

RELATÓRIO DE GESTÃO 2005 CORE/RO

GESTÃO ADMINISTRATIVA

FUNASA
FUNASA

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO REGIONAL DE RONDÔNIA



Ministério da Saúde
Fundação Nacional de Saúde

SUMÁRIO

I – INTRODUÇÃO	3
II – CONTEXTUALIZAÇÃO	4
1. Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei) de Porto Velho	6
2. Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei) de Vilhena	12
3. Divisão de Engenharia de Saúde Pública – Diesp	22
4. Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde - Ascom	25
5. Divisão de Recursos Humanos - Direh	29
III – CONCLUSÃO	31
ANEXOS	32



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

I – INTRODUÇÃO

1.1 – Dados Gerais da Unidade

A Fundação Nacional de Saúde (Funasa) é um órgão federal do Ministério da Saúde, que atua nos estados brasileiros de forma descentralizada por meio das Coordenações Regionais e tem por finalidade **“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”**. Criada por meio do Decreto nº 100, de 16/06/1991 e alterado pelo Decreto nº 4.727 de 9/6/2003, tem sua estrutura organizacional estabelecida pelo seu Regimento Interno aprovado pela Portaria nº 1.776, de 8 de setembro de 2003. Tendo como função a promoção e proteção à saúde.

pele e Quadro dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas, aprovado pelo Decreto nº 4.727, de 9 de junho de 2003, e ainda,

sob o CNPJ nº. 26.989.350/0180-82 UG-Siafi 255022

situada na Rua Festejos nº 167, bairro Costa e Silva, CEP 78903-843, Porto Velho-RO

A Funasa atua no Estado de Rondônia com ações de saúde e vigilância voltadas à população indígena e ações de saneamento ambiental, com vistas à 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).

A Funasa/RO é ainda responsável pela administração dos recursos humanos no que se refere a cadastro e folha de pagamento de 1.653 servidores descentralizados, 145 aposentados e pela gestão dos 342 que atuam na própria FUNASA.

Na parte de saneamento ambiental a Core-RO presta assessoria a municípios para o desenvolvimento de ações de saneamento com financiamentos de obras, atende a população indígena com execução de novos sistemas de abastecimento de água, melhorias sanitárias, manutenção dos sistemas existentes, com construção e reformas de Casai, contemplando ainda comunidades de reservas extrativistas com sistema de abastecimento de água, entre outras ações.

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/RO assume diretamente a gestão, ficando ainda na dependência de convênios e parcerias com as prefeituras a contratação de pessoal para composição do quadro de pessoal.

Apesar do esforço e avanço da Core-RO na agilização do aspecto administrativo com a formalização de contratos contínuos com empresas especializadas para o fornecimento de serviços e materiais (alimentação, vigilância, limpeza, lavanderia, combustível, passagem área e terrestre, aeronave para emergências, conserto de veículo, medicamentos, serviços médicos especializados), a execução das ações propostas no Plano Operacional da CORE ficou comprometida pela ausência de pessoal em área durante um período deste ano (julho a

novembro) o que dificultou o atingimento das metas propostas no Plano, prejudicando assim essa gestão.

Contudo, as ações foram realizadas, no que se refere às linhas de atuação da FUNASA – saúde indígena e saneamento - e ainda RH/Capacitação e Ascom/Educação em Saúde e a Core-RO registra nesse relatório suas principais ações e os resultados obtidos na gestão do ano de 2004.

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 238.512,8 km², 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 Censo 2000 (IBGE), Rondônia possui 1.379.787 habitantes distribuídos em 52 municípios, sendo os mais populosos: Porto Velho - capital do Estado - (314.525), Ji-Paraná (92.728), Cacoal (75.862), Ariquemes (75.098), Vilhena (47.669), Jaru (46.814), Rolim de Moura (43.628), Guajará-Mirim (40.871), Ouro Preto do Oeste (40.378), Machadinho D'Oeste (32.517).

Principais indicadores demográficos, sociais e econômicos: Densidade (hab./km²) - 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 106.322 casos no ano de 2004, correspondendo a um IPA (Índice Parasitário Anual) de 71,8 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. Desde 2001 o Estado vem apresentando tendência de aumento de incidência.

Outro importante problema de saúde pública é representado pela Dengue, que desde o final de 2004 e início de 2005, vem apresentando situação epidêmica em vários municípios. Nos municípios de Cacoal, Jaru, Ouro Preto D'Oeste e São Francisco do Guaporé, chamou a atenção das autoridades sanitárias, inclusive do nível nacional, a presença de, além das manifestações clínicas suspeitas da doença, a associação de sintomatologia neurológica, situação em fase de investigação pelas três esferas do governo.

Em Porto Velho, sito a Rua Festejo, nº 167, Bairro Costa e Silva, está localizada a sede da Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde - Funasa.

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).

No tocante a saúde indígena sua área de atuação compreende, além de Rondônia, o norte e noroeste do Mato Grosso e o sul do Amazonas. Nesse universo é responsável pelo atendimento à saúde de 12.592 indígenas, das 75 etnias distribuídas nas 214 aldeias existentes.

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

Até julho de 2004 essa assistência era feita por meio dos convênios celebrados entre a Funasa e a ong CUNPIR para atendimento à população indígena do Dsei de Porto Velho e a PACA (em Cacoal) para atendimento aos povos pertencentes ao Dsei de Vilhena, com sede no município de Cacoal. A publicação da Portaria Ministerial nº 70/GM, de 20/01/2004, que “aprova as diretrizes da gestão da política nacional de atenção à saúde indígena” deu novo direcionamento ao gerenciamento das ações, quando a Funasa/RO assume diretamente esse gerenciamento, mas precisa ainda de novas parcerias para a contratação de recursos humanos.

Enquanto se articula a formalização de novos convênios com instituições habilitadas para a complementação do pessoal para a composição do quadro de pessoal dos Dsei, uma vez que a Portaria Conjunta nº 44, de 11/10/2004, que “dispõe sobre as responsabilidades na prestação da assistência a saúde dos povos indígenas” possibilitando a contratação de pessoal pelas prefeituras com recurso da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) para a atenção básica nas aldeias, não contempla todos os cargos/funções necessários à gestão da saúde indígena, foram estabelecidas parcerias com as prefeituras para a contratação de pessoal dos cargos permitidos na Portaria.

