo Laje. Há necessidade de serem implementadas ações de vigilância de casos febris em todas as aldeias, bem como, realizar tratamento supervisionado e bloqueio adequado em todos os casos de malária detectados para efetivar o controle da malária em todas as aldeias do distrito.

## Distribuição do nº de casos de malária notificados, Dsei Vilhena – 2000 a 2006

Coeficiente de incidência	ANO					
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nº de casos de malária em 1000 habitantes	8,6	2,2	1,3	112,9	33,9	39,3

Fonte: SIVEP-malária DSEI Vilhena

Obs: No ano de 2006 foram computados somente os casos de malária em população indígena. Total: 523 casos, indígenas 235

### Atividades de controle da malária

Foram realizadas diversas atividades nos Pólos base no decorrer do ano de 2006, tais como: visitas às aldeias, capacitação dos profissionais que atuam no programa de controle da malária, ações de vigilância e tratamento dos casos de malária com o intuito de informar as ações desenvolvidas no controle da malária, voltadas para a busca ativa, investigação, diagnóstico e tratamento, controle vetorial e atividades educativas.

A integração dos profissionais que atuam no DSEI: EMSI's, supervisores do DSEI e equipe de endemias foi de suma importância para o desenvolvimento das ações.

As principais ações de controle da malária desenvolvidas pelos profissionais do setor de endemias e parceria com as EMSI's são:

- Borrifação Residual intradomiciliar e extradomiciliar nas paredes casas de madeiras, alvenarias e nas malocas de palhas. No combate ao mosquito anofelino transmissor da malária! Total de 1.369 Residência protegidas;
- Aplicação Espacial em aldeias com alto médio risco vetorial, realizado por meio de aplicação termonebulização fumacê, conforme critérios entomológicos estabelecidos. Total de 127 Horas;
- Vigilância Contínua das aldeias de alto e médio risco no controle de investigações do vetor e do doente. Total de visitas realizadas: 163;
- Busca ativa de sintomáticos, identificação de pessoa com sinais e sintomas de malária, com colheita de lâminas, diagnóstico e tratamento supervisionado; lâminas de verificação de Cura – LVC. Total de lâminas colhidas: 1.348; . Total de tratamento supervisionado LVC: 225;
- Levantamentos Entomológicos primários das influencia biológicas com classificação da área com presença das espécies anofelicas com risco de transmissão das doenças endêmicas malária leishmaniose e direcionamento das ações e medidas de impactos no controle dos fatores de risco. Total de capturas e avaliação: 09 aldeias.

### Atividades Educativas

Foram realizadas **58** atividades educativas nas aldeias; foram abordados assuntos referente ao transmissor da doença, sinais e sintomas e orientação à comunidade quanto ao uso de medida de proteção individual e ordenamento do meio ambiente para combate ao vetor na fase imatura e adulto, como: limpeza da vegetação aquática ,evitando o acúmulo de água parada dos canos de pias das lavanderias, mantendo limpeza das aldeias nas proximidades das casas pelo menos 100 metros, não freqüentar os rios e matas nos horários do pico do mosquito, das 5 às 7 de manhã e das 18 às 21 da noite.

A equipe de endemias com apoio do Dsei – Vilhena e Pólo de Juina realizaram a construção de uma casa de apoio no porto do Coroado, o qual dará apoio às equipes de área e de supervisão, facilitando os trabalhos a serem realizados nas aldeias próximas ao rio Jurueña.

Mesmo com as ações de vigilância, diagnóstico e tratamento da malária, realizadas pelas equipes de endemias de forma contínua nas aldeias, provavelmente não é possível realizar o efetivo controle da malária devido ao Garimpo Lage, pois muitos brancos e índios de várias etnias, aldeias e municípios vão à procura da riqueza mineral existente naquele local, com a rotatividade desta população, é possível surgir surtos de malária. Atualmente o garimpo Lage é responsável por mais de 90% dos casos de malária no âmbito do DSEI.

### **Dificuldades na execução das atividades**

- Falta de segurança para as equipes, principalmente na área do garimpo, por haver muitos conflitos entre índios e garimpeiros brancos;
- Deficiência de material para a realização dos trabalhos entomológicos;
- Recursos humanos insuficientes para atender as 134 aldeias do DSEI;
- Deficiência de equipamentos, como Bomba fog e falta de manutenção nos equipamentos velhos;
- Deficiência de veículos, o número é insuficiente para atender as equipes, bem como a frota existente está antiga e quebra constantemente;
- Falta de alojamento para equipe endemias no garimpo em no Pólo base de Juina;
- Estradas em péssimas condições de tráfego, principalmente as estradas que dão acesso ao garimpo no período da chuva.

### **Outras atividades desenvolvidas pelo setor de endemias**

#### **Vacinação canina e felina contra a raiva**

Foram vacinados **853** animais (cães e gatos) nas aldeias durante o ano de 2006. Há necessidade de ser realizado um levantamento de cães e gatos, a fim de termos a real meta de animais a serem vacinados.

#### **Controle de roedores**

Foi realizado um trabalho de aplicação de iscas e inseticidas no controle de roedores em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Cacoal - setor de Zoonozes, bem como atividades educativas junto à comunidade.

As atividades foram realizadas nas aldeias Tenente Marques João e Vicente.

Há necessidade de serem implementadas as ações de controle de roedores, pois há uma grande infestação de roedores nas aldeias.

#### **Controle de baratas**

Foram capacitados 04 servidores do Dsei em técnica de controle de baratas.

Foram realizados alguns trabalhos educativos nas aldeias quanto ao controle das baratas.

Há necessidade de serem implementadas as ações de controle das baratas, pois há uma grande infestação nas aldeias.

## Outras atividades

Participação nas oficinas de mobilização social em educação e saúde com orientações à comunidade das medidas de manejo ambiental no controle dos vetores, quanto às medidas de proteção individual para a prevenção da malária e leishmaniose, sendo realizado levantamento e orientações quanto aos cães doentes para controle da leishmaniose.

Há necessidade de serem implantadas ações de vigilância de triatomíneos para o controle da leishmaniose nas aldeias.

Nas aldeias Aroeira Central e Divisa foram construídas hortas comunitárias juntamente com a comunidade.

As atividades de supervisão junto aos Pólos, CASAI's, EMSI's são realizadas de forma rotineira pelos supervisores do DSEI.

### 3 – IMPLEMENTAR A VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NOS PÓLOS BASE, PRIORIZANDO CRIANÇAS MENORES DE 05 ANOS E GESTANTES

Índice 2002	Ano 2005 e 2006		Observação
	Pactuado	Atingido	
0 Pólos com programa implementado	<b>04</b> Pólos base com programa implementado	<b>04</b> Pólos base com programa implementado	<b>100 % meta concluída</b>

Foram pactuadas **05 etapas** para a implementação da vigilância alimentar e nutricional. Foram concluídas **100 %** das etapas pactuadas.

### 4 – ALCANÇAR A COBERTURA VACINAL ADEQUADA EM 50 % DAS ALDEIAS DO DSEI PARA AS VACINAS SABIN E HEPATITE B EM MENORES DE 05 ANOS E TETRAVALENTE EM MENORES DE 01 ANO.

Índice 2002	Ano 2006		Observação
	Pactuado	Atingido	
<b>00</b> aldeias com cobertura adequada analisada	<b>67</b> aldeias com cobertura vacinal adequada (>95 %)	<b>100</b> aldeias com cobertura vacinal adequada.	<b>74,6 % das aldeias com cobertura vacinal adequada</b>

Foram pactuadas **04 etapas** para a implementação do programa de imunização, **100 %** das etapas foram concluídas.

## Ações de Imunização

Dentre as ações desenvolvidas pelo Dsei para a promoção a saúde e prevenção e controle de doenças, a imunização se constitui uma das ações prioritárias. No entanto, sua operacionalização é complexa, devido em parte, a grande diversidade cultural, a dispersão geográfica dessas comunidades, a alta rotatividade dos profissionais de saúde e a necessidade de acondicionamento, conservação e transporte, em condições especiais, dos imunobiológicos.

Houve dificuldade para o desenvolvimento das ações de imunização, no decorrer do ano de 2006, em virtude da deficiência de recursos orçamentários e financeiros para garantir o deslocamento das EMSI's às aldeias, principalmente pela insuficiência de veículos e frota depreciada.

Apesar destas dificuldades, a vacinação é realizada de forma rotineira pelas equipes MDSI, as quais realizam ações de imunização em todas as viagens, conforme planejamento de vacinas (SIASI).

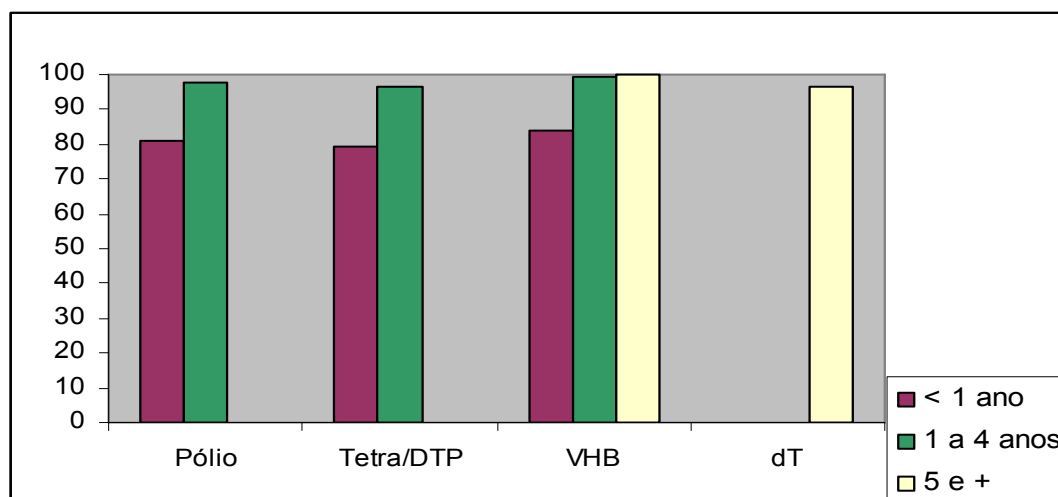
Desde 2005 o planejamento das vacinas à serem aplicadas é realizado por meio do SIASI; todos os cartões de imunização da população indígena estão digitados no SIASI – módulo imunização, o qual é atualizado sistematicamente e serve para planejamento das ações de imunização, bem como para o levantamento da cobertura vacinal.

A cobertura vacinal é satisfatória praticamente em todas as vacinas, exceto para os menores de 01 ano de idade.

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 s 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 conta 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.

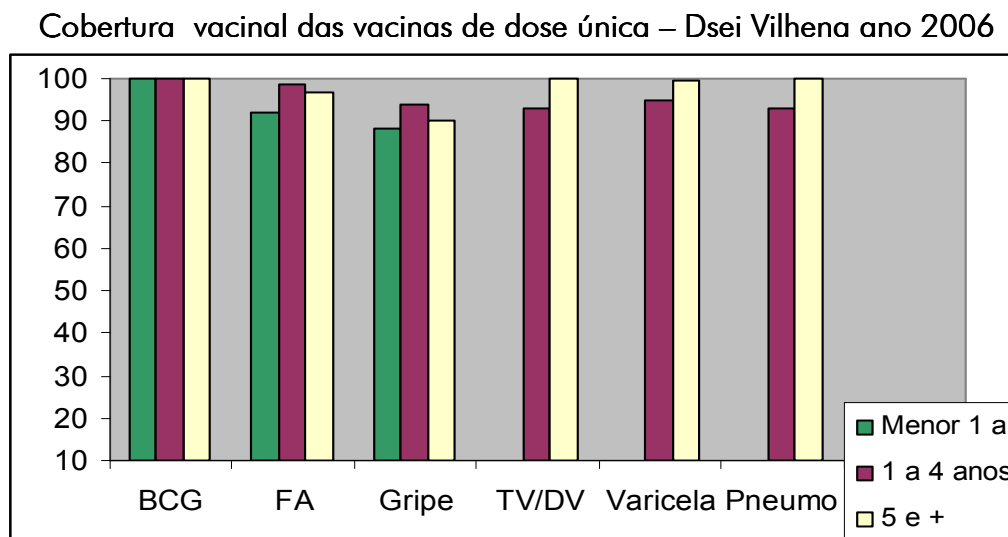
Foi possível ultrapassar a meta pactuada, a de alcançar 50 % das aldeias com cobertura vacinal adequada para as vacinas *Sabin* e hepatite B em menores de 05 anos e tetravalente para os menores de 01 ano; das 134 aldeias, **100 (74,6 %)** estão com cobertura vacinal adequada. Porém, se compararmos ao ano anterior, o número de aldeias com cobertura vacinal homogênea reduzir, no ano 2005: de 126 aldeias, 110 (87,3 %) estão com cobertura vacinal adequada.

**Cobertura vacinal das vacinas multidoses – Dsei Vilhena ano 2006**



Fonte: SIASI/Pólos base – DSEI Vilhena

Obs: Pólio: vacina contra paralisia infantil; TETRA: vacina contra tétano, difteria, coqueluche e hemophilus influenzae tipo B(Hib); DTP: vacina contra tétano, difteria, coqueluche; VHB: vacina contra hepatite B e dT: vacina contra tétano e difteria.



Fonte: SIASI Pólos base/ DSEI Vilhena

Obs: BCG: vacina contra as formas graves de tuberculose; F.A: vacina contra febre amarela; Gripe: vacina contra a influenza; TV: vacina contra sarampo, rubéola e parotidite (caxumba); DV: vacina contra sarampo e rubéola; Varicela: vacina contra a varicela e Pneumo: vacina contra pneumonias e outras infecções causadas pelo pneumococo.

5 – IMPLEMENTAR AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE INTEGRAL DA MULHER E DA CRIANÇA, DE FORMA INTEGRADA COM AS OUTRAS ÁREAS PROGRAMÁTICAS, PRIORIZANDO O PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO, CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO E DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA (< 5 ANOS).

Índice 2002	Ano 2005 e 2006		Observação
	Pactuado	Atingido	
0 Pólos com ações implementadas	04 Pólos com ações implementadas	04 Pólos com ações implementadas	100 % da meta atingida

Foram pactuadas **16 etapas** para a implementação das ações de promoção à saúde integral da mulher e da criança, destas, **81,2 %** **13** foram concluídas. Não foram concluídas **03 etapas**, sendo elas:

#### Acompanhamento, Crescimento e Desenvolvimento dos menores de 05 anos

Foi pactuado no Plano Distrital o acompanhamento de **95 %** dos **menores de 05 anos** mensalmente, ou seja, a realização de 11.844 acompanhamentos, foram realizados 7.292 acompanhamentos durante o ano de 2006, representando **62 %** de cobertura.



O número de crianças acompanhadas não é satisfatório, pois em algumas aldeias não há agente de saúde ou técnico de enfermagem permanente, bem como havia deficiência de balanças. A visita realizada pelas equipes multidisciplinares de saúde (EMSI's) nem sempre é mensal, em virtude de falta de veículos. Além das dificuldades acima mencionadas, é importante mencionar que a meta é super estimada, pois foi pactuado 01acompanhamento mensal para cada criança indígena menor de 05 anos.

Para parâmetros quanto ao estado nutricional dos menores de 05 anos foi utilizado o mês de dezembro de 2006 por ser o último mês de acompanhamento dos mesmos, apesar do reduzido de crianças acompanhadas. A cobertura da situação nutricional não corresponde a 100% dos menores de 05 anos, pois no último trimestre as atividades de rotina foram prejudicadas devido à problemas orçamentários. A falta de supervisão direta dos enfermeiros acabou refletindo na baixa produtividade dos AIS.

Foram acompanhadas 440 crianças de 0 a 5 anos. A verificação do peso dos menores de 05 anos é realizada pelos técnicos de enfermagem que atuam nas aldeias e pelos AIS que são capacitados para este serviço; a consolidação, avaliação nutricional, planejamento e as ações são de responsabilidade da enfermeira das EMSI's.

Na avaliação realizada dos menores de 05 anos acompanhados, percebe-se um alto índice de desnutrição, atingindo principalmente as crianças de 1 à 2 anos de idade, pois a mãe 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.

O Dsei Vilhena, juntamente com o Controle Social, estão promovendo reuniões com as lideranças indígenas e AIS, lideranças para sensibilizá-los quanto a importância do acompanhamento das crianças ,bem como, efetuar maior cobrança do trabalho dos AIS e técnicos de técnicos de enfermagem que atuam nas aldeias.

#### Distribuição do nº de crianças por categoria nutricional e tipo de aleitamento, Dsei Vilhena – Dezembro de 2006

Especificação	PÓLO BASE				TOTAL	
	ARIPUANÃ	CACOAL	JUINA	VILHENA	Nº	%
Peso	00	00	08	00	08	1,8
Muito baixo	02	01	76	08	87	19,8
Baixo	03	06	64	13	86	19,5
Risco nutricional	32	46	135	37	250	56,8
Adequado	00	00	00	09	09	2,0
Sobre peso						
Aleitamento	02	02	27	10	41	9,3
Exclusivo	05	07	15	00	27	6,1
Predominante	10	23	71	57	161	36,6
Misto	20	21	157	00	198	45
Outros leites	00	00	01	00	13	3,0
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>53</b>	<b>283</b>	<b>67</b>	<b>440</b>	<b>100</b>

Fonte: Planilha de acompanhamento C/D - Pólo base/DSEI Vilhena

- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 à 5 anos por meio do cartão da criança e ficha de acompanhamento:

Houve dificuldades para atingir o esta etapa por vários fatores: em algumas aldeias não há agente de saúde ou técnico de enfermagem permanente, bem como há falta de balanças.; as visitas realizadas pelas equipes multidisciplinares de saúde (EMSI's) nem sempre é mensal, em virtude de falta de veículos. Além destas dificuldades mencionadas, é importante mencionar que a meta é super estimada, pois foi pactuado 01acompanhamento mensal para cada criança indígena menor de 05 anos.