Durante esse período de articulação houve prejuízo no desenvolvimento das ações pela ausência de pessoal em área. Contudo as ações não sofreram interrupção, fato que contou inclusive com o voluntarismo de vários profissionais. Estabelecidas parcerias com as prefeituras (em novembro de 2004) amenizou-se a ausência das equipes em área, mas não resolveu de tudo a insuficiência de pessoal pelos cargos necessários à complementação do pessoal e que não estão contemplados pela Portaria da SAS. Está em processo de articulação a formalização de convênio com outras instituições para a complementação desse pessoal, para uma assistência de qualidade aos povos indígenas.

No que se refere a saneamento ambiental, a FUNASA/RO, por meio da Divisão de Engenharia de Saúde Pública - DIESP, atua apoiando técnico 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.

Para o desenvolvimento das ações a Funasa/RO atualmente conta com um quadro de pessoal composto pelos 342 servidores lotados na sede da Core, nos Dsei, Pólos Base e Casai, consultores e pessoal contratado para comporem as equipes de saúde que atuam em área.

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.

1. Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei) de Porto Velho

Caracterização do Dsei

As ações de saúde do índio no DSEI Porto Velho no decorrer do ano de 2004 foram marcadas pelo rompimento da execução pela ONG CUNPIR em 2 de julho e pela operacionalização diretamente pela FUNASA. Essa transição atribuiu ao DSEI a competência de executar os serviços de assistência, até então geridos pela ONG de forma desarticulada das diretrizes instituídas pela FUNASA. A reestruturação das ações de saúde do índio foi orientada pelo novo modelo de gestão aprovado na Portaria 70 de 20.01.04 do Ministério da Saúde.

O DSEI Porto Velho, tem características próprias e diversificadas no atendimento a população de 7.099 índios, distribuídos nos municípios de Alta Floresta D'Oeste, Guajará Mirim, Nova Mamoré, Gov. Jorge Teixeira, Jarú, Ji-Paraná, Mirante da Serra, São Francisco, São Miguel do Guaporé, Seringueiras e Porto Velho no Estado de Rondônia; Humaitá e Manicoré no Estado do Amazonas; Aripuanã no Estado do Mato Grosso, pertencentes a 49 etnias e distribuídos em 87 aldeias.

A operacionalização das ações está estruturada a partir dos Pólos Base localizados nos municípios de Humaitá, Alta Floresta D'Oeste, Guajará Mirim e Ji-Paraná de onde se deslocam as equipes de saúde para as aldeias, entre área terrestre e fluvial.

O deslocamento das equipes de saúde traz algumas complexidades causadas pelas péssimas condições das estradas, pela dificuldade de navegação de rios – período sem chuva, pela falta de ponto de apoio ou Postos de Saúde com alojamento, dificultando sobremaneira para os profissionais a realização de serviços que exigem longas estadias. A logística também é insatisfatória em infra-estrutura, veículos, telefonia, radiofonia nos 04 Pólos Base.

A referência das aldeias é a CASAI. O DSEI tem CASAI nos Pólos Base de Guajará-Mirim, Ji-Paraná, Humaitá e na sede do DSEI em Porto Velho. Os Pólos em Alta Floresta D'Oeste e Jarú não possuem CASAI e atendem os pacientes em hotel contratado quando os mesmos não estão internados nos hospitais. A rede do SUS em Rondônia apresenta dificuldade no atendimento de alta complexidade, as especialidades médicas são restritas, concentrando-se mais na capital e na rede privada.

As principais dificuldades são:

- O acesso às aldeias: em época de chuvas as áreas de acesso terrestre ficam em condições precárias. Na época da seca a dificuldade passa para as áreas de acesso fluvial.
- A dispersão populacional no território, onde a tendência de fragmentação por aldeias tem aumentado em função de recomposição familiar e política. Os aspectos culturais às vezes criam barreiras e dificultam procedimentos técnicos, tratamentos prolongados, transmissibilidade de doenças, e outros.
- A deficiência da rede de comunicação. Falta rádio em pelo menos 60 aldeias.

Controle Social

O Conselho Distrital de Saúde Indígena está formado por 30 membros, sendo estes, metade representantes das etnias mais populosas e a outra metade representando as Secretarias de Saúde dos municípios com população indígena, Organizações Não Governamentais que

atuam na causa indígena e trabalhadores da saúde indígena. Participam também das reuniões do Conselho os Presidentes de Conselho Local, Chefes de Pólos Base e das CASAI. Outras participações têm sido freqüentes nas reuniões, trata-se dos convidados para esclarecimento de assuntos específicos. A periodicidade das reuniões é de 3 (três) reuniões a cada ano.

Tanto o Conselho Estadual de Saúde quanto os Conselhos Municipais de Saúde contam com a participação indígena, inclusive existe instalada e atuando no Conselho Estadual a Comissão da Saúde do Índio.

Informações de Saúde

Os fatores que representam risco a saúde das populações indígenas vêm da aproximação de muitos povos junto a comunidades urbanas, outros advém da entrada ilegal ou concedida pelos próprios indígenas, em suas terras, para exploração de riquezas minerais e vegetais por garimpeiros e madeireiros, além de outros. O alerta se faz ao risco a doenças como DST/AIDS, Malária, Tuberculose, Alcoolismo, uso de narcóticos e outras provocadas pela mudança de hábitos alimentares, o que exige atuação sistemática das equipes de saúde nas aldeias.

A organização dos serviços de saúde para a população indígena iniciada pela FUNASA em 1999 contou com a parceria da ONG CUNPIR que executou as ações até julho de 2004. Nesse período, mesmo com a disponibilidade de recursos os avanços foram insatisfatórios em infraestrutura para garantir as ações de assistência nas aldeias e em cumprimento de metas físicas relacionadas aos programas de saúde.

Contudo, permanece o desafio de contemplar as especificidades de cada povo/etnia, e ainda, a dificuldade de formar equipes multidisciplinares com perfil para atuação num contexto intercultural.

Entre uma série de dificuldades, a população indígena enfrentou e ainda enfrenta a precariedade do atendimento na rede do SUS, além do preconceito da identidade indígena por parte da sociedade nacional, problematizando o seu convívio nos setores de atendimento público.

No contexto da Atenção Básica, os problemas enfrentados foram: comunicação na área; baixa resolutividade da maioria dos AIS pela escolaridade insatisfatória; deficiência na infraestrutura, equipamentos básicos inexistentes; difícil acesso às aldeias pela má conservação das estradas; gastos elevados com alimentação nas CASAI, manutenção de veículos, meios de transporte insuficientes, equipamentos obsoletos e escassos, baixa referência e falta de recursos humanos até o final do ano de 2004.

No tocante às doenças infecciosas e parasitárias, as causas mais freqüentes de internação entre os indígenas foram: diarreias, malária e tuberculose. As diarreias são determinantes no perfil de morbi-mortalidade das populações indígenas de Rondônia, em especial entre crianças de 0-5 anos de idade. A malária constitui uma das principais parasitoses endêmicas nas populações indígenas da Amazônia, tendo sido identificadas áreas de médio e de alto risco de infecção malárica entre os indígenas de Rondônia (Coimbra Jr., 1998; Ianelli, 2000; Sá, 2003). O percentual expressivo de internações devido à tuberculose confirma a importância dessa endemia nas populações indígenas da região, assim como colocam em evidência a existência de sérios problemas associados às ações de diagnóstico e tratamento direcionadas para o seu controle.

A IRA constitui o agravo mais ocorrente no perfil epidemiológico do DSEI. As principais causas decorrem dos hábitos culturais e da longa permanência dos acompanhantes, muitas vezes em número desnecessário nas CASAI.

Principais ações/resultados

Os quadros a seguir demonstram os coeficientes dos principais agravos, natalidade e mortalidade, bem como o número de atendimentos nos anos de 2003 e 2004.

Coeficiente de Incidência dos Principais Agravos em 2003 e 2004

AGRAVO	CASOS 2003	CASOS 2004
TUBERCULOSE	2,6	3,6
DIARRÉIA < 5	773,4	316,5
IRA < 5	1.732	909
HEPATITE B	3,5	0,56
DESNUTRIÇÃO < 5	417	284
MALÁRIA	47	60
DST	10,5	12,8
VERMINOSE < 5	248	160
DERMATOSE	194	57,3

* casos em 1.000 habitantes

Natalidade e Mortalidade em 2003 e 2004

	2003	2004
Nascidos Vivos	255	236
Mortalidade Infantil < 1 ano	18	8
Mortalidade Geral	41	40
Taxa Mortalidade < 1 ano	70,5	18,4

- O decréscimo no número de Nascidos Vivos pode estar associado ao uso de preservativos do Programa de Prevenção das DST-AIDS.
- Na Mortalidade Infantil < 1 ano houve uma redução de 44% dos casos.

Atendimentos em 2003 e 2004

	2003	2004
ALDEIAS	109.902	67.840
CASAI	97.461	135.430

- O decréscimo de 39% no número de atendimentos nas aldeias devido ao período sem EMSI.
- Os mesmos 39% representam o acréscimo no número de atendimentos nas CASAI pela redução de oferecimento dos serviços de saúde nas aldeias.

Em resumo os principais resultados obtidos no ano de 2004 foram:

- Redução na taxa da mortalidade infantil;
- Redução nas taxas dos principais agravos: Diarréia, IRA, Hepatite B, Desnutrição, Verminose e Dermatose;
- 0% de mortalidade por Diarréia na população < de 1 ano;
- 0% de caso de AIDS;
- Cumprimento das metas de reuniões dos Conselhos do Controle Social;
- Formação de Quadro de Pessoal (EMSI) em todos os Pólos Base;
- Formação de Equipe Técnica para o DSEI.

Todas as informações produzidas estão disponíveis no SIASI.

Perspectivas para 2005

- Fortalecer o Controle Social, entre outras ações realizando reuniões nas comunidades indígenas em conjunto com o Conselho Distrital;
- Manter articulação permanente com as Prefeituras e as Unidades de Referência em conjunto com o Conselho Distrital buscando maior resolutividade no atendimento ao índio;
- Articular com a FUNAI e outros parceiros visando a implantação de projetos, principalmente, de segurança alimentar para a melhora da qualidade de saúde das comunidades indígenas;
- Estabelecer articulação com as áreas afins da CORE: Saneamento, Endemias e Educação em Saúde para definição e monitoramento das metas do Plano Distrital;
- Realizar Seminário Estadual da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;
- Viabilizar condições e recursos complementares para a execução do Plano Distrital Indígena;
- Implantar e viabilizar o processo de supervisão de forma a possibilitar a avaliação das ações de saúde;
- Manter a articulação intra e interinstitucional visando o aperfeiçoamento do modelo de assistência à saúde do índio.
- Cumprir a programação das reuniões de conselho distrital,
- Articular a complementação da capacitação de conselheiros indígenas (novos),
- Cumprir a programação do CONDISI para reuniões nas aldeias e de visita às unidades de saúde,
- Participar de reuniões do Conselho Estadual de Saúde apresentar as questões relativas à saúde do índio,
- Articular a participação indígena nos Conselhos Municipais de Saúde;
- Garantir que toda alteração do PDI seja aprovada no Conselho Distrital.
- Instalar equipamentos novos nos Pólos;
- Participar de pelo menos uma reunião de conselho local para mostrar o SIASI – informações disponíveis;

- Supervisionar os digitadores nos pólos e atualizar a capacitação – envolver o Enfermeiro de área na capacitação;
- Solicitar para os Pólos de Alta Floresta e Humaitá comunicação via Internet;
- Monitorar o envio de dados para o nível central;
- Realizar no âmbito do DSEI, avaliação sistemática (trimestral) da situação de saúde e quanto ao resultado das ações definidas no Plano Distrital.
- Definir de quadro de pessoal para CASAI conforme necessidade de atendimento da população indígena local;
- Elaborar em conjunto com a Enfermeira e fazer cumprir as escalas de serviços;
- Aproveitar o VIGISUS II para adquirir equipamentos para as CASAI.
- Apresentar no final de cada semestre uma análise dos relatórios de pacientes internos;
- Realizar a oficina de humanização em todas as CASAI;
- Reparar as ambulâncias;
- Adquirir ambulâncias para Porto Velho, Humaitá e Jarú;
- Priorizar ações preventivas;
- Criar condições materiais para a permanência das EMSI nas aldeias;
- Propor quadro de EMSI considerando população, distâncias, acessos e necessidades de saúde;
- Estabelecer estratégias para alcance das metas do DSEI conforme Plano Distrital;
- Executar os programas de saúde nas aldeias:
- Executar ações de Educação em Saúde nas aldeias através das EMSI articuladas com a ASCOM – Ed. Saúde;
- Identificar as necessidades de melhorias sanitárias e abastecimento de água em todas as aldeias;
- Definir junto ao Conselho Distrital as ações de saneamento prioritárias para 2005-2007;
- Implantar a supervisão das ações de saneamento pelo DSEI;
- Ampliar rede de referência;
- Estabelecer cronograma de visita às Prefeituras e Hospitais que recebem incentivo em conjunto com o Conselho Distrital para acompanhar a utilização dos recursos.
- Construir as CASAI de Porto Velho, Humaitá e Alta Floresta;
- Construir Postos de Saúde nas Aldeias com alojamento para as EMSI – 16 novos Postos;
- Adquirir 60 rádios de comunicação para 60 aldeias;
- Adquirir 14 novos veículos (GMI 2; HTA 3; JPA 3; JAR 2; AFL 2; PVH 2);
- Adquirir 10 novos barcos (2 AFL, 1 JPA, 2 HTA, 4 GMI, 1 PVH);
- Adquirir 12 novos Motores de Popa – 12 (2 AFL, 1 JPA, 2 HTA, 6 GMI, 1 PVH);

- Adquirir mais 18 Computadores e 13 impressoras;
- Implantar e viabilizar o processo de supervisão, acompanhamento e monitoramento de forma permanente visando a avaliação das ações programadas no Plano Distrital e a resolutividade das unidades do DSEI.