- **Capacitação de 10 profissionais para desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde da mulher e da criança:**

A etapa não foi realizada por falta de recursos orçamentários e financeiros (recursos não liberados pelo VIGISUS).

- **Realização de oficina com profissionais dos Pólos base, visando a definição de estratégias integradas para o programa de saúde da mulher e da criança:**

Em virtude da realização da capacitação das EMSI's, item anterior, não foi realizado a oficina para definição das estratégias de ação.

## 6 – IMPLEMENTAR O PROGRAMA DE DST/AIDS E HEPATITES NO DSEI, COM BASE NAS NECESSIDADES E CARACTERÍSTICAS CULTURAIS LOCAIS.

Índice 2002	Ano 2005 e 2006		Observação
	Pactuado	Atingido	
00 pólo com programa implementado	04 pólos com programa implementado	04 pólos com programa implementado	100 % dos Pólos

Foram pactuadas **09 etapas** para a implementação do programa de DST/AIDS e hepatites, **100 %** das etapas foram concluídas.

## 7 – IMPLEMENTAR AS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NOS PÓLOS BASE.

Índice 2002	Ano 2005 e 2006		Observação
	Pactuado	Atingido	
00 pólo com programa implementado	04 pólos com programa implementado	04 pólos com programa implementado	100 % dos Pólos

Foram pactuadas **09 etapas** para a implementação do programa de saúde bucal, sendo 100 % concluídas.

### Informações gerais

Desde o período de contato e pacificação, as populações indígenas da Amazônia ocidental vêm experimentando um processo de transfiguração do seu modo de vida, com um importante impacto sobre a sua saúde. A substituição de hábitos nômades por uma vida mais sedentária, imposta pela restrição de seu deslocamento em territórios demarcados e o estabelecimento em aldeamentos fixos, a substituição da dieta constituída anteriormente por produtos de caça, pesca, coleta e agricultura rudimentar por uma outra de produtos industrializados e de maior teor salino, assim como o surgimento de epidemias letais de infecções

determinadas pelo contato direto com o elemento humano da sociedade nacional. A área de saúde indígena está atravessando uma fase singular no Brasil. O momento atual caracteriza-se por alterações profundas que englobam desde aceleradas transformações em perfis epidemiológicos até a reestruturação do sistema de assistência à saúde indígena. Após a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas- DSEI, é possível identificar os avanços alcançados, dentre eles a inserção das ações de atenção à Saúde Bucal na Política Nacional de Saúde Indígena. Verifica - se, por meio dos relatos e levantamentos existentes, que geralmente nas áreas indígenas de pouco contato, ou contato recente, os índices de cárie são baixos. Quanto maior ou mais prolongado o contato, estes índices tendem a subir. Esta modificação na incidência da cárie dental tem sido constatada pelos profissionais que trabalham em áreas indígenas. Alguns fatores seriam a mudanças da flora bucal, o maior consumo de produtos industriais, especialmente o açúcar, e a mudança de hábitos e costumes nas comunidades. Hoje, a mudança alimentar causa um desequilíbrio que leva à agudização dos processos cariosos e à perda precoce dos dentes. 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. Como não tem havido um prosseguimento na atenção à saúde, nem curativa, nem preventiva, o que se encontra é um grande número de dentes a serem extraídos, muitos a serem obturados e um aumento expressivo na necessidade de próteses dentárias.

Dentre os agravos no que se refere a saúde bucal que acometem a população adstrita ao DSEI - Vilhena, a cárie dental é o principal agravo, seguida do tártaro. Existe ainda um grande número de desdentados. A perda precoce de elementos dentários também é preocupante.

O Dsei Vilhena conta com 07(sete) equipes de saúde bucal, para assistência a população indígena.

### Atividades de saúde bucal

As atividades de saúde bucal englobam: o **controle da infecção intrabucal**: preconiza-se a universalização de procedimentos individuais no âmbito da atenção básica, visando completa remoção de focos de infecções como procedimento inicial; **assistência especializada** - consiste na definição de um sistema de referência e contra referência para as especialidades e a **reabilitação** - constituída por tratamentos com próteses totais e parciais e unitárias.

### Educação em saúde

Consiste nas atividades educativas, enfatizando os cuidados com a saúde bucal (orientações sobre dieta, aleitamento materno, desenvolvimento orofacial e higiene oral e outros). São atividades de abordagem coletiva, dialogada, com linguagem clara e simples.

São priorizadas as atividades que permitam a construção do conhecimento, pela interação entre o saber da população indígena e o saber técnico da equipe de saúde bucal. O cirurgião-dentista e demais componentes das equipes multidisciplinares (EMSI's) apoiam o fortalecimento das atividades de educação continuada em saúde bucal realizadas na comunidade. Os professores indígenas e demais lideranças são importantes aliados neste processo.

## Atividades com flúor

São realizadas seis aplicações com intervalos de três dias (72 horas), de acordo com a situação epidemiológica.

A continuidade desta ação fica sob responsabilidade do Agente de Saúde Indígena (AIS) nas áreas onde estão presentes, e/ou técnicos de enfermagem que atuam nas aldeias, após devidamente orientados.

## Higiene bucal

Compreende a escovação diária, garantindo o acesso à escova e creme dental com flúor a toda a população. Existe a planilha de controle de distribuição de creme dental e escova. A distribuição deve ocorrer 4 vezes ao ano.

## Procedimentos Individuais

O conjunto de procedimentos individuais de atenção básica visa o controle da infecção intrabucal. É oferecida a toda a população indígena no âmbito do DSEI – Vilhena.

## Sistema de Informação

A coleta de dados é realizada por meio de fichas padronizadas:

- Ficha de levantamento de necessidades;
- Ficha individual;
- Registro do acompanhamento do atendimento;
- Ficha de controle de pacientes com lesões bucais e extra bucais.

Elenco de procedimentos de saúde bucal na atenção básica:

Referem-se àqueles constantes da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB/SUS 96 - e Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS).

- Consulta odontológica;
- Aplicação Terapêutica intensiva com flúor;
- Aplicação de cariostático;
- Aplicação de selante;
- Controle da placa bacteriana;
- Escariação;
- Raspagem, alisamento e polimento;
- Curetagem supra-gengival e polimento dentário;
- Selamento de cavidade com cimento provisório;
- Capeamento pulpar direto em dente permanente;
- Pulpotomia em dente decíduo ou permanente e selamento provisório;
- Restauração em amálgama;
- Restauração em Resina composta;
- Restauração em ionômero de vidro;
- Exodontia de dente decíduo;
- Exodontia de dente permanente;
- Remoção de resto radicular;
- Tratamento de alveolite;

- Tratamento de hemorragias ou pequenos procedimentos de urgência;

É utilizada a técnica da Restauração Atraumática – ART, que consiste na remoção de tecido cariado utilizando instrumento manual e posterior restauração com cimento de ionômero de vidro indicado para esta técnica. O ART é indicado principalmente para dentes decíduos.

### Procedimentos Coletivos e Individuais

<b>PROCEDIMENTOS COLETIVOS</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Educação e Saúde	69	147	163
Participantes da reunião	1.571	3.367	3.314
Escova dental distribuída	4.207	5.650	18.592
Creme dental distribuído	2.715	3.423	9.257
Pessoas assistidas em higiene bucal supervisionada	2.096	3.556	4.848
Aplicações tópicas de flúor realizadas	1.170	3.605	5.515
<b>PROCEDIMENTOS INDIVIDUAIS</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Pessoas atendidas	1883	3080	3.730
A.R.T	782	1766	957
Exodontia de resto radicular	182	79	72
Pessoas com 1º Fase concluída	754	1081	2.324
<b>CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Crianças atendidas	211	502	664
A.R.T	100	187	304
1º Fase concluída	86	217	539

Apesar das dificuldades enfrentadas pelo DSEI-VILHENA no ano de 2006, pode-se observar aumento considerável das atividades de educação e saúde em relação à 2005, como: entrega de escovas e creme dental; atividades de higiene bucal supervisionado e aplicação tópica de flúor.

Observa – se também que em 2006 um número maior de pessoas tiveram o tratamento concluído, esses avanços estão relacionados à vários fatores; entre eles, a aquisição de materiais e equipamentos, tanto de consumo, quanto permanente - consultórios odontológicos portáteis auto claves, fotopolimerizadores, amalgamadores, geradores de energia, instrumentais clínicos e cirúrgicos, entre outros. Houve também a contratação de novas equipes, aumentando de quatro para sete, de modo que os pólos com maior população indígena sob sua responsabilidade, foram contemplados com duas equipes de saúde bucal, são eles: pólos base de Cacoal, Vilhena e Juína e uma equipe para atender a população do Pólo Base de Aripuanã.

Foram capacitados 40 profissionais em ações de saúde bucal, dentre eles, agentes indígenas de saúde, técnicos de enfermagem e enfermeiros, destacam-se na realização destas atividades o Pólo Base de Aripuanã e o Pólo Base de Cacoal.

### 8 – IMPLANTAR O PROGRAMA DE CONTROLE DO TRACOMA NAS ALDEIAS DO DSEI.

Índice 2002	Ano 2006		Observação
	Pactuado	Atingido	
00 aldeias com programa implantado	36 aldeias do Pólo base de Vilhena com programa implantado	140 aldeias do Pólo base de Vilhena com programa implantado	100 % das aldeias

Foram realizadas atividades educativas e busca ativa em todas as aldeias, inclusive nas 06 aldeias novas, ainda não cadastradas.

Foram pactuadas **5 etapas** para a implantação do programa de controle do tracoma, , **80 %** foram concluídas (04 etapas). A etapa não concluída foi:

- **Tratamento dos casos detectados:**

Esta etapa foi atingida em **78 %**, de 331 casos de tracoma, foram tratados 258.

Houve vários entraves para a conclusão do tratamento dos casos detectados: a medicação somente foi disponibilizada a partir do mês de julho, alguns indígenas não estavam nas aldeias no período do tratamento e dificuldade das EMSI's se deslocarem para as aldeias por falta de veículos, recursos orçamentários e financeiros (último trimestre).

Foram diagnosticados **332** casos de tracoma entre os anos de 2005 (93 casos no Pólo base de Vilhena) e 2006 (239 casos).

Em todas as aldeias do Pólo base foram desenvolvidas atividades educativas e praticamente em todas as aldeias foi realizado busca ativa e tratamento, conforme normas do Programa.

**Distribuição do número de casos de tracoma detectados por pólo base, sexo, faixa etária, etnia e aldeia – DSEI Vilhena, 2006**

Especificação		PÓLO BASE				TOTAL
		ARIPUANÁ	CACOAL	JUINA	VILHENA	
Nº de casos		03	17	109	203	332
Sexo	F	02	05	51	94	152
	M	01	11	58	109	179
Faixa Etária	0 a 01 ano	00	00	00	02	02
	01 a 10 anos	03	07	38	91	139
	11 a 20 anos	00	05	19	41	65
	21 a 30 anos	00	01	18	18	37
	31 a 40 anos	00	00	11	07	18
	41 a 50 anos	00	00	09	12	21
	51 a 60 anos	00	01	10	15	26
	61 a 70 anos	00	00	02	09	11
	71 e mais	00	00	02	08	10
Etnia	Nambikwara	00	00	00	203	203
	Cinta Larga	03	00	41	00	44
	SURUÍ	00	14	00	00	14
	Kwasar	00	03	00	00	03
	Rikbaktsa	00	00	68	00	68

Fonte: Ficha de inquérito /Pólo base/ DSEI Vilhena

## Inquérito realizado

○ número total de tracoma, considerando a população examinada que correspondeu a 63% desta foi de 231 casos, destes 203 apresentaram tracoma folicular, 9 apresentaram tracoma cicatricial associado a tracoma folicular, havendo assim necessidade de tratamento, 23 apresentaram tracoma cicatricial, 3 apresentaram tracoma cicatricial associado a inflamação tracomatosa, 1 apresentou triquíase tracomatosa e 1 apresentou opacificação corneana.

○ pólo de Vilhena vem trabalhando para controle deste agravo, o qual apresenta grande índice de casos devido aos hábitos de vida e falta de higiene da população indígena assistida, a cobertura citada na tabela acima corresponde aos diagnósticos e tratamentos realizados no ano de 2006, no entanto, este trabalho já estava sendo realizado desde 2005, sendo realizados inquérito e tratamento em toda a população nos meses de abril e julho do mesmo ano, o que dificultou a realização do tratamento em 100% dos casos de tracoma folicular no ano de 2006 foi a ausência dos indígenas nas aldeias durante as visitas e o fato do DSEI Vilhena estar passando por problemas orçamentários o que impediu as equipes de deslocamento para as Aldeias desde o mês de setembro. Nas Aldeias citadas acima o tratamento foi feito em massa devido ao grande índice de casos na população em geral.

○ total de casos das planilhas a seguir relacionadas, referem-se ao número de pessoas examinadas e casos detectados do final do ano de 2005 e 2006, sendo que destes 430 pessoas foram examinados no ano de 2005 e 546 foram examinadas em 2006, segue as fichas de inquérito e controle de 2006.

○ Pólo de Aripuanã é contemplada 15 aldeias, apenas em 09 foi realizado o inquérito de tracoma, ficou faltando 08 aldeias para concluir em 100% o inquérito, um dos entrave para alcançar a conclusão das metas foi a logística, e o outro é a dificuldade de compreensão dos profissionais da equipe.

### Resultado final do inquérito – Dsei Vilhena, ano 2006

Pólo base	POP EXIST	POP. EXAM	% examinados	Nº CASOS		% POSITIVIDADE
				Detec.	tratados	
Aripuanã	524	133	25%	03	03	09%
Cacoal	2003	870	44%	17	17	12%
Juína	1449	1012	67%	109	109	07%
Vilhena	1945	976	50%	203	130	24%
<b>TOTAL</b>	<b>5976</b>	<b>2991</b>	<b>50%</b>	<b>332</b>	<b>332</b>	<b>11%</b>

Fonte: Ficha de inquérito /Pólo base/ DSEI Vilhena

## 9 – IMPLEMENTAR AÇÕES DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS.

Índice 2002	Ano 2005 e 2006		Observação
	Pactuado	Atingido	
00 pólos com programa implementado	04 pólos com programa implementado	04 Pólos com programa implementado	100 % dos Pólos

Foram pactuadas **06 etapas** para a implementação do programa de controle da hipertensão e diabetes mellitus, **100 %** foram concluídas.

### **Das ações realizadas pelo Dsei Vilhena**

As atividades realizadas em área estão voltadas à assistência integral à saúde, sendo desenvolvidas em geral as ações abaixo relacionadas, sendo necessário implementar alguns programas, em decorrência da alta rotatividade dos profissionais de saúde, como também pelo aumento de alguns agravos, como a diabete e a hipertensão.

As principais atividades desenvolvidas 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;
- Coleta de sangue das gestantes na aldeia por meio da equipe para agilizar os exames como: HIV, Hbs, Hbc, Rubéola, PKU, Toxoplasmose, VDRL, Citomegalovirus, Imunoglopatia, HTLV, TSH.

Nas 04 CASAI's, uma em cada Pólo Base, são realizados os atendimentos dos usuários referenciados pelos profissionais da aldeia e da demanda espontânea. As CASAI's oferecem consultas médicas e de enfermagem, conforme programas normatizados pelo Ministério da Saúde, e quando necessário os usuários são encaminhados às unidades de referência para receberem o atendimento necessário, seja na rede do SUS ou da rede particular, caso a rede pública não disponibilizar o serviço necessário. São realizados os exames necessários, administrados os medicamentos prescritos e realizado o acompanhamento do caso, enquanto for necessário.

### **Principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde para a execução das ações programadas:**

- Dificuldade para contratar profissionais capacitados e com perfil adequado para atender a população indígena;
- Grande circulação da população indígena e AIS nas áreas de garimpo Lage - aldeia Roosevelt, assentamentos e cidades vizinhas, aumentando a troca de parceiros, número de casos



de DST's e o alcoolismo, como também dificultando o tratamento supervisionado dos principais agravos, como tuberculose, diabete e hipertensão;

- Deficiência de veículos para o deslocamento das equipes multidisciplinares;
- Deficiência de recursos orçamentários e financeiros para a realização das atividades programadas.

## Outros Programas

### Assistência Farmacêutica

A farmácia/almojarifado funciona na sede do Dsei-Vilhena em Cacoal, a qual desenvolve ações que visam melhorar a qualidade no atendimento dos Pólos Base e CASAI's deste DSEI, com a distribuição de fármacos, material penso, material odontológico e demais materiais utilizados pelos mesmos.

A farmácia/almojarifado do Dsei-Vilhena tem como rotina receber os medicamentos e outros materiais, conforme a nota de empenho, observando a quantidade total do produto, especificação de sua fórmula farmacêutica e validade. Controla o estoque, desde a entrada e o armazenamento e distribuição dos mesmos para cada Pólo Base. Mensalmente os pólos base enviam o mapa de medicamento para o DSEI, para que possam ser contemplados com medicamentos e outros materiais, conforme estoque e quantidade necessária.

A CORE viabilizou um contrato para aquisição de medicamentos fora da lista básica determinada pela FUNASA como no caso das receitas médicas, nos tratamentos de continuidade e nas situações em que o distrito esteja sem medicamento para a assistência na aldeia.

Os medicamentos das receitas não estão contemplados na farmácia do DSEI e Pólos, quando necessário, são solicitados, conforme modelo de requisição de medicamentos, para a Farmácia do contrato para suprir a demanda da CASAI e equipes multidisciplinares (EMSI). O Pólo envia para o DSEI a solicitação, onde o pedido é atestado pela farmacêutica e posteriormente assinado pela chefe do DSEI e encaminhado para a coordenação da FUNASA onde é dada a autorização para aquisição de acordo com o contrato de compra de medicamentos.