O Dsei Porto Velho priorizou ações para a redução dos índices de morbimortalidade, com destaque para as IRA, tuberculose, malária, hepatite B, diarreias de várias origens, verminoses e desnutrição, com tão pouca condição material para a execução dos programas de saúde nas aldeias, coube aos Pólos Base à competência de articulação no nível local parcerias (fortalecimento da intersetorialidade) que possibilitaram a integração de recursos preponderantes para os resultados alcançados.

Atualmente, encontra-se ampliado em seu quadro técnico vislumbrando para 2005 o cumprimento de sua agenda de compromissos e com a perspectiva de organizar a infra-estrutura necessária para todos os Pólos Base, viabilizando o processo integrado de supervisão, ampliando a rede de referência e contra-referência, capacitando novas EMSI e AIS, implantando efetivamente as ações de educação em saúde e promovendo o fortalecimento do controle social.

2. Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei) de Vilhena

Caracterização do Dsei

Por meio da Portaria 70/GM de 20 de janeiro de 2004, a Coordenação Regional assumiu as ações de saúde por meio do Dsei Vilhena, dando um novo redirecionamento as ações propostas e realizadas até então por meio do convênio com a ONG Proteção Ambiental Cacoalense (PACA). A publicação Portaria 70, aprovando as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, veio concretizar todas idéias de uma assistência de qualidade para a população indígena assistida por esse distrito.

O Distrito Sanitário Especial Indígena de Vilhena tem sede no município de Cacoal. Sua área de atuação abrange sul e sudeste de Rondônia e 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, onde habitam diferentes povos em níveis variados de contato com a sociedade envolvente, totalizando uma população de 5.493 indivíduos, das 26 etnias das 127 aldeias.

O DSEI Vilhena é dirigido por um chefe, auxiliado por um Gerente Administrativo, Gerente Técnico e chefes dos Pólos base de Aripuanã, Cacoal, Vilhena e Joana. A gerência técnica conta com 03 supervisores, sendo 01 enfermeiro para cada 02 Pólos Base para acompanhamento das ações dos profissionais de saúde e 01 gerente de endemia. Cada Pólo Base tem sob sua responsabilidade 01 Casa de Saúde Indígena dirigida por 01 administrativo e 01 enfermeiro. O Pólo base de Vilhena conta com 01 gerente administrativo no Ponto de Apoio em Comodoro/MT.

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

Controle Social

O Controle Social que é a participação do povo para controlar e garantir a qualidade dos serviços de saúde nas Comunidades Indígenas, é feito por meio dos Conselhos de Saúde (Locais e Distrital).

Os Conselhos Locais são constituídos pelos representantes das comunidades indígenas da área de abrangência dos Pólos Base, incluindo lideranças tradicionais, professores indígenas agentes indígenas de saúde, especialistas tradicionais, parteiras e outros. No caso, o Dsei Vilhena é composto por 04 (Quatro) Pólos Base (Cacoal, Vilhena, Juína-MT e Aripuanã-MT).

O Conselho Distrital de Saúde, como instâncias do Controle Social, tem caráter deliberativo e é constituído, de acordo com a Lei nº 8.142/90, observando em sua composição a paridade de 50% de usuários e 50% de organizações governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores do setor de saúde dos respectivos distritos.

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

Informações de Saúde

Natalidade

No ano de 2004 ocorreram 223 nascimentos no Dsei Vilhena, sendo que 65 % ocorreram em Hospitais, 33,6 % nas aldeias e 1,3 % em outras localidades.

Dos recém-nascidos, 54,3% são do sexo feminino e 45,7% do sexo masculino; desses, 30% com peso abaixo de 2,5 kg, índice bem superior comparado aos recém-nascidos dos municípios de referencia: abaixo de 10%. Entre 3 a 3,5 Kg, 61,4% e superior a 3 Kg, 8,5% dos recém-nascidos.

Da gestação e parto, a gestação teve duração de: 83,8% com 37 a 41 semanas, 9% abaixo de 36 semanas e 7,2% com 42 semanas ou mais. Todos os partos foram únicos, sendo que 87,9% foram partos normais e 12,1% foram cesáreas; o índice de partos cesáreos na população indígena da região é superior a 50 %. Quanto ao numero de consultas de pré-natal: 43,5% com mais de 6 consultas, 28,7% com até 6 consultas, 22% com mais de 07 consultas, 3,2% sem informação e 2,6% com nenhuma consulta. No que se refere à idade da mãe: 11,2% de menos de 14 anos, 32,8% de 15 a 20 anos, 36,3% de 21 a 30 anos, 15,3% de 31 a 40 anos e 2,2% de mais de 41 anos e 2,2% com idade ignorada. 39,9% das mães têm de 01 a 03 filhos, exceto o atual, 20,2% de 04 a 06 filhos, exceto o atual, 4,9% tem 07 ou mais filhos, exceto o atual e em 35% das mães, este é o primeiro filho. 0,4% (01) possui mais de 4 filhos mortos; 6,7% (15) de 01 a 3 filhos mortos e 92,9% não têm filhos mortos.

Morbidade

No total de diagnósticos identificados pelas equipes MDS e profissionais das Casais durante o ano de 2004, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças – CID, verificamos que:

- As doenças infecções infecciosas e parasitárias representam o grupo de agravos de maior incidência: **47,3 %** do total;
- As doenças do aparelho respiratório representam **28,7%** do total;
- As doenças de pele e do tecido subcutâneo, **7,2%** do total;
- As doenças do aparelho circulatório **3,1%**;
- As lesões e conseqüências por causas externas **2,4%**,
- E as doenças do aparelho geniturinário **1,7%** .