Todos os medicamentos que compõe a lista básica são adquiridos pela FUNASA/DESAI Brasília e pelo Ministério da Saúde.

### Sistema de Informação

A fim de garantir um sistema de informação eficiente, os profissionais de saúde, tanto da Casa de Saúde e da equipe multidisciplinar utilizam os formulários do SIASI (Sistema de informação da saúde indígena) e formulários padronizados pelo DSEI para os acompanhamentos dos programas (imunização, gestante, puérperas, criança, tuberculose, diabete, hipertensão, medicamentos, etc.). A padronização dos instrumentos utilizados facilita a condensação dos dados, como também garante a qualidade dos acompanhamentos dos programas e permite a qualidade das informações.

Os dados produzidos pelos AIS, equipes, CASAI's são lançados num formulário elaborado pelo Distrito – Coleta de Informações Básicas – CIB, o qual contém informações de produção, gastos, perfil epidemiológico (morbidade, natalidade e mortalidade), sendo o SIASI a principal fonte para alimentação deste formulário. Estes dados são condensados e analisados pelos profissionais dos Pólos e posteriormente encaminhados para a coordenação do Distrito mensalmente, a fim de processar a consolidação e análise dos dados, produzindo informações epidemiológicas e servindo como base para o re-direcionamento das ações desenvolvidas.

No ano de 2006 foi realizado uma adequação do SIASI, onde foi possível obter informações específicas sobre os atendimentos e procedimentos realizados, citando como exemplo:

- Coleta de PCCU com resultados dos exames: normal, inflamatório NIC I, II ou III, Ca ou HPV;
- Pesagem com registro do peso: MB=muito baixo, B= baixo, RN= risco nutricional, A= Adequado, SP= sobrepeso e O= Obeso;
- Verificação da pressão arterial e outros procedimentos com registro de normal ou alterado.

São utilizados também os sistemas de informação: SINAN (Sistema de informação de agravos notificáveis), SINASC (Sistema de informação de nascidos vivos), SIM (Sistema de informação de mortalidade) e API (Avaliação do programa de imunização) de forma paralela, propiciando a disponibilização mais oportuna dos dados, possibilitando uma abordagem epidemiológica que valoriza a informação para a ação

A coleta de dados para alimentar os sistemas é realizada sistematicamente por profissionais de saúde que fazem a busca ativa semanal de fichas de notificação /investigação dos agravos e doenças de notificação compulsória (obrigatória), das declarações de nascidos vivos e declarações de óbito nas unidades de saúde pública/particular dos municípios da área de abrangência ou de referência do Dsei, bem como são enviadas as declarações e fichas preenchidas no âmbito do Pólo base.

Todos os óbitos, em crianças, mulheres em idade fértil e mal definidos, são investigados e as declarações de nascidos vivos são analisadas, casos houver equívoco nas informações (ex: endereço, número de consultas de pré-natal, etc), são corrigidas e repassadas as informações ao município de referência e ao DSEI.

O fluxo de informações segue uma rotina estabelecida conforme normatização realizada juntamente com os profissionais de saúde, responsáveis pelo sistema de informação, chefia dos Pólos base, coordenação técnica do distrito, Delegacias Regionais de Saúde e Secretarias Municipais dos municípios da área de abrangência.

## **Aquisição de Equipamentos**

No ano de 2006 foram superadas as expectativas em relação à aquisição de equipamentos, medicamentos, materiais médicos, hospitalares e odontológicos; os quais foram adquiridos pela conveniada ASEDEFAL através do convênio existente com as Prefeituras de Cacoal, Juína, e Aripuanã, utilizando o saldo do recurso fundo a fundo da SAS para a contratação de RH. Este saldo existente foi decorrente da época em que estava sendo formalizado o convênio. A CORE e DSEI participaram da elaboração e formalização do plano de trabalho.

Foram adquiridos os seguintes equipamentos: 29 rádios transceptores, 01 microscópio binocular, 04 fotopolimerizadores, 01 gerador (com potência máxima de 5,5 KWA à diesel), 04 cadeiras (aço branca para banho), 04 cadeiras odontológicas, 13 bombas (manual com tanque de aço inoxidável de 15 litros), 07 termonebulizadores portáteis para aplicação espacial de inseticida, 02 nebulizadores portáteis c/ 1 saída, 02 amalgamadores analógicos, 04 equipos odontológicos(c/ luz intra oral acoplável), 06 moto-serras, 15 baterias 60 A 12 V, 70 balanças aspiradas (capacidade 25kg), 17 esfignomanômetros (adulto), 15 esfignomanômetros (infantil), 07 mochos odontológicos, 05 refletores portáteis, 02 notebook's, 02 data show's, 05 bebedouros de coluna, 07 escadas (c/ 2 degraus), 18 fogões de duas bocas de alta pressão, 18 botijas de gás (13 kg), 32 caixas térmicas de polietileno, 03 autoclaves (12 litros em aço inox) entre outros equipamentos, perfazendo um valor aproximado de R\$ 300.000,00.

O DSEI Vilhena encontra dificuldades no armazenamento dos equipamentos, medicamentos e demais materiais por não termos um almoxarifado do tamanho adequado, bem como, no transporte destes para os Pólos base em virtude da deficiência de veículos e dificuldade de acesso. O distrito, por meio da CORE, já enviou à Presidência da FUNASA, projeto para construção do almoxarifado do distrito, estamos aguardando aprovação.

## O Controle Social

O Controle Social é a participação do povo para controlar e garantir a qualidade dos serviços de saúde nas comunidades Indígenas, uma vez que deverá ocorrer em todas as etapas do planejamento, implantação, implementação e funcionamento das ações de saúde do Distrito.

Essa participação tem ocorrido especialmente por intermédio da constituição e pleno funcionamento dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde Indígena. Nessas reuniões, o distrito se empenha para garantir o deslocamento para participação dos gestores municipais e técnicos da FUNASA de diversas áreas da Coordenação Regional (CORE), que durante as reuniões esclarecem dúvidas e se integram com todos os membros do conselho e comunidades participantes.

O Conselho Indígena têm participado do Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígenas em Brasília-DF, realizado visitas periódicas às aldeias pelos presidentes dos conselhos locais e distrital e assessores indígenas, visitas às secretarias Municipais e Estaduais de Saúde para verificação de atendimento ao paciente indígena junto as unidades do SUS, articulação para vaga ao indígena junto aos Conselhos Municipais de Saúde, Estaduais de Saúde (hoje já é realidade), realizado às conferências locais e distrital com a participação da comunidade com o intuito de evidenciar o pleno exercício do controle social.

Os Conselhos Locais de Saúde estão constituídos pelos representantes das comunidades (aldeias) indígenas da área de abrangência dos Pólos Base, incluindo lideranças tradicionais, professores indígenas, agentes indígenas de saúde e profissionais de Saúde (PSFI) do Pólos Base, especialistas tradicionais, parteiras e outros.

As reuniões dos Conselhos Locais são realizadas a cada bimestre, e são organizadas pelos Presidentes dos respectivos conselhos com a ajuda dos chefes de cada Pólo Base.

Essa é uma instância privilegiada para articulação com gestores Locais para encaminhamento das discussões pertinentes às ações e serviços de saúde.

Desta forma, o DSEI-VILHENA é composto por 04 (quatro) Pólos Base, que por sua vez em cada um deles contempla um Conselho Local de Saúde Indígena, sendo:

Pólo Base de Cacoal - RO

Pólo Base Vilhena - RO

Pólo Base de Juína - MT

Pólo Base de Aripuanã - MT

São programadas quatro reuniões nos conselhos locais em cada Pólo base. Nas primeiras reuniões são realizadas as avaliadas das ações desenvolvidas no ano anterior e planejado as ações que serão desenvolvidas no decorrer do ano; nas próximas reuniões são avaliadas as ações pactuadas e atingidas do período vigente, bem como são discutidos assuntos extras encaminhados pela conselheiros ou comunidade indígena. Há a participação de representantes de cada uma das aldeias.

Os Conselhos Locais de Saúde são formados 100% por indígenas, os representantes são escolhidos pelas comunidades ou aldeias daquela região, sendo sua indicação formalizada pelo chefe do Distrito. São também convidados para as reuniões representantes das instituições parceiras daquela localidade, afim de discutir a assistência prestada aos indígenas.

O Conselho Distrital de Saúde são instâncias de Controle Social, de caráter deliberativo, fiscalizador, consultivo e informativo, de acordo com a Lei nº 8.142/90, observando em sua composição a paridade de 50% de usuários, 25% de organizações governamentais, 25% de trabalhadores do setor de saúde do respectivo órgão executor DSEI.

O Conselho Distrital é composto pelo Presidente, vice Presidente, 1º Secretário e 2º Secretário, os quais são escolhidos na primeira reunião após o término do mandato de cada gestão (2 em 2 anos), mediante portaria publicada no Diário Oficial da União.

Possui regimento interno e plano de trabalho, o presidente do conselho é eleito diretamente pelos conselheiros. Como forma de promover a articulação da população indígena com outras instâncias na solução de problemas de saúde pública, é favorecida a participação de seus representantes nos Conselhos Municipais Estaduais de Saúde. É composto por membro Usuário representante de cada Etnia da área de abrangência do DSEI. Todas as reuniões realizadas até o presente momento contam com 50% mais um (01), de participação dos indígenas; assim como a participação dos gestores e trabalhadores dos serviços de saúde, organizações governamentais e não governamentais. As reuniões do conselho distrital acontecem após as reuniões dos conselhos locais, cada vez em um município (Pólo Base).

#### Reunião dos conselhos locais de saúde indígena

Na primeira quinzena do mês de Fevereiro do ano de 2006, iniciou o cronograma de reuniões dos Conselhos Locais. No Pólo base de Aripuanã, a primeira reunião do Conselho Local foi realizada na aldeia Ponte Nova, No Pólo base de Juína – MT, a reunião foi realizada na aldeia Primavera - comunidade Rikbaktsa. Na primeira quinzena do mês de Maio, realizou-se a reunião no Município de Comodoro – MT (Pólo base de Vilhena) - aldeia Nambikwara Central, comunidade Nambikwara. No Pólo base de Cacoal, a reunião foi realizada nas dependências do Hotel Clássico no centro da cidade com a comunidade Suruí.

Na primeira quinzena do mês de Julho de 2006, aconteceu a reunião do Conselho Local de Aripuanã – MT, aldeia Taquaral com a comunidade Cinta Larga, em seguida, no Pólo base de Juína, aldeia Capivara, com a comunidade Cinta Larga.

Na primeira quinzena do mês de Agosto, no Pólo base de Vilhena, na aldeia Mamaindê com a Comunidade Mamaindê e Nambikwara. No Pólo base de Cacoal, realizou-se a reunião do Conselho Local na aldeia Linha 12 com a comunidade Suruí.

Em todas as Reuniões de Conselhos Locais, os técnicos e as Equipes de saúde (PSFI) dos Pólos Bases tiveram participação ativa, juntamente com os as lideranças nas aldeias.

#### Reuniões do Conselho Local realizadas – DSEI Vilhena

Pólo base	Período	Nº participantes
Aripuanã	20 a 21/02/2006	32
	03 e 04/07/2006	31
Cacoal	04/05/2006	30
	02 e 03/08/2006	37
Juína	23 e 24/02/2006.	37
	07 e 08/07/2006	35
Vilhena	10/05/2006	35
	02 e 03/08/2006	38

## Reunião do conselho distrital de saúde indígena

Após a realização das Conferências Locais e Distrital no ano de 2005, foi realizada na primeira quinzena de março de 2006, a reunião extraordinária do Conselho Distrital do DSEI-VILHENA. Com o tema principal foi a complementação orçamentária da Coordenação Regional da FUNASA de Rondônia (CORE/RO). Na segunda quinzena de Março, realizou-se a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena no Município de Caldas Novas – GO, onde houve a participação de representantes das comunidades Indígenas do DSEI- Vilhena-RO com 12 participantes representando as 16 etnia.

Na primeira quinzena do mês de Junho de 2006, realizou-se a XVI Reunião do Conselho Distrital no município de Juína – MT, onde a equipe técnica de saúde do Dsei-VILHENA apresentou as metas pactuadas e atingidas referente aos anos de 2005 e 2006, enfatizando as metas atingidas por Pólo Base. Em seguida, apresentou-se a prestação de contas do ano de 2005. Foram contempladas as novas construções de Postos de Saúde do Tipo 01 (um) nas aldeias de abrangência do Dsei-VILHENA.

Na primeira quinzena do mês de Novembro realizou-se a XVII reunião do Conselho Distrital de Saúde no município de Aripuanã – MT, onde foi realizada uma avaliação do ano corrente e discutiu-se sobre as metas pactuadas e atingidas. Em seguida, durante a reunião do Conselho Distrital houve a Eleição para Presidente de Conselho Distrital, onde os candidatos concorrentes eram: Nelson Mutzie (atual Presidente do Conselho), Ronildo Apurinã (conselheiro representante do Povo Indígena Apurinã) e Valéria Pereira Arara (representante do Povo Indígena Arara). A Eleição foi realizada mediante voto secreto e de acordo com a votação dos Conselheiros indígenas e não indígenas foram eleitos como Presidente do Conselho Distrital para o próximo mandato (dois anos seguintes) - Nelson Mutzie (reeleito) e o Vice-Presidente do Conselho Distrital - Ronildo Apurinã.

Posteriormente foi apresentado, discutido e aprovado as adequações do Regimento Interno do Conselho Distrital.

Na segunda quinzena do mês de novembro, realizou-se a reunião extraordinária dos Conselhos Distritais de Saúde do DSEI-VILHENA e DSEI-PORTO VELHO na Capital Porto Velho - RO, onde teve como pauta, o pedido no aumento no Teto Orçamentário da Coordenação Regional da FUNASA para continuidade das ações de saúde nas aldeias que são de abrangência dos dois Distritos Sanitários.

## Situação de risco

### Garimpo Laje/povo Cinta Larga

A existência do garimpo pode ser considerada a principal situação de risco no DSEI Vilhena; o povo Cinta Larga é a etnia mais prejudicada pelo garimpo Laje–aldeia Roosevelt, considerando que o garimpo se localiza em suas terras, como também é o povo que mais permanece no garimpo. O Povo Cinta Larga reside nas aldeias e municípios de referência dos Pólos base de Cacoal, Juína e Aripuanã. Há também uma grande circulação de outras etnias do Dsei Vilhena no Garimpo, como também de outros distritos do Estado de Rondônia e de outros estados.

Observa-se um crescente prejuízo na saúde da população indígena, em especial do povo Cinta larga. A relativa abundância de recursos financeiros de algumas lideranças, não é revertida em benefícios diretos à população. Isso tem reflexos insignificantes ou até negativos na melhoria da qualidade de vida da população. Nas aldeias ocorreu o abandono das roças, substituídas quase que totalmente pela compra de alimentos nas cidades. Esta situação acentuou ainda mais o problema da desnutrição infantil pela adoção de referências nutricionais equivocadas, baseadas no consumo de alimentos industrializados de baixa qualidade protéica e teores nutricionais duvidosos.

Hoje, basicamente o povo Cinta Larga se alimenta com produtos industrializados, tais como: refrigerantes, salgadinhos, frituras, massas. Com estas mudanças alimentares, agravou-se mais o problema da desnutrição infantil e mortalidade infantil, e mortalidade de crianças de 1 a 4 anos. Apesar das parcerias estabelecidas para o controle dos casos de desnutrição por meio de confecção de multimistura para a população, principalmente as crianças desnutridas, é quase impossível monitorar os casos em virtude da alta rotatividade da população, o mesmo ocorre com os diabéticos e hipertensos.

Apesar de terem apenas 02 casos de AIDS no âmbito do DSEI, onde provavelmente 01 foi contaminado por pessoas que circulavam no garimpo, o aumento de casos de soropositivos para o HIV e ou com AIDS nos municípios de referência com certeza foi decorrência ao garimpo. Com certeza o aumento das doenças sexualmente transmissíveis e a ocorrência de casos de AIDS na população indígena são inevitáveis.

Foram realizadas ações de prevenção, detecção e tratamento das DST e testagem para detecção do vírus HIV por meio de teste rápido na população Cinta Larga nos anos de 2003 e 2005, não sendo detectado nenhum caso soropositivo para o HIV nestas aldeias. Há necessidade de implementar ações de prevenção, detecção e tratamento das DST/AIDS na população indígena, principalmente no povo Cinta Larga e população que circula no garimpo.

Outro problema é o aumento considerável dos casos de malária., no ano de **2003** foram registrados apenas **06** casos de malária em todo o Distrito, todos foram importados. No ano de **2004**, com o aumento da circulação de pessoas (média 500 ao mês) para o garimpo Lage, algumas vindo de áreas endêmicas de malária, desencadeou o aumento de casos de malária na população indígena, como também na população não indígena dos municípios vizinhos. Devido o alto índice de malária no garimpo, ocorreu um aumento de malária em outras aldeias dos Pólos base de Vilhena/RO, Juína/MT e Aripuanã/MT. Foram registrados no SIVEP **957** casos de malária, sendo 54,3% da etnia Cinta Larga e **32** aldeias (total: 126) registraram casos autóctones de malária. No ano de **2005**, houve uma redução significativa dos números de casos de malária (79,3 %), ou seja, uma redução de 957 para **198** casos, foi possível implementar ações de controle na área do garimpo, como também em alguns períodos o garimpo estava fechado.

No ano de **2006** foram registrados **523** casos de malária em área indígena, destes **235** foram em indígenas, os demais casos (288) são de não indígenas que estavam circulando em terras indígena..

Apesar da atuação da Equipe de Endemias do DSEI, a qual tem como objetivo primordial realizar o controle da malária na área do garimpo Lage - aldeia Roosevelt e aldeias circunvizinhas do garimpo quanto ao controle dos focos, identificação e tratamento de casos de malária, praticamente não está sendo possível manter a equipe permanentemente no garimpo por motivos de segurança pessoal e em virtude da deficiência de recursos humanos.

Outro agravante é que 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 forma contínua e eficaz, principalmente pela falta do agente de saúde na aldeia, pois a maioria desistiu e está no garimpo; a rotatividade da população indígena "aldeia /garimpo" é intensa, não sendo possível acompanhar as crianças no seu crescimento e desenvolvimento, realizar pré-natal das gestantes e monitorar os diabéticos, hipertensos e outros de forma sistemática.

Os casos de hipertensão ocorreram predominantemente na população masculina – 66,1 % e 19,3 % são da etnia Cinta Larga.

Os casos de diabete mellitus se concentram basicamente na população Cinta Larga – 76,9 % dos casos. São do sexo M – 50 % .

Para desenvolver as ações básicas programadas na área do garimpo, conforme problemas identificados acima é imprescindível que as EMSI's e equipe de endemias tenham condições favoráveis de trabalho, principalmente no que se refere a segurança pessoal, infra-estrutura e de saneamento básico para atendimento dos pacientes.

Outro ponto fundamental para que as ações desenvolvidas no garimpo pelas equipes sejam satisfatórias é necessário que a população que permanece naquela localidade tenha condições mínimas de moradia e saneamento básico, sem as quais torna-se impossível desenvolver ações de prevenção e tratamento.

### **Ações de capacitação**

As capacitações são contínuas por ser um elemento importante na trabalho das equipes de saúde, buscando a ampliação do processo saúde/doença . Proporcionando o crescimento pessoal e profissional do servidor, criando possibilidades de aperfeiçoamento dos serviços.

As capacitações de Recursos Humanos são realizadas conforme programação e necessidades dos Pólos base. As atividades são desenvolvidas conforme a categoria profissional, sendo envolvidos nos três níveis de governo: Nacional, Estadual e Municipal.

A seleção dos profissionais de saúde necessários para compor as equipes multidisciplinares, bem como também as CASAI's é realizada pelos técnicos do Distrito, onde são analisados os currículos, realizadas entrevistas e testes de seleção, com o intuito de selecionar os profissionais com perfil adequado para as vagas pré existentes.

Conforme o Plano Distrital 2005-2007, o DSEI-Vilhena procurou desenvolver atividades de capacitações e reuniões visando de maneira integral gradual e continuamente, acrescentar conhecimentos gerais e específicos, habilidades teóricas e praticas, hábitos, atitudes e valores éticos que possibilitem os profissionais uma participação ativa e eficiente no trabalho.

Dentre as capacitações realizadas podemos destacar:

#### **➤ CAPACITAÇÃO DOS AIS - MÓDULO PARASITÓSES INTESTINAIS E DOENÇAS DE PELE**

Para a realização da capacitação dos AIS no módulo de parasitoses intestinais e doenças de pele foram realizadas 03 momentos distintos, conforme descrição abaixo:

No período de 11 a 31 de julho de 2006, foi realizado a capacitação (concentração) do módulo Parasitoses Intestinais e Doenças de Pele, onde participaram da capacitação 85 AIS, sendo divididos em 3 (três) turmas, uma em Vilhena – RO, outra em Ouro Preto – RO e a terceira em Juina –MT.

A capacitação teve como objetivo identificar os problemas relacionados à parasitoses intestinais e doenças que acometem a pele, decorrentes das mudanças do perfil epidemiológico das comunidades indígenas, identificar situações de risco para as doenças, relacionadas às mudanças no modo de vida e alterações ambientais; reconhecer as formas de relação dos seres vivos entre si e com o meio ambiente; reconhecer o parasitismo enquanto forma de relação desarmônica e suas conseqüências para a saúde; identificar nas comunidades indígenas os fatores ambientais, alimentares, higiênicos e culturais que predispõem à ocorrência de parasitoses digestivas; reconhecer as parasitoses digestivas por meio dos sinais e sintomas mais característicos, seus modos de transmissão, tratamentos padronizados e medidas simplificadas de prevenção e controle; identificar situações e proceder encaminhamentos para serviços de referência para leishmaniose e hanseníase.

Foi elaborado no final do módulo o planejamento da Dispersão, com a participação dos mesmos, sendo que esta foi realizada nas aldeias pelos enfermeiros das equipes.

A dispersão dos Agentes Indígenas de Saúde – AIS, foi realizada no período de agosto à setembro/2006 nas aldeias e pólos do DSEI Vilhena, tendo como objetivo a avaliação do grau de aprendizado dos AIS, associando a teoria com a prática por meio de atividades de prevenção, identificação de problemas relacionados à parasitoses intestinais e doenças de pele.

#### ➤ SENSIBILIZAÇÃO EM TUBERCULOSE E HEPATITES VIRAIS

Foi realizado no período de 19 e 20/06/2006, no município de Cacoal, capacitação em “Sensibilização em Tuberculose - Estratégia DOTS /Tratamento Diretamente Supervisionado e Hepatites Virais. A capacitação contou com participação de enfermeiros e ) odontólogos dos quatro Pólos.

No dia 31/10/2006 no DSEI – Vilhena foi realizado capacitação Estratégia DOTS /Tratamento Diretamente Supervisionado, sendo direcionada para técnicos de enfermagem e motoristas.

As capacitações tiveram como objetivos: melhorar a detecção e acompanhamento dos casos de tuberculose; diminuir o abandono, conseqüentemente aumentar a cura; evitar o aparecimento de Tuberculose por bacilos resistentes a múltiplos fármacos (Multidrogas Resistentes – MDR); estreitar a relação serviço – paciente e melhorar o acompanhamento dos pacientes diagnosticados até o final do tratamento.

Quanto as hepatites virais, o principal objetivo foi de proporcionar conhecimentos básicos quanto aos marcadores virais, modo de transmissão, tratamento e acompanhamento e principalmente definir o fluxo de atendimento e realização das sorologias.

#### ➤ CAPACITAÇÃO DE AGENTE ÍNDIGENA DE SANEAMENTO – AISAN/2006

A capacitação dos Agentes de Saúde Indígena de Saneamento - AISAN foi realizada na Fazenda Magalhães – Município de Pimenta Bueno – RO.

A concentração teve 02 etapas: 1.ª Etapa de 17.07 à 05.08.2006 e a 2.ª Etapa de 14.08 à 09.09.2006. A dispersão (estágio orientado) foi realizado no período de 23.10 à 09.12.2006.

A capacitação contava com a presença de 18 novos indígenas, tendo como objetivo preparar o indígena para trabalhar como um agente de saneamento em sua comunidade, na manutenção do sistema de abastecimento de água, esgotamento sanitário doméstico, destino final dos resíduos sólidos (lixo), orientações sanitárias preventivas, onde deverá assumir o seu papel a partir de sua competência, utilizando-se dos conhecimentos adquiridos durante as fases de concentração e dispersão do curso.



➤ CAPACITAÇÃO NO CONTROLE DA MALÁRIA

Dispersão da Vigilância e Controle da Malária, realizado no período de 06 a 24 de Fevereiro, com a participação de 12 servidores do Pólo de Juína, entre outros profissionais de endemias.

A dispersão teve como finalidade avaliar os servidores que haviam sido capacitados anteriormente nas ações de controle de endemias.

➤ CAPACITAÇÃO DE COORDENADORES DO CONTROLE DA MALÁRIA

Foi realizado no período de 05 à 08 de junho no município de Porto Velho, contando com a presença dos coordenadores do controle das endemias da região amazônica das areias indígenas.

A capacitação teve como principal objetivo a definição de ações no controle da malária e capacitação quanto à aquisição de insumos estratégicos para o controle da malária.

➤ CAPACITAÇÃO PARA TÉCNICA DE MANUTENÇÃO EM BOMBA FOG E PULS FOG

A capacitação foi realizada no período de 29 a 31 de Agosto no DSEI - Vilhena, foram capacitados servidores do setor de endemias do município de Cacoal e dos Pólos de Cacoal, Vilhena e do DSEI – Porto Velho. Os mesmos foram orientados para realizar manutenção nos equipamentos usados nas operações de inseticidas nos pólos de Juína, Aripuanã, Cacoal e Vilhena.

➤ SENSIBILIZAÇÃO EM MALÁRIA

Foi realizado no dia 26 de outubro, no PROFORMAR - Cacoal, a sensibilização em malária para enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem e agentes de endemias do pólo de Cacoal.

A capacitação teve como intuito atualizar os profissionais e realizar a técnica de coleta de lâmina para implementar a coleta de lâminas dos casos febris nas aldeias.

➤ CAPACITAÇÃO TÉCNICA PARA CONTROLE DE BARATAS

A capacitação foi realizada no período de 03 a 13 de Julho/2006 na Aldeia do Pólo base de Humaitá – AM, tendo a participação de quatro servidores do DSEI - Vilhena.

Teve como objetivo fornecer subsídios para a implantação de medidas de controle das grandes infestações das baratas nas aldeias por meio de atividades educativas e técnicas.

➤ I ENCONTRO DE PAJÉS

O I Encontro de Pajés foi realizado no período de 11 a 13 de agosto de 2006 no Pólo base de Vilhena, aldeia Nambikwara Central.

Teve a presença majoritária da etnia Nambikwara – povo de grande espiritualidade que habita região de cerrado ao noroeste do Mato Grosso, significado marcante dentre os povos abrangidos pelo DSEI e razão pela qual foi escolhida a Aldeia Nambikwara Central para abrigar o evento. O povo Cinta Larga e Rikbaktsa também estavam representados no encontro, porém em menor número.

Do Nambikwara derivam Sararé, Alantensu, Mamaindê, Sabanê, Manduka, Wasusu, Hahaintesu, Negarotê, Kithaulu e outros. Esse universo se distingue das demais etnias que compõem o DSEI pela força da cultura tradicional e poucos elementos dos costumes da sociedade envolvente.

Foi enfatizado que o Pajé promove o ritual de comunicação com os espíritos e a cura de doenças, e em consequência do processo de integração, está sendo desintegrado à vida das comunidades indígenas. A importância do resgate desse conhecimento foi o que motivou a realização desse I Encontro de Pajés.

Notadamente, o Encontro de Pajés teve alcance de valor pedagógico para os profissionais que executam a saúde do índio. Com importância para o anseio da política pública na observação do reconhecimento dos indígenas quanto às melhorias alcançadas no atendimento à saúde com a atuação da FUNASA. No aspecto técnico, o encontro de pajés mostrou componentes de crenças, costumes e características da diversidade dos povos, tanto da cultura tradicional, quanto dos hábitos incorporados pela convivência com o não índio; sendo de importância fundamental nesse processo de construção da formação do profissional atuando na diversidade do índio que por vezes com pouco conteúdo, ambos: índios e não índios (profissionais de saúde) esforçam-se na assimilação dos conflitos entre a manutenção da tradição e a inevitável integração à sociedade envolvente com todas as suas consequências já percebidas no comportamento cotidiano do jovem índio.

#### ➤ TELE-CONFERÊNCIA DE HIV – AIDS

A Secretaria Municipal de Saúde de Cacoal em parceria com SESI e DSEI – VILHENA e FACIMED promoveram este evento. Foram convidados profissionais de saúde e usuários soropositivos para o HIV para participarem do evento, o qual foi realizado no dia 29 de novembro, das 13 às 16 horas na FACIMED. A Tele-Conferência foi transmitido via Internet.

Após a Tele-Conferência foi realizado uma debate, sendo a mesa formada pelo Coordenador Municipal do Programa DST/AIDS, enfermeira do SAE de Cacoal (Serviço de atendimento especializado) representante do FHEMERON e enfermeiro da EMSI que atende a população indígena da área do garimpo. Foram relatados casos de interesse, conforme tema abordado, e a situação epidemiológica dos casos de HIV/AIDS. Os ouvintes tiveram espaço para perguntas, os quais podiam tirar suas dúvidas em relação a HIV/AIDS e também sobre a referência do atendimento no município de Cacoal – SAE – Sistema de Atendimento Especializado.

Foram distribuídos folders e preservativos, bem como teve a exposição de cartazes durante o evento na instituição. A tele Conferência contou com a participação de vários profissionais do município e acadêmicos da FACIMED, entre outros.

Após o debate foi servido um coffe-break para os presentes, com o intuito de promover a integração entre os participantes.

Os funcionários dos respectivos órgãos mandaram confeccionar camisetas com o slogan “A VIDA É MAIS FORTE QUE A AIDS”, praticamente todos os presentes estavam vestindo esta camisa no evento.

#### ➤ OFICINA DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL

Nos dias 17 a 20 de maio de 2006 foi realizado uma Mobilização Social, na aldeia Mamaindê PIN Capitão Pedro, no município de Comodoro – MT.

Foram desenvolvidas diversas atividades com a equipe de enfermagem, odontológica e controle social, o dia "D" contou com atividades educativas, palestras, mutirão de limpeza, preparo de multimistura, aplicação de vacina entre outros atendimentos realizados pela equipe de saúde.

O projeto objetivou a melhora das condições de vida da população, a qual contou com a participação direta da comunidade Maimandê nas ações em educação e saúde. O projeto teve como foco principal redução do índice dos agravos, integração da comunidade e carência nutricional entre as crianças de 0 a 5 anos e idosos..

### ➤ IMPLANTAÇÃO DA BRINQUEDOTECA

No mês de outubro foi firmado convênio com as seguintes entidades: Prefeitura Municipal de Vilhena, Secretaria de Educação, UNIR – Universidade Federal de Rondônia por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Indígena, da Lei nº. 9.836 de 23 de setembro de 1999, onde o Pólo Base de Vilhena implantou a BRINQUEDOTECA na CASAI.

Este projeto se desenvolveu com apoio voluntário de acadêmicos da Universidade Federal de Rondônia, doutores do riso e outras instituições de âmbito municipal e estadual. As atividades buscam gerar valores de humanização da assistência, por meio de recreações que alegrem crianças e adultos, aproximando os profissionais de saúde de sua clientela tornando o serviço menos mecanizado e mais agradável.

### **Outras considerações**

Em alguns municípios os gestores acham que o indígena é só responsabilidade da FUNASA e se recusam a prestar assistência mesmo recebendo o IAPI. O distrito tem convidado os gestores desses municípios para a participação nas reuniões dos conselhos locais e distrital, para que os mesmos conheçam a assistência prestada pela FUNASA como sub-sistema do SUS a população indígena e tem feito visitas periódicas para divulgação do nosso trabalho.

O Distrito e Conselho Distrital promoveram e participaram de reuniões e visitas às Prefeituras/Secretarias de Saúde dos Municípios de sua área de abrangência, tais como: Juvená, Cotriguaçu, Brasnorte, Rondolândia, Conquista do Oeste e Comodoro, todos no Mato Grosso, para negociações e efetivação de parcerias para a assistência à população indígena nesses municípios; desses encontros resultou na participação efetiva nas reuniões dos Conselhos Locais e Distrital e assistência em suas Unidades de Saúde, quando da demanda espontânea, em alguns municípios, haverá visita de um médico do SUS, que em conjunto com o Pólo fará assistência as aldeias de sua abrangência uma vez no mês. A contratação desse profissional para o SUS se deu através do recurso oriundos da SAS fundo a fundo para a Prefeitura, solicitado pelo distrito à Presidência da FUNASA.

No ano de 2006 o distrito através da CORE adquiriu alguns materiais de consumo e penso por meio do projeto VIGISUS. A FUNASA não adquiriu nenhum tipo de equipamento, apesar de sido previsto no Plano Distrital.

O Distrito através da ASDEFAL adquiriu alguns materiais e equipamentos utilizando o saldo do recurso fundo a fundo do convênio entre a ASDEFAL e as Prefeituras de Cacoal, Juína e Aripuanã. Esse saldo foi no acumulado no período de transição e consolidação do convênio entre a ASDEFAL e as Prefeituras citadas. Essa aquisição foi importante para o distrito, uma vez que os materiais adquiridos permitiram a contratação de novas equipes do PSFI, bem como equipar as CASAI's e Pólos Base.

A principal dificuldade encontrada pelo distrito na execução das atividades foi falta de veículos, a frota existente no distrito que foi adquirida em 1999 e 2000 estão em péssimo estado de conservação, esse problema se agrava pelo fato de que esse distrito possui uma extensa área geográfica e as aldeias indígenas se localizam em áreas distantes umas das outras tanto, em Rondônia como no Mato Grosso. As estradas de acesso estão em péssimo estado de conservação e a cada viagem realizada pelas equipes o carro quebra, necessitando de reparo, que leva de uma semana à quinze dias, interrompendo toda a rotina de trabalho das equipes.

○ distrito recebeu da Presidência da FUNASA três (03) veículos, adquiridos através do Projeto VIGISUS, não foram suficientes para atender a demanda existente; priorizamos os pólos base de Cacoal, Vilhena e Juína, onde há o maior número de equipes de saúde e de população indígena a ser atendida.

○ não cumprimento por parte do DESAI/Presidência, no repasse do recurso orçamentário/financeiro e sua recusa em aumentar o teto do distrito para o cumprimento dos contratos e viabilização das ações propostas dificultou bastante a assistência prestada nas aldeias pela não aquisição dos materiais necessários para o atendimento em área, deixando a CORE e DSEI numa situação delicada com os fornecedores e interrupção dos serviços prestados.

## IV - ENGENHARIA DE SAÚDE PÚBLICA

### 4.1 Divisão de Engenharia de Saúde Pública – Diesp

A Funasa/RO, por meio da Divisão de Engenharia de Saúde Pública (Diesp), no exercício de 2006, realizou as ações de Saneamento Ambiental por meio dos convênios com os Municípios e Estado, as obras de Sistema de Abastecimento de Água e Melhorias Sanitárias Domiciliares nas Reservas Extrativistas, manutenção e implantação de Sistema de abastecimento de Água e Melhorias Sanitárias Domiciliares e Construção de Postos de Saúde nas Áreas Indígenas, pertinentes às metas e etapas previstas no Plano Operacional da Core.