Os principais agravos por incidência referente ao ano de 2004:

- Infecção respiratória aguda (IRA): **182,8/1000 habitantes;**
- Diarréia: **159,5/1000 habitantes;**
- Verminose: **152,2/1000 habitantes;**
- Pediculose/escabiose: **122,1/1000 habitantes;**
- Malaria: **112,9/1000 habitantes;**
- Anemia: **34,2/1000 habitantes;**
- Doenças hipertensivas: **40,2/1000 habitantes;**
- Micoses: **29,3/1000 habitantes;**
- Afecções da pele: **24,6/1000 habitantes;**
- Desnutrição: **20,2/1000 habitantes.**

Os agravos como: verminose, IRA, diarréia, pediculose, escabiose, afecções de pele, micoses e desnutrição foram as principais morbidades da população indígena (2000 a 2002),

nos últimos 02 anos houve um aumento nos casos de hipertensão, diabete e acrescido pelo aumento de lesões causadas por causas externas (S 00-T98 – 28,8/1000 habitantes) neste ultimo ano.

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.

Os casos de **hipertensão** ocorreram predominantemente na população masculina – 71% dos casos e nas etnias **Nambikwara (71 %)** e **Cinta Larga (37,1 %)**.

Os casos de **diabete mellitus** se concentram basicamente na população **Cinta Larga - 80,8 %** dos casos.

Quanto às **doenças transmissíveis**, predomina a **tuberculose** e a **leishmaniose**:

A **Tuberculose** apresentou coeficiente de incidência de 33,6 casos novos em 10.000 hab. em 2003 e de **45,5 casos novos em 10.000 hab. em 2004**, sendo que 72% dos casos concentram-se na etnia Suruí e os demais na etnia Rikbaktsa.

Foi possível aumentar o coeficiente de detecção, conforme meta estadual/RO, em virtude das parcerias estabelecidas com a FioCruz, Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Rondônia e Mato Grosso e Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de referencia, onde foram implementadas as ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios, controle de comunicantes, capacitação de pessoal e outras atividades para implementação do programa de controle da tuberculose.

Referente a **Leishmaniose**, houve um aumento de 07 casos notificados no ano de 2003 para 26 casos em 2004 (coeficiente de incidência: 4,7/1000 hab.), sendo que 84,6 % ocorreram na etnia Nambikwara e os demais na etnia Rikbaktsa. 65 % dos casos são do sexo masculino.

Na **Malária** ocorreu um aumento considerável dos casos em relação ao ano anterior (no período de janeiro a dezembro 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, desencadeou o aumento de casos, tanto na população indígena quanto na não indígena dos municípios vizinhos. Devido o alto índice de malária no garimpo, o aumento ocorreu em aldeias dos Pólos Base de Vilhena/RO, Juína/MT e Aripuanã/MT.

A atuação da Equipe de Endemias, a qual tem como objetivo desenvolver ações de controle da malária em toda a área de abrangência dos Dsei, priorizou a área de abrangência do garimpo Laje, na aldeia Roosevelt e aldeias circunvizinhas atuando no controle dos focos, identificação e tratamento dos casos. Não foi possível manter a equipe permanentemente no garimpo por motivos de segurança pessoal em períodos de grande conflito, como também por falta de veículos, acessibilidade e condições de trabalho.

Sobre a **Paracoccidiodomicose** foi notificado um caso masculino, com mais de 50 anos na etnia Arara.

Os casos de **desnutrição** em crianças **menores de 05 anos** concentram-se nas etnias **Nambikwara – 14,1 %** das crianças são desnutridas, etnia **Suruí – 8,5 %** das crianças são desnutridas e etnia Cinta Larga – 4,5 % das crianças são desnutridas.

Mortalidade

As informações referentes ao número de óbitos ocorridos na população indígena do Dsei Vilhena são retiradas das declarações de óbitos (D.O), sendo que as DO (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 à causa básica do óbito.

Os esforços desenvolvidos no Dsei Vilhena estão mais voltados para o enfrentamento das doenças diarreicas, doenças preveníveis por vacinação e desnutrição, problemas que estão mais presentes nas crianças no primeiro ano de vida, buscando obter, dessa forma, maior redução da mortalidade infantil com a implementação dos programas de Assistência Integral à Gestante e a Criança.

Ocorreu uma redução dos óbitos no período perinatal (natimorto e crianças menores de 07 dias) e neonatal (óbitos menores de 27 dias) em relação ao ano anterior; Para manter este índice, é de vital importância a promoção de intervenções multisetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e de saúde das mulheres, tanto como um direito e necessidade das próprias mulheres, quanto para garantia do nascimento seguro e a sobrevivência dos recém-nascidos, onde a assistência ao pré-natal, parto e puerpério é fundamental.

A mortalidade pós-neonatal (infantil tardia) que compreende os óbitos de 28 dias a menores de 01 ano representa o principal contingente dos óbitos nos menores de um ano em relação ao ano anterior e a sua redução continua sendo um desafio, não só para os responsáveis pela prestação dos serviços de saúde, mas também para a comunidade indígena. Sabe-se que 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, e principalmente a garantia do aleitamento materno e alimentação/nutrição adequada às crianças no primeiro ano de vida, principalmente após o desmame. Torna-se necessário implementar as ações de assistência integral à saúde da criança, tais como: Programa de combate à IRA, diarreia, crescimento/desenvolvimento, imunização e fortalecer as parcerias firmadas com as Pastorais da Saúde, por meio da confecção e distribuição de farinha multimistura à população desnutrida, como também estabelecer parcerias com instituições, como FUNAI e outras, que venham garantir a alimentação à comunidade indígena.

Conforme quadro a seguir, podemos observar que houve redução tanto na mortalidade geral e infantil em relação ao ano anterior.

Principais coeficientes de mortalidade - Período 2000 a 2004

COEFICIENTE MORTALIDADE	2000	2001	2002	2003	2004
GERAL (Número de óbitos em 1000 hab.)	8,6	6,2	7,1	6,1	4,9
MORTALIDADE INFANTIL (Número de óbitos em menores de 1 ano em 1000 nascidos vivos)	74,2	45,7	98	37,6	36,2
MORTALIDADE PERINATAL (Número de óbitos em	54,4	28,6	16	33,2	4,5

menores de 7 dias em 1000 nascidos vivos)					
MORTALIDADE NEONATAL (Número de óbitos em menores de 28 dias em 1000 nascidos vivos)	54,4	28,4	39,2	29,3	13,6
MORTALIDADE INF. TARDIA (Número de óbitos em óbitos de 28 dias a menores de 1 ano em 1000 nascidos vivos)	19,8	17,1	39,2	8,4	22,6

Fonte: Declaração de Óbito/SIM – DSEI Vilhena

Dos óbitos ocorridos em 2004 - **63 %** são do sexo **masculino**, isso se deve principalmente em decorrência dos óbitos por causas externas.