O desenvolvimento das ações previstas na programação orçamentária da Funasa e Vigisus foi realizado conforme critérios estabelecidos no exercício de 2006, para análise e aprovação dos convênios, para o acompanhamento e fiscalização das obras de execução direta e para as ações de saneamento nas áreas indígenas do Dsei de Porto Velho e do Dsei de Vilhena.

#### Principais ações desenvolvidas /recursos aplicados

1 – *Financiamento e apoio ao desenvolvimento das ações de saneamento ambiental para prevenção e controle de doenças em municípios de até 30 mil habitantes.*

Os recursos de financiamento para os municipais foram oriundos da programação orçamentária de 2006 da Funasa e de Emendas Parlamentares para atender 15 municípios, no montante de R\$ 10.652.787,99;

Ações de Saneamento e Municípios contemplados:

- Sistema de Abastecimento de água: Cabixi, Cerejeiras, Colorado e Vilhena;
- Drenagem - Controle da Malária: Ariquemes, Machadinho D'Oeste e Porto Velho;
- Melhorias Sanitárias Domiciliares: Cabixi, Costa Marques, Pimenteiras, Santa; Luzia D'Oeste, São Francisco do Guaporé, São Miguel do Guaporé e Seringueiras;
- Sistema de Esgotamento Sanitário: Alto Paraíso, Seringueiras;
- Sistema de Resíduos Sólidos: Ariquemes e Vilhena;

Aplicação financeira em convênios de saneamento relação dos convênios - 2006 empenhados

ITEM	CONVÊNIO	MUNICÍPIO	AÇÃO	VALOR
01	0932/06	P.M. DE ALTO PARAÍSO	Sistema de Esgotamento Sanitário	1.487.334,42
02	0447/06	P.M. DE ARIQUEMES	Drenagem para Controle da Malária	1.110.761,87
03	1910/06	P.M. DE ARIQUEMES	Resíduos Sólidos	1.050.000,00
04	1734/06	P.M. DE CABIXI	Sistema de Abastecimento de Água	77.250,00
05	1857/06	P.M. DE CABIXI	Melhorias Sanitárias Domiciliares	139.050,00

06	1735/06	P.M.DE CASTANHEIRAS	Sistema de Abastecimento de Água	206.000,00
07	1736/06	P.M. DE COLORADO DO OESTE	Sistema de Abastecimento de Água	206.000,00
08	0933/06	P.M. DE COSTA MARQUES	Melhorias Sanitárias Domiciliares	206.000,00
09	0936/06	P.M. DE GUAJARÁ-MIRIM	Sistema de Esgotamento Sanitário	1.155.000,00
10	0448/06	P.M. DE MACHADINHO D'OESTE	Drenagem para Controle da Malária	368.604,50
11	1737/06	P.M. DE PIMENTEIRAS D'OESTE	Melhorias Sanitárias Domiciliares	96.037,20
12	1817/06	P.M. DE PORTO VELHO	Drenagem para Controle da Malária	1.050.000,00
13	1981/06	P.M. DE PORTO VELHO	Drenagem para Controle da Malária	2.100.000,00
14	1858/06	P.M. DE SANTA LUZIA D'OESTE	Melhorias Sanitárias Domiciliares	139.000,00
15	1859/06	P.M. DE SÃO FRANCISCO GUAPORÉ	Melhorias Sanitárias Domiciliares	139.000,00
16	0940/06	P.M. DE SÃO MIGUEL DO GUAPORÉ	Melhorias Sanitárias Domiciliares	154.500,00
17	0941/06	P.M. DE SERINGUEIRAS	Melhorias Sanitárias Domiciliares	154.500,00
18	1738/06	P.M. DE VILHENA	Sistema de Abastecimento de Água	525.000,00
19	1739/06	P.M. DE VILHENA	Resíduos Sólidos	288.750,00
TOTAL				10.652.787,99

*2 - Implantação de Sistemas de abastecimento de água e Melhorias Sanitárias, com orçamento 2005, para comunidades indígenas*

As obras foram executadas nas aldeias abaixo relacionadas, atendendo a programação estabelecida para 2006.

Distrito Sanitário Indígena de Porto Velho:

- Pólo Base de Alta Floresta – Aldeia São Luiz, Aldeia Bom Jesus, Aldeia Morada Nova, Aldeia Serrinha e Aldeia Colorado.
- Pólo Base de Ji-Paraná – Aldeia Santa Maria, Aldeia Serrinha de Ji-Paraná.
- Pólo Base de Guajará – Mirim – Aldeia Ribeirão e Aldeia Limão.
- Pólo Base de Humaitá – Aldeia Taboca.

APLICAÇÃO FINANCEIRA EM OBRAS DE SANEAMENTO EM ÁREAS INDÍGENAS - SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA E MELHORIAS SANITÁRIAS DOMICILIARES

DSEI	MUNICÍPIO	LOCAL	VALOR
PORTO VELHO	ALTA FLORESTA/RO	Aldeia São Luiz	360.862,72
		Aldeia Bom Jesus	
		Aldeia Morada Nova	
		Aldeia Serrinha	
PORTO VELHO	JI-PARANÁ/RO	Aldeia Santa Maria	271.897,82
		Aldeia Igarapé Lurdes	
		Aldeia Serrinha de Ji-Paraná	
PORTO VELHO	GUAJARÁ-MIRIM/RO	Aldeia Ribeirão	193.411,75
		Aldeia Limão	
PORTO VELHO	HUMAITÁ/AM	Aldeia Taboca	70.653,07
TOTAL			896.825,36

Distrito Sanitário Indígena de Vilhena:

- Pólo Base de Aripuanã – Aldeia Taquaral Ipê, Aldeia Boa Esperança e Aldeia Areião.
- Pólo Base de Juína – Aldeia Furquim e Aldeia Babaçu.

➤ Pólo Base de Vilhena – Aldeia Sowaintê, Aldeia Mamaindê, Aldeia Oncinha, Aldeia. Tubarão Rio de Ouro II e Aldeia Pin Tenente Marques.

APLICAÇÃO FINANCEIRA EM OBRAS DE SANEAMENTO EM ÁREAS INDÍGENAS - SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA E MELHORIAS SANITÁRIAS DOMICILIARES

DSEI	MUNICÍPIO	LOCAL	VALOR
DSEI VILHENA	ARIPUANÃ/MT	Aldeia Taquaral Ipê	169.996,10
		Aldeia Boa Esperança	
		Aldeia Areião (Paulo)	
	JUÍNA/MT	Aldeia Furquim	56.604,90
	CONTRIGUAÇU/MT	Aldeia Babaçu (Escondido)	79.378,73
	VILHENA/RO	Aldeia Sowaintê	51.142,88
	COMODORO/MT	Aldeia Mamaindê (Donaldo) Aldeia Oncinha	87.856,04
CHUPINGUAIA/RO	Aldeia Tubarão Rio do Ouro II	62.432,75	
EPIGÃO DO OESTE	Aldeia Pin Tenente Marques	65.301,11	
TOTAL			572.712,51

3 - Viabilização da contratação de obras com orçamento 2006, para implantação de sistemas de abastecimento de água e destino adequado nas comunidades indígenas, abaixo relacionados

Distrito Indígena de Porto Velho:

- Pólo Base de Alta Floresta - Aldeia Barranco Alto, Aldeia Palhal, Aldeia Nazaré.
- Pólo Base de Ji-Paraná - Aldeia Alto Jamari, Aldeia Linha 623.
- Pólo Base Guajará Mirim - Aldeia Tanajura, Aldeia Santo André, Aldeia Deolinda, Aldeia Linha 10.
- Pólo Base de Humaitá - Aldeia Forquilha Grande, Aldeia Igarapé Preto.

APLICAÇÃO FINANCEIRA EM OBRAS DE SANEAMENTO EM ÁREAS INDÍGENAS -SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA E MELHORIAS SANITÁRIAS DOMICILIARES

DSEI	MUNICÍPIO	LOCAL	VALOR
DSEI PORTO VELHO	ALTA FLORESTA D'OESTE/RO	Aldeia Barranco Alto Aldeia Palhal Aldeia Nazaré	218.283,83
	GOV. JORGE TEIXEIRA/RO	Aldeia Alto Jamari	65.433,81
	JARU/RO	Aldeia Linha 23	61.267,41
	GUAJARÁ MIRIM/RO	Aldeia Tanajura Aldeia Santo André Aldeia Deolinda Aldeia Linha 10	294.975,01
	HUMAITA/AM	Aldeia Forquilha Grande	85.205,41
	MANICORE/AM	Aldeia Igarapé Preto	126.487,27
TOTAL			851.652,74

Distrito Indígena de Vilhena:

- Pólo Base de Juína - Aldeia Seringal II, Aldeia Novo Paraíso, Aldeia Pedregal, Aldeia Santa Rita.
- Pólo Base de Vilhena - Aldeia Wassussu Central, Aldeia Wassussu China, Aldeia Iquê, Aldeia Mamaindê Central.



➤ Pólo Base Cacoal - Aldeia Geraldo, Aldeia Agnaldo Cinta Larga, Aldeia Búhel Suruí, Aldeia Rio Quente, Aldeia Nova Tenente Marques, Aldeia Nova Iratana, Aldeia Mekens 90.

O processo licitatório foi concluído no exercício de 2006, mais não foi empenhado por falta de recurso disponível nesta Core, que ainda aguarda o orçamento para contratação dos serviços.

APLICAÇÃO FINANCEIRA EM OBRAS DE SANEAMENTO EM ÁREAS INDÍGENAS - SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA E MELHORIAS SANITÁRIAS DOMICILIARES

DSEI	MUNICÍPIO	LOCAL	VALOR
DSEI VILHENA	BRASNORTE/MT	Aldeia Seringal II	325.881,02
		Aldeia Novo Paraíso	
		Aldeia Pedregal Aldeia Santa Rita	
	COMODORO/MT	Aldeia Wassussu Central	219.305,74
		Aldeia Wassussu China	
		Aldeia Iquê	
		Aldeia Mamaindê Central	
	CACOAL	Aldeia Geraldo (Tenente Marques)	399.274,58
		Aldeia Agnaldo Cinta Larga	
		Aldeia Bethel Suruí	
Aldeia Rio Quente			
Aldeia Nova Tenente Marques			
Aldeia Nova Iratana Aldeia Mekens			
TOTAL			944.471,33

4 – Construção de Postos de Saúde em área indígenas

Distrito Sanitário Indígena de Vilhena:

- Pólo Base de Aripuanã: Aldeias Ponte Nova e Taquaral Ipê.
- Pólo Base de Juína: Aldeia Beira Rio, Santa Rita, Segunda, Vinte e Um e Jatobá.
- Pólo Base de Cacoal: Aldeias Linha 11Amaral, Linha 11 Lobo, Linha 14 Placa, Mawanat Apurina, Roosevelt Flor e Tenente Marques Geraldo.
- Pólo Base de Vilhena: Aldeias Aroeira Iquê, Alantessú Waikisu, Alantessú Anunsú, Manairissú Rodrigo e Kithaulú.
- Posto de Saúde no Município de Comodoro.

## APLICAÇÃO FINANCEIRA EM OBRAS DE SANEAMENTO EM ÁREAS INDÍGENAS - POSTOS DE SAÚDE

DSEI	ITEM	ALDEIAS BENEFICIADAS	VALOR EMPENHADO
DSEI VILHENA	1	COMODORO	136.137,01
	2	AROEIRA IQUÊ	76.768,44
	3	ALANTESSÚ WAIKISU	78.278,04
	4	ALANTESSÚ ANUNSÚ	78.278,04
	5	MANAIRISSU RODRIGO	77.189,24
	6	KITHAULU	77.212,04
	7	LINHA 11 AMARAL	76.946,04
	8	LINHA 11 LOBO	76.857,24
	9	LINHA 14 PACA	77.017,18
	10	PONTE NOVA	77.034,84
	11	TAQUARAL	77.123,64
	12	SOWANTÊ	78.544,44
	13	TUBARÃO RIO DO OURO	78.278,04
	14	BEIRA RIO	78.611,93
	15	AREIA BRANCA	78.834,04
	16	SANTA RITA	78.356,24
	17	SEGUNDA	78.223,36
	18	MAWANAT APURINÃ	78.278,04
	19	TENENTE MARQUES GERALDO	77.745,24
	20	ROOSEVELT FLOR	77.745,24
	21	JATOBÁ	77.452,51
	22	VINTE UM	77.256,84
TOTAL			1.768.397,36

Distrito Sanitário Indígena de Porto Velho:

- Pólo Base de Humaitá: Aldeias Marmelo, Forquilha Grande e Igarapé Preto.
- Pólo Base de Ji-Paraná: Aldeias Alto Jarú, Linha 623, Igarapé Lurdes, Central, José e Trincheira.
- Pólo Base de Guajará Mirim: Aldeias Baia das Onças, Ricardo Franco, Rio Negro Ocaia, Lage Novo, São Luis e Sotério.
- Pólo Base de Alta Floresta: Aldeias São Luis, Palhal, Colorado, Cajuí e Trindade.

APLICAÇÃO FINANCEIRA EM OBRAS DE SANEAMENTO EM ÁREAS INDÍGENAS - POSTOS DE SAÚDE

DSEI	ITEM	LOCAL	VALOR
DSEI PORTO VELHO	1	SÃO LUIZ	77.654,44
	2	PALHAL	95.955,24
	3	COLORADO	86.604,84
	4	CAJUÍ	91.380,04
	5	TRINDADE	84.517,24
	6	JOSÉ	79.367,60
	7	BAIS DAS ONÇAS	95.041,93
	8	RICARDO FRANCO	92.745,33
	9	RIO NEGRO OCAIA	90.466,73
	10	LAJE NOVO	77.185,13
	11	SÃO LUIS	108.767,53
	12	SOTÉRIO	90.466,73
	13	FORQUILHA GRANDE	88.969,77
	14	MARMELO	77.887,97
	15	ALTO JARÚ	77.665,97
	16	LINHA 623	77.889,76
	17	IGARAPÉ LOURDES	84.455,60
	18	BABUYREJ CENTRAL	78.907,60
	19	TRINCHEIRA	77.889,76
	20	IGARAPÉ PRETO	79.441,82
	21	RIBEIRÃO	77.363,26
	22	KARITIANA	77.665,96
TOTAL			1.868.290,25

4 - Apoio ao desenvolvimento de ações de saneamento em projetos especiais (comunidades remanescentes de quilombos, assentamentos rurais, reservas extrativistas, comunidades ribeirinhas entre outras).

Foram licitadas obras de Melhorias Sanitárias para execução direta nos projetos especiais:

- Reserva Extrativista do Lago do Cuniã em Porto Velho no valor de 500.000,00.
- Assentamento na Comunidade Chico Mendes em Presidente Médici no valor de 500.000,00.
- Assentamento na Comunidade Porto Murtinho em São Francisco do Guaporé no valor de 300.000,00.

Os processos licitados estão aguardando a descentralização dos recursos, que foram recolhidos pela PRESI/FUNASA no final do exercício de 2006, para a contratação dos serviços.

*5 - Garantia da operação e manutenção dos serviços de saneamento em áreas indígenas.*

A Diesp manteve, em 2006, o Contrato com a empresa habilitada para manutenção preventiva e corretiva no atendimento a todas as aldeias dos Dsei's de Porto Velho e Vilhena com sistemas de abastecimento de água. e melhorias sanitárias implantados.

Foi realizada capacitação para formação de 36 Aisan: 18 do Dsei de Porto Velho e 18 do Dsei de Vilhena com supervisão periódicas, conforme programado.

*6 - Implantação do programa de controle da qualidade da água para o consumo humano em áreas indígenas.*

Os equipamentos para desinfecção de água, que deverão ser instalados nas aldeias indígenas onde existe sistema de abastecimento de água, foram licitados e não foram empenhados por falta de orçamento, que foi recolhido pela PRESI/FUNASA. A CORE aguarda orçamento para empenhamento.

Dentre as ações executadas pela área de Engenharia da Funasa/RO, destacam-se as seguintes atividades realizadas, cujas informações apresentamos no quadro abaixo:

*1. Ações de saneamento em municípios - Projetos de Convênios (2005 e 2006)*

Ação	Projeto em análise	Projeto aprovado	Visita técnica realizada	Total de Convênios	Observação
Água	09	10	10	19	4 projetos não protocolados
Melhorias Sanitárias	07	18	18	25	1 projeto não protocolado
Esgotamento Sanitário	09	-	02	09	
Manejo Drenagem <sup>e</sup>	05	03	03	08	
Resíduos Sólidos	04	01	02	05	1 projeto não protocolado

*2. Ações de saneamento em comunidades indígenas e projetos especiais*

Ação	Projeto elaborado	Visita técnica realizada	Total de Serviços/Obras Licítadas
Água	26	26	26
Melhorias Sanitárias	29	29	29

## 3. Acompanhamento de obras de convênios – processos de prestação de contas

Ação	Visita técnica de acompanhamento	Visita final	Total de obras
Água	14	03	08
Melhorias Sanitárias	12	01	05

## 4. Acompanhamento de obras em comunidades indígenas e projetos especiais

Ação	Visita técnica de acompanhamento	Visita final	Obras recebidas	Total de obras
Água	69	23	-	23
Melhorias Sanitárias	63	21	-	21
Estabelecimentos de saúde	132	18	-	

## 5. Manutenção dos serviços de saneamento em comunidades indígenas

Ação	Número de supervisões	Aldeias atendidas/AISAN supervisionados	Total aldeias/AISAN
Serviços de saneamento	358	114	114
AISAN	116	58	58

## Principais resultados

## Ações de saneamento implantadas em municípios - obras de convênios

Ação	Números de obras por ação/situação				
	Não iniciada	Em execução	Paralisada	Inacabada	Concluída
Água	11	08	-	-	-
Melhorias Sanitárias	20	05	-	-	-
Esgotamento Sanitário	09	-	-	-	-
Manejo e Drenagem	08	-	-	-	-
Resíduos Sólidos	05	-	-	-	-

## Ações de saneamento implantadas em comunidades indígenas e projetos especiais (2006)

Ação	Números de obras por ação/situação					Comunidades beneficiadas
	Não iniciada	Em execução	Paralisada	Inacabada	Concluída	
Água	26	-	-	01	22	22
Melhorias Sanitárias	22	-	-	-	21	21
Estabelecimentos de saúde	02	24	-	-	18	18

Números de aldeias com ações de saneamento

Ação	Números de aldeias beneficiadas	Número total de aldeias	Percentual
Água	170	225	75%
Melhorias Sanitárias	170	225	75%
Esgotamento Sanitário	-	225	-
Manejo e Drenagem	-	225	-
Resíduos Sólidos	-	225	-
Estabelecimentos de saúde	44	225	20%

### Principais dificuldades/avanços

Principais dificuldades encontradas para alcance das metas estabelecidas:

- Dificuldades, por parte dos municípios, na elaboração dos projetos técnicos compatíveis com as normas técnicas estabelecidas;
- Atraso na definição da programação orçamentária e da relação dos municípios beneficiados;
- Atraso na liberação de recursos orçamentários para execução de obras em áreas indígenas;
- Número de servidores desta DIESP incompatível com demanda das ações estabelecidas/desenvolvidas;
- Recolhimento por parte da Presi/FUNASA, do orçamento disponível nesta CORE no final do exercício de 2006, impossibilitando o empenhamento dos processos licitados para compra de equipamento e execução de obras/ações.

## Perspectivas para 2007

- Elaboração de projeto e demais etapas do convênio (celebração/execução e prestação de contas);
- Implantar Melhorias Sanitárias Domiciliares em reservas extrativistas e assentamentos;
- Implantar Sistema de Abastecimento de Água e Melhorias Sanitárias em aldeias indígenas nos DSEI de Porto Velho e Vilhena;
- Implantar/Ampliar Sistema de Abastecimento de Água em municípios de até 30 mil;
- Implantar/Ampliar Sistema de Esgotamento Sanitário em municípios de 30 mil;
- Implantar/Ampliar Melhorias Sanitárias Domiciliares em municípios de até 30 mil;
- Implantar/Ampliar Sistemas de Drenagem em área endêmica de malária;
- Implantar Sistema de Tratamento de Resíduos Sólidos;
- Dar continuidade as análises dos convênios de exercícios anteriores para aprovação;
- Manter os sistemas de saneamento em área indígena em operação.

## Outras considerações

Os Resultados obtidos foram significativos, apesar das dificuldades existentes. Ao que se refere às ações de saneamento em área indígenas, todas as ações programadas foram concedidas ou estão sendo executadas.

Dentre as maiores dificuldades para alcance das ações programadas, por meio de convênios com estado e municípios, destacamos a falta e/ou demora, por parte dos municípios e estado, no atendimento as pendências apontadas por esta DIESP.

## V - AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

### 1. Fomento à Educação em Saúde voltada para o Saneamento Ambiental

⇒ **Pesms:**

Nº de convênios celebrados em 2006 – 16

Nº de convênios com Pesms aprovados – Nenhum (aguardando municípios apresentar projetos)

### 2. Promoção da Educação em Saúde dos Povos Indígenas

⇒ **Oficinas de Educação em Saúde em aldeias indígenas:**

Nº de oficinas realizadas – 1

Resultados alcançados – construção de uma horta comunitária na aldeia Mamaindê – Povo Nambiqwara.

Nº de aldeias atingidas – 1

Nº de participantes da ação – 25 indígenas

Ações de continuidade realizadas – 2

Resultados alcançados – Continuidade da horta comunitária, atividades voltadas à higiene e alimentação, atendimentos de saúde.

Nº de aldeias atingidas – 2

Nº de participantes da ação – 80

### 3. Outras Ações Gerais de Educação em Saúde, como Capacitações:

Curso para AISAN - Desenvolvendo atividades pedagógicas, conforme programação do curso.

Consolidado das ações

**Ação:** Fomento à Educação em Saúde voltada para o Saneamento Ambiental

Ação/Atividade	Local	Período	Atores envolvidos	Objetivos da Ação/Atividade	Quant. Técnicos envolvidos	Quant. famílias e pessoas beneficiadas	Quant. Comunidades beneficiadas	Resultados alcançados
Vista Técnica para aprovação do Pesms em Prestação de Contas	Ouro Preto Oeste	20 a 22.2	Responsáveis pelo programa	Aprovar Pesms	1	-	-	Ações Pesms não executadas
	Monte Negro	17.3			1	192 famílias	Área Urbana	90% do Pesms executado
	Castanheiras	17 a 22.7			1	100 famílias	Área rural	50% do Pesms executado
	Corumbiara	11.8			1	76 domicílios	União da Vitória	100% do Pesms executado
	Vale do Anari	12 a 14.12			1	467 domicílios	Área Urbana	100% do Pesms executado



Visita Técnica para celebração de Convênio	Alborada Oeste Guajará Mirim Theobroma Pimenta Bueno Espigão do Oeste Nova Brasilândia Vilhena Colorado Oeste Rolim de Moura Costa Marques São Francisco Ji-Paraná Alto Alegre Santa Luzia Campo Novo Burititã Alto Paraíso	5 a 11.3 16 a 17.3 28 a 31.3 3 a 8.4 24 a 28.4 28.8 a 1.9	Prefeituras Séc. M. Saúde Educação	Assessorar na elaboração do projeto Pesms Reconhecer a comunidade a ser beneficiada Sensibilizar gestores e parceiros	3	-	-	18 projetos analisados e aprovados
Supervisão dos Pesms dos convênios em execução	São Miguel Vilhena Ariquemes Monte Negro	3 a 8.4 24 a 28.4 5.5	Prefeituras Séc.M.Saúde de Téc. Resp. pelo Pesms	Acompanhar a realização das ações do Pesms promovidas pelos municípios	3	-	4 Prefeituras	4 convênios em execução com ações Pesms acompanhadas

### Ação: Promoção da Educação em Saúde dos Povos Indígenas

Ação/Atividade	Local	Período	Atores envolvidos	Objetivos da Ação/Atividade	Quant. Técnicos envolvidos	Quant. famílias índios beneficiados	Quant. Aldeias beneficiadas	Resultados alcançados
Oficinas de Educação em Saúde	Aldeia Mamaindê	21 a 24.8	Conselhos Indígenas Emater	Realizar ação de educação em saúde	2	60	1	Implantação de 1 horta comunitária
Ações de Continuidade das oficinas de educação em saúde	Aldeias Aroeira e Divisa	25.6 a 3.7	Conselhos Indígenas Emater	Realizar a 2ª ação de continuidade conforme pactuado incentivando o plantio de hortas nas comunidades	2	80	2	Envolvimento das comunidades; Aceitação das hortaliças na alimentação; Melhora no quadro nutricional das aldeias.

## Outras Ações Gerais de Educação em Saúde

Ação/Atividade	Local	Período	Atores envolvidos	Objetivos da Ação/Atividade	Quant. Técnicos envolvidos	Quant. Famílias e pessoas beneficiadas	Quant. Comunidades beneficiadas	Resultados alcançados
Diagnóstico Situacional	Reserva Extrativista Rio Ouro Preto	17 a 20.4	Diesp Líderes Comunitários	Realizar diagnóstico situacional com vistas implantação de ações	2	-	2	Diagnóstico realizado em vista as ações de saneamento em fase de implantação
Seleção de Aisan	Dsei Vilhena Dsei P. Velho	21.5 a 4.67 a 21.67 a 31.7 23.7 a 6.8	Dsei Porto Velho Dsei Vilhena Diesp	Realizar a seleção de Aisan na aldeia conforme critérios do curso	2	34 pessoas	34 aldeias	Participação no processo de seleção de Aisan articulado com Dsei e Diesp
Capacitação de Aisan	Dsei Porto Velho Dsei Vilhena	Out/Nov Ago/Set	Dsei Porto Velho Dsei Vilhena Diesp	Desenvolver atividades pedagógicas	2	34	34	Desenvolvimento de atividades pedagógicas nos 2 cursos de Aisan realizados pela Diesp

### Pontos críticos a serem enfrentados e sugestões de superação

Pontos Críticos	Sugestões de Superação
Integração da educação em saúde com as áreas finalísticas	Buscar a integração com os 2 Dsei e a Diesp participando do planejamento de ações que definam práticas preventivas e proponham atividades de educação em saúde, incluindo os eventos de capacitação.
Sensibilização dos gestores quanto a importância das ações educativas para a sustentabilidade das ações de saneamento.	Realização de reunião com gestores dos convênios de 2006 e os respectivos responsáveis pelas ações de educação em saúde com vista à sensibilização para a importância de realizar atividades educativas que garantam a sustentabilidade das ações de saneamento aprovadas pela Funasa.
Núcleos municipais de educação em saúde	Articulação com o Estado, área de educação em saúde, para fomentar a criação dos núcleos municipais interinstitucionais de educação em saúde. Atualmente existem apenas 2 núcleos funcionando no Estado.

Estruturação da área de educação em saúde na Core	Tornar efetiva a definição de espaço físico específico para a equipe de educação em saúde com estabelecimento de comunicação gerencial com a Direh e garantia de suporte material.
Recursos orçamentários para ações da área de educação em saúde	Que após análise da programação de educação em saúde encaminhada a essa Coesa, seja encaminhado a Core o resultado dessa análise com a confirmação das ações que terão recursos aprovados.
Ampliação da Equipe de Educação em Saúde para adequação às demandas da área	Pesquisa junto aos servidores da sede e cedidos que tem interesse em atuar na área. Possibilitar a lotação dos interessados após análise de perfil profissional e das demandas da área.
Capacitação da equipe de educação em saúde	Viabilizar a capacitação dos profissionais da área de educação em saúde em: formação pedagógica, elaboração de projetos, e outros afins.

### Avaliação das ações realizadas no ano de 2006

Ação	Situação atual
Vista Técnica para aprovação do Pesms em Prestação de Contas	4 Convênios encerrados
Visita Técnica para celebração de Convênio	100% dos convênios celebrados em 2005 (31) receberam visita técnica, contudo estão pendentes as supervisões programadas.
Supervisão dos Pesms dos convênios em execução	Existem mais 61 convênios (ano 2005 e anteriores) com pendência de supervisão.
Oficina de Educação em Saúde.	Está pendente a realização da primeira ação de continuidade na aldeia Mamaindê que foi pactuada para ocorrer dezembro 2006. Está programada a realização de mais 12 oficinas em área indígena e 1 para projetos especiais.
Ações de Continuidade das oficinas de educação em saúde	Pendência para realizar última ação de continuidade nas aldeias Aroeira (Povo Nambiqwara) e Divisa (Povo Rikbaktsa). Está pendente ainda a realização a primeira ação de continuidade na aldeia Mamaindê.
Diagnóstico Situacional da Reserva Extrativista Rio Ouro Preto	Ação de saneamento implantada estando pendentes as ações educativas.
Seleção de Aisan	Implementada a seleção de Aisan nos 2 Dsei com a participação da área de educação em saúde.
Capacitação de Aisan	2 capacitações realizadas tendo a participação da área de educação em saúde desde o planejamento até a execução com atuação na instrutoria das atividades pedagógicas.

## VI - PRINCIPAIS AÇÕES DE CAPACITAÇÕES

- Oficina de Capacitação em Vigilância Alimentar e Nutricional
- Oficina de Planejamento para Capacitação de AIS- Módulo Parasitoses Intestinais e Doenças de Pele do DSEI-VILHENA
- Capacitação de AIS - Módulo Parasitoses Intestinais e Doenças de Pele DSEI-VILHENA
- Curso de Capacitação de Agente Indígena de Saneamento - DSEI-Vilhena/RO
- Curso de Capacitação de Agente Indígena de Saneamento - DSEI-Porto Velho/RO
- Oficina de Planejamento para Capacitação de AIS- Módulo Parasitoses Intestinais e Doenças de Pele do DSEI-PORTO VELHO

### Proformar

Implantado em 17 de novembro de 2003 no Estado de Rondônia, o Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde- PROFORMAR/RO, possui atualmente:

- 11 Núcleos de Apoio a Docência implantados.
- 1.490 servidores capacitados, sendo:
  - 1.075 servidores da FUNASA e
  - 415 das SMS e outros órgãos.
- 133 servidores/alunos desistentes e/ou q iniciaram e não concluíram

## VII - CRÉDITOS INVESTIDOS - GESTÃO 2006 - FUNASA/RONDÔNIA

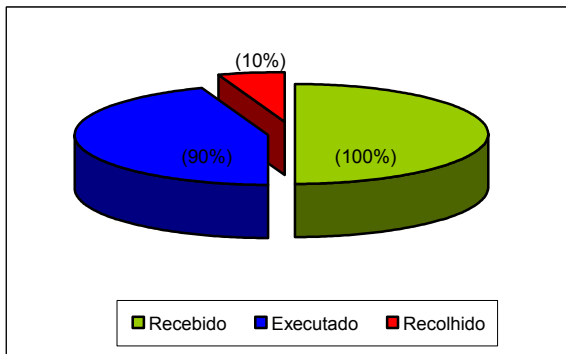
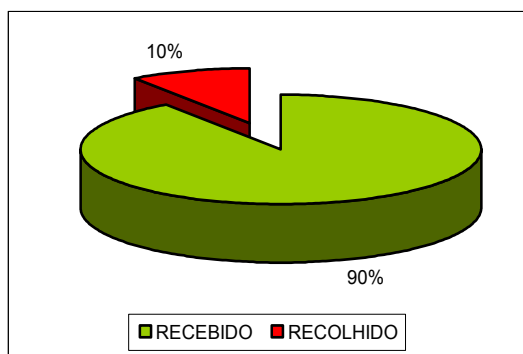
### 7.1. Quadro resumo dos recursos recebidos e executados por área

RECURSO		RECEBIDO	EXECUTADO	(%) EXEC
ADMINISTRAÇÃO	Investimento	0	0	0
	Capital	86.649,25	25.362,18	29
	Custeio	2.122.785,17	2.115.882,83	100
SANEAMENTO	Investimento	0	0	0
	Capital	449.480,00	32.298,82	7
	Custeio	1.755.104,65	1.689.562,62	96
SAÚDE INDIGENA	Investimento	0	0	0
	Capital	221.758,00	78.665,68	35
	Custeio	10.448.318,59	9.621.136,45	92
VIGISUS	Investimento	128.592,48	128.592,48	100
	Capital	0	0	0
	Custeio	450.746,29	410.961,83	91
PROFORMAR	Investimento	0	0	0
	Capital	7.500,00	6.518,07	87
	Custeio	616.466,00	419.450,35	68
CAPACITAÇÃO		184.340,14	146.860,43	80
FORÇA TAREFA JACAREACANGA/PA		223.723,94	204.463,94	91
<b>TOTAL CORE</b>		<b>16.695.464,51</b>	<b>14.879.755,68</b>	<b>89</b>

### 7.2. Quadro resumo dos recursos recebidos e executados por plano interno

PLANO INTERNO	V. RECEBIDO	V. EXECUTADO	RECOLHIDO
MANUTEN	1.475.249,35	1.472.747,01	2.502,34
CONTRATO	647.535,82	643.135,82	4.400,00
GESTAOURBAN	595.390,51	586.915,48	8.475,03
IPVE	5.227.545,66	4.555.486,16	672.059,50
IVIL	5.220.772,93	5.065.650,29	155.122,64
IGESROPVE	558.485,11	526.483,11	32.002,00
IGESROVIL	544.043,11	522.245,11	21.798,00
IQUALIAGUA	57.185,92	53.918,92	3.267,00
ITAP	223.723,94	204.463,94	19.260,00
AISAN	54.165,66	40.028,24	14.137,42
PROFORMAR	616.466,00	419.450,35	197.015,65
IAISAN	51.752,40	40.406,35	11.346,05
VIGCOMPBI1	450.746,29	410.961,83	39.784,46
<b>SOMA</b>	<b>15.723.062,70</b>	<b>14.541.892,61</b>	<b>1.181.170,09</b>

CRÉDITOS REF. DST / AIDS			
IPVE	39.211,04	37.735,44	1.475,60
IVIL	39.211,04	28.690,40	10.520,64
<b>SOMA</b>	<b>78.422,08</b>	<b>66.425,84</b>	<b>11.996,24</b>
CRÉDITOS REF. INVESTIMENTOS			
VIGCOMPBI1	128.592,48	128.592,48	0,00
<b>SOMA</b>	<b>128.592,48</b>	<b>128.592,48</b>	<b>0,00</b>
CRÉDITOS REF. MATERIAL PERMANENTE			
MANUTEN	48.273,45	6.427,18	41.846,27
INFORMÁTICA	38.375,80	18.935,00	19.440,80
IVIL	84.585,00	1.250,00	83.335,00
IPVE	39.473,00	37.735,44	1.737,56
IROPVE	97.700,00	39.680,24	58.019,76
COOPERACAOT	32.000,00	8.347,00	23.653,00
IAISAN	6.480,00	3.506,98	2.973,02
IQUALIAGUA	411.000,00	20.444,84	390.555,16
PROFORMAR	7.500,00	6.518,07	981,93
<b>SOMA</b>	<b>765.387,25</b>	<b>142.844,75</b>	<b>621.560,57</b>
<b>TOTAL</b>	<b>16.695.464,51</b>	<b>14.879.755,68</b>	<b>1.795.466,90</b>



#### JUSTIFICATIVA:

A CORE-RO passou por imensas dificuldades no fechamento do exercício financeiro de 2006, considerando as normas interpostas no período do encerramento quando, por meio de mensagem *comunica*, de 21/02/07, ficou estabelecido que todos os créditos disponíveis como pré-empenhos seriam recolhidos, tendo como condição para a devolução a conclusão do certame licitatório e o lançamento no COMPRASNET.