Apresentaremos nos quadros a seguir a distribuição do numero de óbitos por faixa etária ocorridos nos anos de 2000 a 2004, bem como suas causas.

Distribuição do numero de óbitos por faixa etária - 2000 a 2004

Faixa Etária	2000	2001	2002	2003	2004
Menor de 1 ano	14	08	12	09	08
De 1 a 4 anos	02	06	08	03	03
De 5 a 14 anos	01	03	04	03	02
De 15 a 49 anos	05	05	03	05	04
Maior de 50 anos	09	04	09	11	10
Total	31	26	36	31	27

Fonte: Declaração de Óbito/SIM – DSEI Vilhena

Observação: Natimortos (nascidos mortos): não estão computados neste quadro. Houve uma redução ao longo dos anos: ano 2000: 06; ano 2001: 01; ano 2002: 01; ano 2003: 02; ano 2004: zero.

Causa de Óbito

Doenças infecciosas e parasitárias (septicemia e diarreia)	02 óbitos
Neoplasias (01 localização não especificada)	01 óbito
Doenças Endócrinas, nutricionais e metabólicas (01 diabetes, 3 desnutrição)	04 óbitos
Doenças do sistema nervoso (01 encefalite)	02 óbitos
Doenças do Aparelho circulatório (01 AVC e 01 hipertensão)	02 óbitos
Doenças do aparelho respiratório (02 pneumonia)	04 óbitos
Doenças do aparelho digestivo (01 doença hepática)	01 óbito
Doenças do aparelho geniturinário	01 óbito
Algumas afecções originadas no período perinatal	02 óbitos
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	01 óbito
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório,	03 óbitos

Causas externas (01 agressão, 01 homicídio por arma de fogo, 01 acidente com arma de fogo, 01 acidente de trânsito – atropelamento)	04 óbitos
Total	27 óbitos

As causas de óbito por causas externas representam 14,8 do total de óbitos. O aumento dos óbitos por causas externas, como também a ocorrência de óbitos por neoplasia, doenças do aparelho digestivo e circulatório são indicadores de que os problemas de saúde da população indígena estão se ampliando, necessitando a implantação e implementação de programas que venham atender a saúde do adolescente e do adulto.

Não foi registrado nenhum caso de morte materna.

As principais causas de óbito, de acordo com o coeficiente de incidência foram:

- Desnutrição: 55,87/100.000 hab.
- Pneumonia aspirativa: 55,87/100.000 hab.
- Pneumonia: 37,25/100.000 hab.
- Cirrose hepática: 37,25/100.000 hab.
- Homicídio por arma de fogo: 37,25/100.000 hab.
- Prematuridade: 37,25/100.000 hab.
- Afogamento (acidente): 37,25/100.000 hab.
- Neoplasia de estômago: 18,62/100.000 hab.
- Insuficiência renal: 18,62/100.000 hab.
- Entero infecção: 18,62/100.000 hab.
- Traumatismo craniano (acidente): 18,62/100.000 hab.

Ações Desenvolvidas

As ações básicas são desenvolvidas nas aldeias por meio das equipes multidisciplinares de saúde, sendo 07 equipes compostas por um 01 enfermeiro e 01 auxiliar de enfermagem, 04 equipes compostas por 01 odontólogo e 01 técnico de higiene dental. Está prevista a atuação de 02 médicos, sendo um para cada 02 pólos – Cacoal/ Vilhena e Juína/ Aripuanã, no entanto, não foi possível contratar este profissional em virtude de não haver profissionais disponíveis para atuar nas aldeias. Em algumas áreas há a atuação permanente de auxiliares de enfermagem, principalmente nas aldeias do povo Cinta Larga, Nambikwara e Suruí, em virtude do difícil acesso, alto índice de desnutrição, diabetes, hipertensão e tuberculose.

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 diabetes e a hipertensão:

- Acompanhamento dos agentes de saúde indígena em todas as viagens para as aldeias;
- Consulta de enfermagem e odontológica;
- Acompanhamento integral da saúde da criança: Crescimento e desenvolvimento, IRA, diarreia, aleitamento materno, imunização e suplementação alimentar através de parcerias estabelecidas com as pastorais;
- Desenvolvimento e acompanhamento dos programas de tuberculose, blastomicose, malária, hipertensão, diabetes, malária e DST;

- Acompanhamento da saúde da mulher: pré-natal, acompanhamento das puérperas, 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;
- Atendimento odontológico, ações educativas em saúde oral e distribuição de escovas e creme dental para toda a população;
- 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.

Em virtude de problemas operacionais e rotatividade de profissionais foram realizadas apenas 03 visitas da equipe por aldeia, sendo insuficiente para atender as necessidades reais da comunidade e manter um acompanhamento satisfatório dos agentes indígenas de saúde, como também dos programas implantados, tais como: acompanhamento das crianças, gestantes, hipertensos, etc.

Nas 04 (quatro) CASAI's, 01 (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 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.

Foi realizada ainda vacinação animal conforme demonstra o quadro a seguir:

Distribuição do número de animais vacinados por Pólo base - Ano 2004

POLO BASE	ANIMAL CÃO	ANIMAL GATO	TOTAL
Pólo Base Cacoal	199	46	245
Pólo Base Vilhena	281	75	356
Pólo Base Aripuanã	79	02	81
Total	559	123	682

Obs. Não foi possível realizar a vacina anti-rábica no Pólo base de Juína /MT por falta de servidores.

Situação de risco - Garimpo Laje/Povo Cinta Larga

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. Soma um total de 1.130 índios, os quais são atendidos no DSEI Vilhena por 3 Pólos base: 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.

A situação de saúde da população indígena, especialmente do povo Cinta larga está se agravando cada vez mais em decorrência do Garimpo, pois apesar da relativa abundância de recursos financeiros de algumas lideranças, não é revertido 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, como também aumentou os casos de diabete e hipertensão, sendo que no ano de 2003, 76,2 % dos casos de diabete ocorrem na etnia Cinta Larga.

Apesar das parcerias estabelecidas para o controle dos casos de desnutrição por meio de confecção de multimistura para a população, principalmente as crianças desnutridas, o que é quase impossível monitorar os casos em virtude da alta rotatividade da população, o mesmo ocorre com os diabéticos e hipertensos.

Outro agravante é o aumento de casos de soropositivos para o HIV e ou com AIDS no município de Cacoal, pois somente no ano de 2003 foram registrados 17 casos novos na população não indígena, os quais na maioria tiveram alguma ligação com o garimpo. Até o momento não foi registrado nenhum caso de AIDS na população indígena, no entanto, pelas informações levantadas em relação aos casos ocorridos, com certeza o aumento das doenças sexualmente transmissíveis e a ocorrência de casos de AIDS na população indígena é inevitável.