Face à normativa, a CORE concluiu diversos processos licitatórios, lançou no comprasnet e solicitou por, meio de mensagens *comunica* e memorandos (anexos), a devolução dos créditos recolhidos, não tendo sido atendido em tempo hábil. Neste exercício, a CORE solicitou novamente a devolução do montante recolhido no exercício passado, considerando que os processos estão todos concluídos e ainda dentro da validade das propostas dos fornecedores, que é de 60 (sessenta) dias.

Outra medida que prejudicou a execução orçamentária da CORE foi a utilização da figura de cotas específicas para empenhamento, que apesar de existir no SIAFI, em nenhum momento foi utilizado como padrão por esta ou outras administrações da FUNASA. Nos quinze dias finais do encerramento, mais precisamente no mês de dezembro/06, foi estabelecido que a CORE teria uma cota orçamentária para a emissão de empenhos tanto de custeio, como investimentos e capitais, incluindo despesas do *Vigisus*, o que levou, sob esta alegação, ao recolhimento de créditos na ordem aproximada de R\$ 1.500.000,00 ( Hum milhão e quinhentos mil reais).

Como conseqüência, a CORE-RO teve que reconhecer dívidas neste exercício (2007), na ordem de R\$ 1.300.000,00 (Hum milhão e trezentos mil reais), sem contar os prejuízos causados com a não aquisição, até a presente data, dos bens permanentes e de consumo, licitados e não empenhados face ao recolhimento dos créditos.

Numa conta simples, caso a cota tivesse sido estabelecida no início do exercício financeiro ou os saldos, conforme quadro de resumo 7.2, não tivessem sido recolhidos, a CORE-Ro teria tido uma execução orçamentária acima de 98%, dentro da média dos últimos exercícios.

## VIII - ANEXOS

- ANEXO 1 – Quadro – CONSOLIDADO E ANÁLISE DAS METAS DA CORE-RO – DE JANEIRO A DEZEMBRO/2006
- ANEXO 3 – ORGANOGRAMA INSTITUCIONAL DA CORE-RO
- ANEXO 4 – MAPA 1 – ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA CORE-RO NA GESTÃO DE SAÚDE INDÍGENA
- ANEXO 5 – MAPA 2 – ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO DSEI/PORTO VELHO
- ANEXO 6 – MAPA 3 - ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO DSEI/VILHENA
- ANEXO 7 – FLUXO DE ATENDIMENTO À POPULAÇÃO INDÍGENA
- ANEXO 8 – DOCUMENTOS (MEMORANDOS, E-MAILS E MENSAGENS) REFERENTES AO RECOLHIMENTO DO ORÇAMENTO DE 2006.



Atendendo solicitação de informações referentes aos 5 primeiros itens do Anexo X - Referências para composição das informações solicitadas nos anexos II e VI" contido na DN TCU Nº 81, abordando o Relatório de Gestão (Processo de Prestação de Contas 2006 da Funasa)

**ANEXO I - CONSOLIDADO E ANÁLISE DAS METAS DA CORE-RO - DE JANEIRO A DEZEMBRO/2006**

PROGRAMA/OBJETIVOS/INDICADOR/METAS			Unidade de Medida	Índice 2002	ÍNDICE ESPERADO PARA 2006	ÍNDICE ALCANÇADO	ANÁLISE DO RESULTADO
<b>PROGRAMA - 1. ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS</b>							
<b>OBJETIVO - 1.1. REDUZIR OS INDICADORES DE MORBIMORTALIDADE DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS.</b>							
<b>AÇÃO - 1.1.1. Intensificação das ações de controle de Tuberculose.</b>							
	RESPONSÁVEL:						
1)	Geraldo Cleto DSEI-PORTO VELHO	Reduzir em 10% a incidência de Tuberculose Pulmonar Positiva na população indígena do DSEI.	Coeficiente de incidência	52/ 100.000	43/100.000	19/100.000	Meta superada. Houve intensificação da busca ativa e implementação da ações.
1)	Alda Uchôa DSEI-VILHENA	• Reduzir em 10% a incidência de Tuberculose Pulmonar Positiva na população indígena.	Coeficiente de incidência	252,8/ 100.000	204,7/100.000	151,28/100000	Meta superada. Houve intensificação e implantação dos DOTs, busca ativa dos casos e a quimioterapia em alguns casos que se fez necessários.
<b>MEDIDAS IMPLEMENTADAS OU A IMPLEMENTAR PARA TRATAR AS CAUSAS DE INSUCESSO:</b>							
<b>1.1.2 -Intensificação das ações de controle da malária.</b>							
2)	Geraldo Cleto DSEI-PORTO VELHO	Reduzir em 10%, a incidência de malária na população indígena.	Coeficiente de incidência	54/1.000	49/1000	173/1.000	O aumento de casos se deu em função vários fatores, principalmente: insuficiência de recursos orçamentários, de veículos e equipamentos (pickups 4x4, motores de popa, microscópios, termonebulizadores, etc), ocorrência de garimpos, reincidência de casos.
2)	Alda Uchôa DSEI-VILHENA	• Reduzir em 10%, a incidência de malária na população indígena.	Coeficiente de incidência	2,2/1.000 (Ano 2002) 112,9/1.000 (Ano 2004)	50/1000	40/1000	Meta superada em virtude da ampliação e intensificação das ações de malária nas aldeias e da vigilância na área de garimpo, além de melhoramento do Sistema de Informação - SIVEP. Sendo que nesse ano foram filtrados somente casos em indígenas.
<b>MEDIDAS IMPLEMENTADAS OU A IMPLEMENTAR PARA TRATAR AS CAUSAS DE INSUCESSO:</b>							
Apesar da insuficiência de recursos as ações de combate e controle foram intensificadas, por meio das 7 equipes volantes de área, como a ampliação da busca ativa, diagnóstico e tratamento e ações de borrifação.							
<b>1.1.3 - Implantação da Vigilância Alimentar e Nutricional e Apoio à Ações de Promoção de Segurança Alimentar e Nutricional.</b>							
3)	Geraldo Cleto DSEI-PORTO VELHO	Implantar a Vigilância Alimentar e Nutricional nos Pólos Base.	Nº de Pólos Bases c/ Programas Implantados	0	4	4	Meta alcançada plenamente. O programa foi implementado nos 4 Polos Base.
3)	Alda Uchôa DSEI-VILHENA	• Implementar a Vigilância Alimentar e Nutricional nos Pólos Base, priorizando crianças menores de 05 anos e gestantes.	Nº de Pólos base com programa implementado	0	4	4	Meta alcançada plenamente. O programa foi implementado nos 4 Polos Base.
<b>MEDIDAS IMPLEMENTADAS OU A IMPLEMENTAR PARA TRATAR AS CAUSAS DE INSUCESSO:</b>							



1.1.4- Intensificação das ações de imunizações nas áreas indígenas.							
4)	Geraldo Cleto DSEI-PORTO VELHO	• Alcançar a Cobertura Vacinal adequada em 100% das aldeias do DSEI Porto Velho.	94 Aldeias com cobertura vacinal adequada	87	94	94	Meta alcançada plenamente. 99% dos indígenas com esquema completo em todas as vacinas.
4)	Alda Uchôa DSEI-VILHENA	• Alcançar a cobertura vacinal adequada em 50% das aldeias do DSEI para as vacinas Sabin e Hepatite B em < de 05 anos, e Tetravalente em < 01 ano.	Nº de aldeias com cobertura adequada	0	67	100	Meta superada. Foi alcançada cobertura vacinal em 74,6% (100) das aldeias nas vacinas sabin e Hepatite B, em menores de 5 anos, e na vacina Tetravalente em menores de 1 ano.
MEDIDAS IMPLEMENTADAS OU A IMPLEMENTAR PARA TRATAR AS CAUSAS DE INSUCESSO:							
1.1.5 - Implementação do Modelo de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança.							
5)	Geraldo Cleto DSEI-PORTO VELHO	• Implementar as ações de atenção integral à saúde da mulher e da criança em 100% dos Pólos Base	04 Pólos base com ações implementadas	0	4	4	Meta alcançada plenamente. As ações foram implementadas com o aumento das EMSI e com a implementação do SISVAN, em todos os Polos Base.
5)	Alda Uchôa DSEI-VILHENA	• Implementar nos Pólos base as ações de promoção à saúde integral da mulher e da criança, de forma integrada com as outras áreas programáticas, priorizando pré-natal, parto e puerpério, crescimento e desenvolvimento e doenças prevalentes na infância (menores de 5 anos).	Pólos base com ações implementadas	0	4	4	Meta alcançada plenamente.
MEDIDAS IMPLEMENTADAS OU A IMPLEMENTAR PARA TRATAR AS CAUSAS DE INSUCESSO:							
1.1.6 - Implantação e implementação do Programa de DST/AIDS e Hepatites.							
6)	Geraldo Cleto DSEI-PORTO VELHO	• Implementar o Programa de DST/AIDS e Hepatites no DSEI em 100% dos Polos Base.	Nº de Pólos com programa implementado	0	4	4	Meta alcançada plenamente.
6)	Alda Uchôa DSEI-VILHENA	• Implementar o Programa de DST/AIDS e Hepatites no DSEI, com base nas necessidades e características culturais locais.	Pólos com programa implementado	0	4	4	Meta alcançada plenamente. O programa foi implementado nos 4 Polos Base.
MEDIDAS IMPLEMENTADAS OU A IMPLEMENTAR PARA TRATAR AS CAUSAS DE INSUCESSO:							
1.1.7 - Aumento da resolutividade e cobertura das ações de saúde bucal.							
7)	Geraldo Cleto DSEI-PORTO VELHO	Implementar as ações e serviços de saúde bucal nos Pólos base.	Pólo base com serviço de saúde bucal implementado	0	4	4	Meta alcançada plenamente. As equipes de saúde bucal foram completadas e as ações foram intensificadas em todos os Polos Base.
7)	Alda Uchôa DSEI-VILHENA	• Implementar as ações e serviços de saúde bucal nos Pólos base.	Pólo base com serviço de saúde bucal	0	4	4	Meta alcançada plenamente. O programa foi implementado nos 4 Polos Base.
MEDIDAS IMPLEMENTADAS OU A IMPLEMENTAR PARA TRATAR AS CAUSAS DE INSUCESSO:							



1.1.8 - Implantação das ações de controle do Tracoma.							
8)	Alda Uchôa DSEI-VILHENA	• Implantar o Programa de Controle do Tracoma nas aldeias do DSEI.	Número de aldeias com programa implantado	0	134	140*	Meta superada em virtude de .... Foram realizadas atividades educativas e busca ativa em todas as aldeias. O programa foi ainda implementado em 16 aldeias.

**MEDIDAS IMPLEMENTADAS OU A IMPLEMENTAR PARA TRATAR AS CAUSAS DE INSUCESSO:** \*Foram criadas mais 6 aldeias.

1.1.9 - Intensificação das ações de controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.							
9)	Alda Uchôa DSEI-VILHENA	• Implementar ações de controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.	Pólo base com ações implementadas	0	4	4	Meta alcançada plenamente. O programa foi implementado nos 4 Polos Base.

**MEDIDAS IMPLEMENTADAS OU A IMPLEMENTAR PARA TRATAR AS CAUSAS DE INSUCESSO:**

#### PROGRAMA - 2. SANEAMENTO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE

**OBJETIVO - 2.1. FOMENTAR E IMPLEMENTAR AÇÕES DE SANEAMENTO AMBIENTAL PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS EM POPULAÇÕES VULNERÁVEIS (ASSENTADOS, REMANESCENTES DE QUILOMBOS, ENTRE OUTROS), NAS COMUNIDADES INDÍGENAS E NOS MUNICÍPIOS DE ATÉ 30 MIL HABITANTES.**

**AÇÃO - 2.1.1 a). Financiamento das ações de saneamento ambiental para prevenção e controle de doenças em municípios de até 30 mil habitantes. (METAS ORÇAM. 2006)**

RESPONSÁVEL:							
1)	Maria A. Catunda DIESP	Aprovar 30 % dos projetos de Convênios para Implantação de Sistema de Abastecimento de Água.	Convênios Aprovados	-	30%	0%	A programação foi aprovada em junho/2006 e o prazo para aprovação dos projetos foi até out/06. Na maioria dos casos, os projetos apresentados não atendem as orientações da Funasa e normas técnicas vigentes. Os projetos encaminhados estão em análise e/ou aguardando as pendências solicitadas.
2)	Maria A. Catunda DIESP	Aprovar 30 % dos projetos de Convênios para Implantação de Melhorias sanitárias Domiciliares.	Convênios Aprovados	-	30%	0%	Idem justificativa anterior.
3)	Maria A. Catunda DIESP	Aprovar 30 % dos projetos de Convênios para Implantação de Sistema de Esgotamento Sanitário.	Convênios Aprovados	-	30%	0%	Idem justificativa anterior.
4)	Maria A. Catunda DIESP	Aprovar 30 % dos projetos de Convênios para Manejo Ambiental e Drenagem Urbana para controle de malária.	Convênios Aprovados	-	30%	30%	Meta alcançada.
5)	Maria A. Catunda DIESP	Aprovar 30 % dos projetos de Convênios para implantação de Resíduos Sólidos.	Convênios Aprovados	-	30%	0	Idem justificativa anterior.

**MEDIDAS IMPLEMENTADAS OU A IMPLEMENTAR PARA TRATAR AS CAUSAS DE INSUCESSO:**

Foi realizada Oficina de Trabalho para orientações e esclarecimentos dos procedimentos relativos à celebração de convênios, aprovação de projetos, acompanhamentos e prestação de contas dos convênios, com prefeitos e responsáveis técnicos dos municípios .



**2.1.1 b) – Financiamento das ações de saneamento ambiental para prevenção e controle de doenças em municípios de até 30 mil habitantes. (METAS ORÇAM. 2005)**

RESPONSÁVEL:							
6)	Maria A. Catunda DIESP	Aprovar 60 % dos projetos de Convênios para Implantação de Sistema de Abastecimento de Água.	Convênios Aprovados	-	60%	10%	Os projetos encaminhados estão em análise e/ou aguardando as pendências solicitadas. (Total de projetos: 6 - 1 aprovado, 3 em análise e 2 não encaminhados)
7)	Maria A. Catunda DIESP	Aprovar 100 % dos projetos de Convênios para Implantação de Melhorias sanitárias Domiciliares.	Convênios Aprovados	-	100%	100%	Meta alcançada plenamente. (Total de projetos: 4 - todos aprovados)
8)	Maria A. Catunda DIESP	Aprovar 60 % dos projetos de Convênios para Implantação de Sistema de Esgotamento Sanitário.	Convênios Aprovados	-	60%	0	Os projetos encaminhados estão em análise e/ou aguardando as pendências solicitadas. (Total de projetos: 4 - todos aguardando pendências)
9)	Maria A. Catunda DIESP	Aprovar 60 % dos projetos de Convênios para Manejo Ambiental e Drenagem Urbana para controle de malária.	Convênios Aprovados	-	60%	50%	Os projetos encaminhados estão em análise e/ou aguardando as pendências solicitadas. (Total de projetos: 2 - 1 aprovado e 1 não aprovado)
10)	Maria A. Catunda DIESP	Aprovar 60 % dos projetos de Convênios para implantação de Resíduos Sólidos.	Convênios Aprovados	-	60%	0	Os projetos encaminhados estão em análise e/ou aguardando as pendências solicitadas. (Total de projetos: 2 - em análise).

**MEDIDAS IMPLEMENTADAS OU A IMPLEMENTAR PARA TRATAR AS CAUSAS DE INSUCESSO:**

Foi realizada Oficina de Trabalho para orientações e esclarecimentos dos procedimentos relativos à celebração de convênios, aprovação de projetos, acompanhamentos e prestação de contas dos convênios, com prefeitos e responsáveis técnicos dos municípios .

**2.1.2. a) - Apoio ao desenvolvimento de ações de saneamento ambiental para prevenção e controle de doenças em municípios de até 30 mil habitantes. (METAS ORÇAM. 2000-2001-2002)**

11)	Maria A. Catunda DIESP	Implantar Sistema de abastecimento de água.	Família Beneficiada	-	13.127	13.127	Meta alcançada.
12)	Maria A. Catunda DIESP	Implantar Sistema de Esgotamento Sanitário.	Família Beneficiada	-	1.962	1.100	Obra em fase conclusão.
13)	Maria A. Catunda DIESP	Implantar Melhoria Sanitária Domiciliar.	Família Beneficiada	-	2.012	2.012	Meta alcançada plenamente.
14)	Maria A. Catunda DIESP	Realizar manejo ambiental e drenagem urbana para controle da Malária.	Família Beneficiada	-	2.076	500	Obra paralisada. Prestação de contas parcial com pendências.

**MEDIDAS IMPLEMENTADAS OU A IMPLEMENTAR PARA TRATAR AS CAUSAS DE INSUCESSO:**



<b>2.1.2. b) - Apoio ao desenvolvimento de ações de saneamento ambiental para prevenção e controle de doenças em municípios de até 30 mil habitantes. (METAS ORÇAM. 2003-2004)</b>							
8)	Maria A. Catunda DIESP	Implantar Sistema de Abastecimento de Água	Família Beneficiada	-	5.570	2.520	Obras em fase de conclusão.
9)	Maria A. Catunda DIESP	Implantar Sistema de Esgotamento Sanitário	Família Beneficiada	-	2.215	0	Aguardando regularização das pendências por parte das prefeituras.
10)	Maria A. Catunda DIESP	Implantar Melhoria Sanitária Domiciliar	Família Beneficiada	-	405	405	A meta foi alcançada plenamente.
11)	Maria A. Catunda DIESP	Implantar e Modernizar Sistema de Resíduo Sólido	Família Beneficiada	-	2.601	0	Aguardando regularização das pendências por parte das prefeituras.
12)	Maria A. Catunda DIESP	Realizar Manejo Ambiental e Drenagem Urbana para Controle da Malária	Família Beneficiada	-	506	0	Obra em execução.
<b>MEDIDAS IMPLEMENTADAS OU A IMPLEMENTAR PARA TRATAR AS CAUSAS DE INSUCESSO:</b>							
<b>2.1.3. - Abastecimento de água potável e destino adequado de dejetos para comunidades indígenas. (METAS ORÇAM. EXERC. ANTERIORES)</b>							
13)	Maria A. Catunda DIESP	Dotar as aldeias com sistema de abastecimento de água	Aldeia	-	25	25	Meta alcançada plenamente.
14)	Maria A. Catunda DIESP	Dotar as aldeias com destino adequado de dejetos	Aldeia	-	35	35	Meta alcançada plenamente.
<b>MEDIDAS IMPLEMENTADAS OU A IMPLEMENTAR PARA TRATAR AS CAUSAS DE INSUCESSO:</b>							
<b>2.1.4- Viabilização da contratação de obras e serviços para abastecimento de água potável e destino adequado de dejetos em comunidades indígenas. (METAS ORÇAM. 2006)</b>							
17)	Maria A. Catunda DIESP	Viabilizar a contratação de obras e serviços de abastecimento de água para atender aldeias indígenas	Aldeias com obras e serviços contratados	-	26	26	Meta alcançada plenamente.
18)	Maria A. Catunda DIESP	Viabilizar a contratação de obras e serviços de destino adequado dos dejetos para atender aldeias indígenas	Aldeias com obras e serviços contratados	-	26	0	Aguardando descentralização de recurso, por parte da Presi/Funasa para empenhamento dos processos e posterior contratação.
<b>MEDIDAS IMPLEMENTADAS OU A IMPLEMENTAR PARA TRATAR AS CAUSAS DE INSUCESSO:</b>							



**2.1.5- Apoio ao desenvolvimento de ações de saneamento em projetos especiais (comunidades remanescentes de quilombos, assentamentos rurais, reservas extrativistas, comunidades ribeirinhas, entre outras). (METAS ORÇAM. 2006)**

19)	Maria A. Catunda DIESP	Viabilizar a contratação de obras de Melhorias Sanitárias Domiciliares nas Reservas Extrativistas do Lago Cuniã e Distrito de Nova Califórnia, município de Porto Velho e em assentamentos nos municípios de Pres. Médici e São Francisco do Guaporé.	Localidades com obras e serviços contratados	-	3	0	Aguardando descentralização de recurso, por parte da Presi/Funasa para empenhamento dos processos e posterior contratação.
-----	---------------------------	---	--	---	---	---	--

MEDIDAS IMPLEMENTADAS OU A IMPLEMENTAR PARA TRATAR AS CAUSAS DE INSUCESSO:

**2.1.6 - Apoio ao desenvolvimento de ações de saneamento em projetos especiais (comunidades remanescentes de quilombos, assentamentos rurais, reservas extrativistas, comunidades ribeirinhas, entre outras). (METAS ORÇAM. EXERC. ANTERIORES)**

20)	Maria A. Catunda DIESP	Dotar as reservas extrativistas Lago do Cuniã/ Porto Velho e Rio Ouro Preto/ Guajará-Mirim com sistemas de abastecimento de água	Comunidades beneficiadas	-	2	1	A empresa contratada não concluiu a obra (1).
-----	---------------------------	--	--------------------------	---	---	---	---

MEDIDAS IMPLEMENTADAS OU A IMPLEMENTAR PARA TRATAR AS CAUSAS DE INSUCESSO:

**2.1.8 -Garantia da operação e manutenção dos serviços de saneamento em áreas indígenas. (METAS ORÇAM. 2005)**

22)	Maria A. Catunda DIESP	Manter a operação dos serviços de saneamento implantados nas aldeias.	Aldeias com serviços em operação	-	104	104	Meta alcançada plenamente.
23)	Maria A. Catunda DIESP	Garantir AISAN capacitado para operar e manter os sistemas de abastecimento de água nas aldeias.	Aldeias com AISAN atuando	-	31	31	Meta alcançada plenamente.

MEDIDAS IMPLEMENTADAS OU A IMPLEMENTAR PARA TRATAR AS CAUSAS DE INSUCESSO:




**2.3 – FOMENTAR AÇÕES DE MONITORAMENTO E DE CONTROLE DA QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO.**

**2.3.1 – Implantação do programa de controle da qualidade da água para o consumo humano em áreas indígenas. (METAS ORÇAM. 2006)**

24)	Maria A. Catunda DIESP	Implantar desinfecção nos sistemas de abastecimento de água construídos em aldeias indígenas	Aldeia	-	21	0	Os processos licitatórios foram concluídos. Aguardando descentralização de recursos por parte da Presi/Funasa para empenhamento dos processos.
25)	Maria A. Catunda DIESP	Implantar programa de monitoramento da qualidade da água para consumo humano nas aldeias indígenas	Aldeia	-	21	0	Os processos licitatórios foram concluídos. Aguardando descentralização de recursos por parte da Presi/Funasa para empenhamento dos processos.

MEDIDAS IMPLEMENTADAS OU A IMPLEMENTAR PARA TRATAR AS CAUSAS DE INSUCESSO:

**OBS.: A principal dificuldade da CORE consiste na insuficiência de recursos orçamentários para a Saúde Indígena, com um Teto inferior a sua real necessidade e a insuficiência de veículos, pela a não reposição/complementação da frota, resultando numa frota com 80% dos veículos em situação antieconômica ou inservíveis.**

Legenda:  Meta alcançada  
 Meta parcialmente alcançada  
 Meta não alcançada

ANEXO 3 – ORGANOGRAMA INSTITUCIONAL DA CORE-RO

**Coordenador Regional da FUNASA / RO**  
**Josafá Piahy Marreiro**  
 Subst: M<sup>a</sup> do Socorro Lima e S. Frayha

ASPLAN- Asses. de Plan. Modern. e Desenv. Institucional:  
 Maria do Socorro Lima e Silva Frayha  
 (Assistente de Planejamento)

ASCOM- Asses. de Comunicação e Ed. em Saúde  
 Júlio Sérgio Aires de Almeida-Assist. Téc. de Com.  
 Marilyn da Silva Oliveira-Educação em Saúde

Chefe de Gabinete  
 Helena da Silva Rocha Sete

PGF - Procuradoria-Geral Federal  
 José da Silva Pessoa  
 (Procurador)

Equipe de Convênios  
 José Feliciano Pessoa  
 (Chefe Assonv)

DIADM - Div. de Administração  
 Chefe: Antônio José de Ribamar Monteiro  
 Subst: Paulo Roberto da Silva Pereira

DIREH - Div. de Rec. Humanos  
 Chefe: Marinete Souza de Mendonça  
 Subst: Antônia Lucineide Leite Augusto

DIESP-Div. de Eng. de Saúde Pública  
 Chefe: Maria Antonia Catunda da Silva  
 Subst: Josiclene Moura Leite

DSEI/PVH - Distrito Sanitário Especial Indígena  
 Chefe: Geraldo Cleto Magalhães

DSEI/VIL - Distrito Sanit. Esp. Indígena/Sede em Cacoal  
 Chefe: Alda da Silva Uchôa

SAEOF-Sessão de Exec. Orç. e Fin.  
 Chefe: Paulo Roberto da S. Pereira  
 Subst: Dejones Nascimento da Silva

SALOG-Sessão de Rec. Logísticos  
 Chefe: Romildo Lopes da Silva  
 Subst: Elizabeth Matos de Oliveira

SACAD-Sessão de Cadastro  
 Chefe: Francisca Feitosa da Silva  
 Subst: Antônia Lucineide L. Augusto

SAPRO-Sessão de Anál. de Projetos  
 Chefe: Hermes Ribeiro de Oliveira

SAADM - Sessão de Administração  
 Chefe: José de Ribamar Galvão

SAADM - Sessão de Administração  
 Chefe: Irineu Otto

SOORC-Setor Orçamentário  
 Chefe: M<sup>a</sup> Edith de Souza Lima  
 Subst: M<sup>a</sup> da Conceição Ojopi

SOCOM-Setor de Comunicação  
 Chefe: Cecília Silva Santos  
 Subst: M<sup>a</sup> de Fátima Soares Lima

SAPAG-Sessão de Pagamento  
 Chefe: Hilza Duarte dos S. Barros  
 Subst: Áurea Batista Campos

SECAV-Setor de Acomp. e Avaliação  
 Chefe: Lourivaldo Francisco Breves

SAOPE - Sessão de Operações  
 Chefe:.....

SAOPE - Sessão de Operações  
 Chefe: Arcido Luxinger

SOFIN-Setor Financeiro  
 Chefe: Marivaldo Lopes de Souza  
 Subst: Juarez Alexandre Carneiro

SOMAT-Setor de Material  
 Chefe: Cleide Veiga de Lima  
 Subst: Tânia Mara Hollanda Amaral

SECAP-Setor de Capacitação  
 Chefe: Maria de Lourdes da Silva  
 Subst: Regina Célia dos Santos Lima

CASAI / P.Velho  
 Casa de Saúde do Índio  
 Chefe: Ivonêse Rodrigues da Silva

CASAI / Vilhena  
 Casa de Saúde do Índio  
 Chefe: Maria José Trindade

Almoxarifado de Patrimônio  
 Chefe: Antônio Alves Maia Filho

SOPAT-Setor de Patrimônio  
 Chefe: Rozana Silva Santos  
 Subst: Silvano de Souza

SEAIS-Serv. de Ass. Integ. ao Servidor  
 Chefe: Maria de Nazaré Brandão

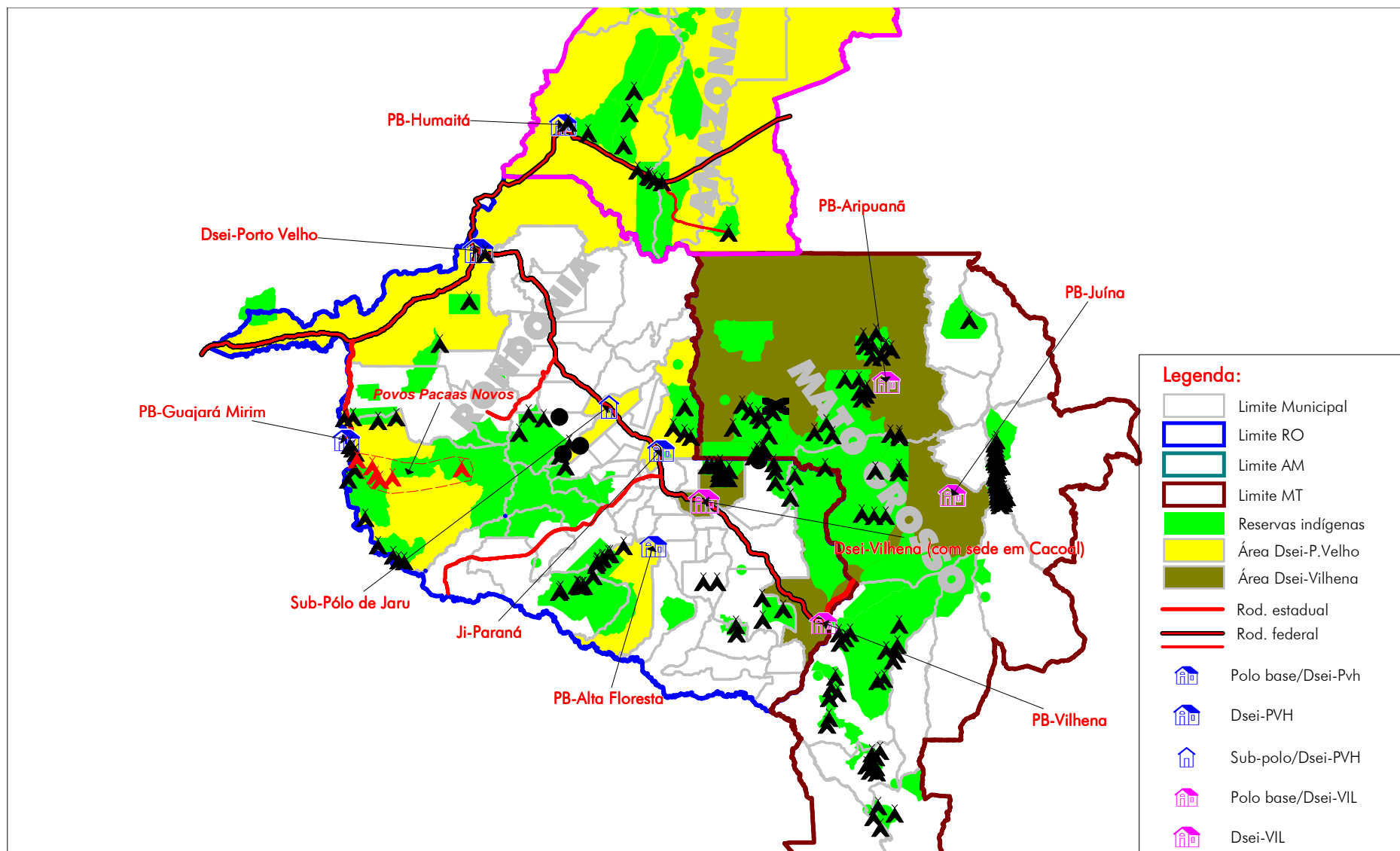
CASAI / G.Mirim  
 Casa de Saúde do Índio  
 Chefe: Lúcia Gouveia Carneiro

CASAI / Cacoal  
 Casa de Saúde do Índio  
 Chefe: João Batista R. Pordeus

PROFORMAR  
 Chefe: Lindalva Coutinho de Queiroz

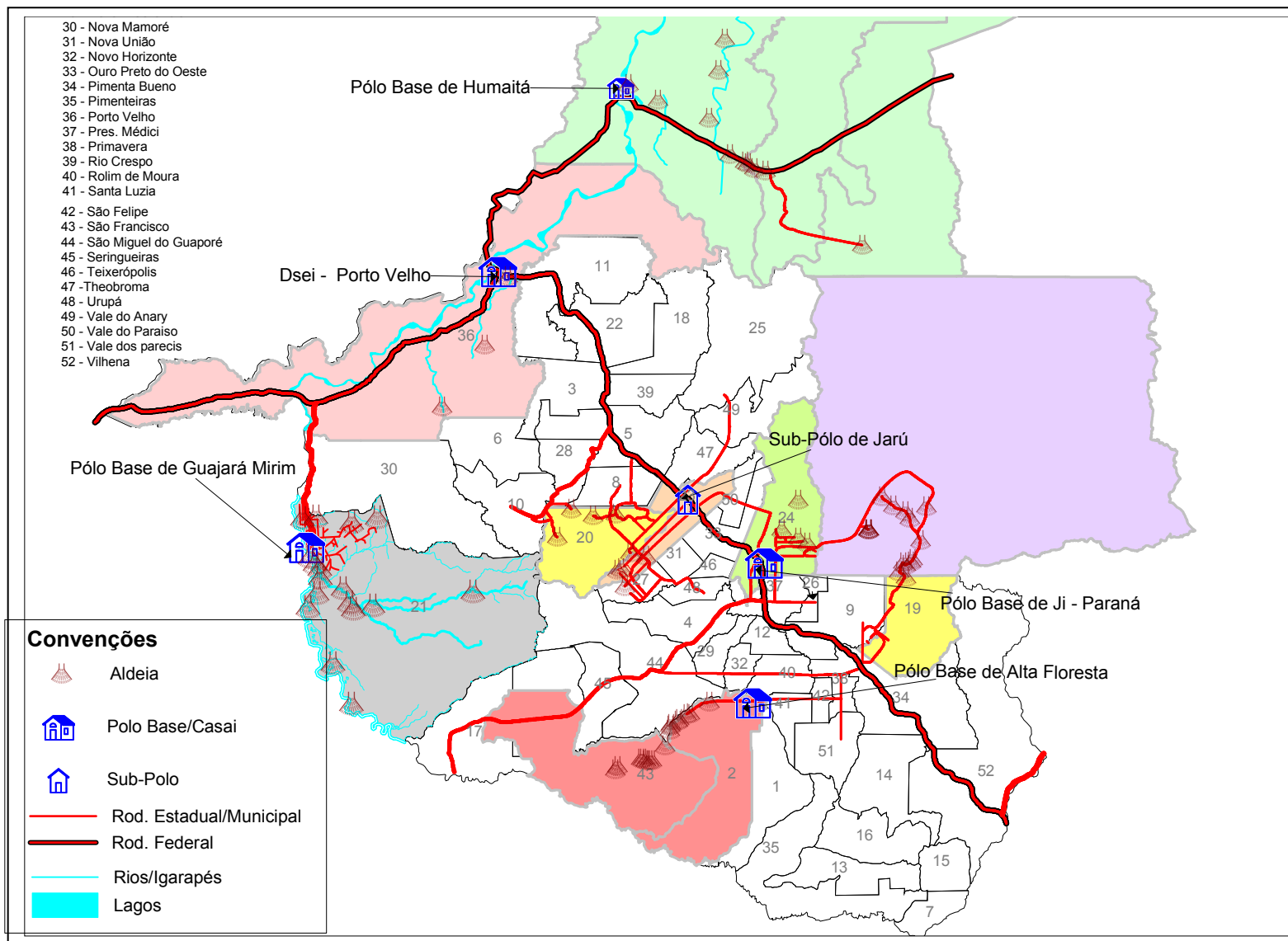
SOTRA-Setor de Transportes  
 Chefe: José Manoel F. Carvalho  
 Subst: M<sup>a</sup> Lucilêia Carvalho da Mota

ANEXO 4 – MAPA 1 – ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA CORE-RO NA GESTÃO DE SAÚDE INDÍGENA





ANEXO 5 – MAPA 2 – ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO DSEI/PORTO VELHO-RO





## ANEXO 7 – 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.