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 em agosto de 2003. 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 período de janeiro a dezembro de 2003 ocorreram 06 casos de malária em todo o Distrito, sendo que todos foram 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.

Com o aumento da circulação de pessoas (média 500 ao mês) para o garimpo, 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. No ano de 2004 já foram registrados 337 casos de malária, 26,4 % das lâminas examinadas – 1.275 lâminas.

Apesar da atuação da Equipe de Endemias do DSEI, a qual tem como objetivo atender emergencialmente o garimpo Laje, na aldeia Roosevelt e aldeias circunvizinhas do garimpo quanto ao controle dos focos, identificação e tratamento de casos de malária, não está sendo possível manter a equipe permanentemente no garimpo por motivos de segurança pessoal em períodos de grande conflito.

O aumento da população indígena na área do garimpo está ocasionando grandes transtornos à saúde do povo indígena, os quais não são possíveis de serem resolvidos pelos profissionais de saúde e nem, pela coordenação do Distrito que prestam atendimento às pessoas que lá se encontram, pois não existem naquela localidade condições adequadas de moradia e nem de saneamento básico: água potável, destino adequado dos dejetos humanos, destino final de resíduos sólidos (lixo), etc. Torna-se praticamente impossível desenvolver ações educativas, de prevenção, como também de intervenção numa localidade que não oferece condições mínimas para o atendimento. Sem contar a contaminação que está ocorrendo do solo e água por meio dos produtos utilizados na garimpagem.

A atividade garimpeira desorganizou a rotina nas aldeias, tanto das atividades tradicionais da população indígena, como também das equipes multidisciplinares, 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.

Apesar de terem sido firmados compromissos pela FUNASA com o intuito de atender em caráter emergencial o Povo Indígena Cinta Larga, a fim de determinar avanços no enfrentamento dos agravos acima citados, foi definido o incremento de recursos humanos, aquisição de equipamentos, implantação de infra-estrutura e definição de medidas técnico operacionais que venham de encontro com as necessidades impostas pelo conjunto dos problemas a que estão submetidos e que determinam impactos negativos na sua saúde, permitindo a permanência do povo em suas aldeias. Foram realizadas as seguintes atividades nas aldeias da etnia Cinta Larga dos 3 pólos base: aquisição de veículos para o transporte das equipes e pacientes, implantação de obras de saneamento, aquisição de rádios, contratação de motoristas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem. Não foi possível contratar agentes de saúde da etnia Cinta Larga, pois os mesmos incentivados pelas atividades do garimpo não apresentam interesse em atuar em suas comunidades como agente de saúde, já que o ganho é bem menor.

Para desenvolver as ações básicas programadas, conforme problemas identificados acima é imprescindível que as equipes multidisciplinares e a equipe de endemias tenham condições favoráveis de trabalho, principalmente no que se refere à 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 e capacitação

Foram realizadas as seguintes capacitações:

- Capacitação de Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.

Foram capacitados enfermeiros e auxiliares de enfermagem das equipes multidisciplinares e das CASAI's para apoiar as ações desenvolvidas nos programas implantados, tais como: sala de vacina, tuberculose, Saúde da Mulher – coleta do preventivo citológico oncológico e outros.

- Capacitação de Conselheiros Locais de Saúde Indígena

A capacitação dos Conselheiros Locais de Saúde Indígena dos Pólos Base de Cacoal, Vilhena, Aripuanã-Mt e Juína-Mt. foi realizada no período de 04 a 25 de novembro de 2005.

Principais dificuldades enfrentadas

As principais dificuldades enfrentadas foram:

- Supervisão técnica insuficiente para acompanhamento das equipes multidisciplinares em todo o Distrito;
- Dificuldade para contratar profissionais capacitados e com perfil adequado para atender a população indígena;
- Grande circulação da população indígena nas áreas de garimpo, 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 casos;
- Falta de permanência dos AIS nas aldeias;
- Falta de materiais, equipamentos e medicamentos para realização das ações;
- Falta de veículos para o deslocamento das equipes multidisciplinares;
- Falta de saneamento básico em algumas aldeias;
- Falta de contra-referência dos usuários encaminhados a rede complementar, do SUS ou particular, principalmente para outros estados.
- Difícil acesso às aldeias;
- Falta de alojamento em algumas aldeias do Pólo base de Juína;
- Falta de segurança e infra-estrutura para atuação em área de garimpo;
- Grande fluxo de pessoas para área do garimpo, índios de outros Pólos base e DSEI's, como também população não indígena;
- Abandono de tratamento, principalmente da população que circula na área do garimpo;
- Falta de microscopista na CASAI de Juína;
- Falta de pessoal para ações de vigilância nas aldeias (agente de endemias e motorista).

Apesar de todas as dificuldades enfrentadas o Dsei Vilhena avançou com aprimoramento das ações de saúde para alcançar os resultados propostos no Plano. Foram desenvolvidas ações para viabilizar o deslocamento das equipes para aldeias em todos os pólos e CASAI's. Houve dificuldade para manter as equipes em área por não ter sido celebrado convênio entre a FUNASA e uma ONG para contratação de pessoal, dificultando o desenvolvimento as ações propostas.

Outro fato que prejudicou o desempenho das ações, foi a demora, por parte do DESAI/Presidência, no repasse do recurso orçamentário/financeiro, (que devia ter sido feito no início do ano e só ocorreu quase no final), para o cumprimento dos contratos e viabilização de outras ações propostas, fato que colaborou para colocar o Dsei Vilhena abaixo da média pretendida ou que estávamos acostumados a manter. E, embora se entendesse que o novo modelo proposto se constitua na adequação e reorganização de alguns serviços e apoio necessário ao desenvolvimento das ações propostas, não foi possível executar algumas ações.

3. Divisão de Engenharia de Saúde Pública – Diesp

A Funasa/RO, por meio da Divisão de Engenharia e Saúde Pública (Diesp) atuou promovendo ações de saneamento através de recursos disponibilizados para os municípios e estado com celebrações de convênios e com administração direta nas ações aplicadas nas áreas indígenas. A DIESP é dirigida por um Chefe da Divisão e auxiliada pelos engenheiros e técnicos.

Durante o ano de 2004, desenvolveu várias ações que constam no Plano Operacional as quais serão apresentadas a seguir destacando-se os principais resultados.

Principais Ações/Resultados

Apresentaremos nos quadros a seguir as principais ações desenvolvidas pela Diesp:

VISITAS TÉCNICAS DE ACOMPANHAMENTO DE CONVÊNIOS	
ÁGUA	22
ESGOTO	9
M.S.D	27
DRENAGEM	7
RESÍDUO	1

NÚMEROS DE VISITAS TÉCNICAS DE FISCALIZAÇÃO DE OBRAS DIRETAS	
ÁGUA	04
M.S.D	04

ANÁLISE DE PROJETOS DOS CONVÊNIOS 2004	
ÁGUA	03 (Porto Velho/Machadinho D'Oeste/Santa Luzia)
ESGOTO	01 (Vilhena)
M.S.D	03 (Buritiz/Cacoal/Jaru)

OBRAS DE SANEAMENTO EM ÁREAS INDÍGENAS (EM EXECUÇÃO)		
AÇÃO: ABASTECIMENTO DE ÁGUA		
MUNICÍPIO	NÚMEROS DE ALDEIAS ATEND.	POP. BENEFICIADA. (HAB.)
Guajará-Mirim	06	1085
Ji-Paraná	05	473
Alta Floresta	05	199
Humaitá	02	133
Espigão D'Oeste	01	77
Comodoro/MT	01	12
Brasnorte/MT	02	36
Juara/MT	02	31
Juína/MT	01	18
Aripuanã/MT	03	78
Cacoal/RO	01	9

OBRAS DE SANEAMENTO ADMINISTRAÇÃO DIRETA EM ÁREAS INDÍGENAS (EM EXECUÇÃO)		
AÇÃO: MELHORIAS SANITÁRIAS		
MUNICÍPIO	NÚMEROS DE ALDEIAS ATEND.	POP. BENEFICIADA (HAB.)
Guajará-Mirim	05	999
Ji-Paraná	03	227
Alta Floresta	05	199
Espigão D'Oeste	04	182
Pontes Lacerda	01	14
Comodoro	03	248
Brasnorte	03	49
Juara	03	50
Juína	01	18
Aripuanã	04	139
Cacoal	01	9

OBRAS CIVIS DE UNIDADES ASSISTENCIAIS DA SAÚDE INDÍGENAS (EM EXECUÇÃO)		
Reforma das Casas de Saúde Indígenas	04	Guajará-Mirim/Ji-Paraná/Cacoal /Juína
Construção da Casa de Saúde Indígena	01	Porto Velho
Laboratório de Controle de Qualidade da Água	01	Cacoal

OBRAS CIVIS ADMINISTRAÇÃO DIRETA (EM EXECUÇÃO)		
Reforma dos Prédios da Sede da Coordenação	01	Porto Velho

MANUTENÇÃO DOS SIST. DE ABAST. DE AGUA E MELHORIAS SANITÁRIAS IMPLANTADOS	
DSEI	N.º DE ALDEIAS ATENDIDAS
Porto Velho	41
Vilhena	60

OBRAS DE SANEAMENTO EM RESERVAS EXTRATIVISTAS ADMINISTRAÇÃO DIRETA (EM EXECUÇÃO)		
AÇÃO: ABASTECIMENTO DE ÁGUA		
MUNICÍPIO	RESERVAS EXTRATIVISTAS	POP. BENEFICIADA (HAB.)
Porto Velho	Lago Cuniã	425
Guajará-Mirim	Rio Ouro Preto	212

Perspectivas ara 2005

- Realizar Oficina com estado e municípios para orientação técnicas na elaboração de projeto e demais etapas do convênio (celebração/execução e prestação de contas)
- Implantar sistemas de abastecimento de água em reservas extrativistas, quilombolas e assentamentos.
- Implantar Sistemas de Abastecimento de Água e Melhorias Sanitárias em aldeias indígenas nos DSEI de Porto Velho e Vilhena.

- Estabelecer convênios de Cooperação Técnica com municípios que possuem Serviço Autônomo de Abastecimento de Água e Esgoto - SAAE
- Implantar/ampliar Sistemas de Abastecimento de Água em municípios de até 30 mil habitantes
- Implantar/Ampliar Sistemas de Esgotamento Sanitário em municípios de até 30 mil habitantes
- Implantar/Ampliar Melhorias Sanitárias Domiciliares em municípios de até 30 mil habitantes.
- Implantar /Ampliar Sistemas de Drenagem em área endêmica de malária.
- Implantar Sistemas de Tratamento de Resíduos Sólidos
- Concluir as análises para aprovação dos convênios referentes ao ano de 2004.

Os resultados obtidos foram significativos, apesar das dificuldades existentes. Houve avanços em relação ao ano de 2003 no que se refere às ações de saneamento em área indígena, uma vez que todas as ações programadas estão sendo executadas, e em 2003 só foi possível viabilizar a execução de 40% das ações programadas. Todas as obras, programadas por administração direta, estão em execução, inclusive as programadas em reservas extrativistas, ação esta, iniciada em 2004.

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.

4. Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde - Ascom

Os procedimentos técnicos adotados pela Core na área de Educação em Saúde, seguiram as orientações da Ascom/Presi, em consonância com a missão da Funasa. O desenvolvimento das ações no Estado visou atender, fomentar e assessorar os projetos dos Pesms na área de saneamento ambiental juntos aos gestores municipais. Com relação à Educação em Saúde na população indígena a implementação das ações está em processo de articulação, de conhecimento da realidade local, sobre a saúde dessa população e na preparação técnica dos servidores para uma atuação mais próxima do atendimento que está sendo desenvolvida pela área específica dos Dsei's.

Principais ações/resultados

Pesms

Em 2004, a Ascom/Educ. Saúde acompanhou e supervisionou os PESMS dos convênios de 2003, visto que os processos deste ano, na sua maioria, estão sendo analisados ou estão com pendências técnicas para serem sanadas junto aos municípios. Vale salientar que houve também supervisão dos PESMS dos convênios 2000, 2001 e 2002, que tiveram prorrogação na vigência.

Considerando o trabalho realizado, informa-se que o quantitativo de PESMS em processo de acompanhamento e para aprovação são os seguintes:

- Em 2000: Estado Rondônia – 1; Prefeitura de Porto Velho – 1
- Em 2000: Estado Rondônia - Projeto Alvorada; Prefeitura de Espigão do D'Oeste - 1 e Prefeitura de Vilhena – 1
- Em 2002: todos estão em vigência.

Os Projetos de PESMS com recursos de 2004 estão em fase de análise ou aguardando pendências a serem sanadas pelas prefeituras ou pelo governo do Estado.

Ainda com relação aos PESMS, realizou-se o II Seminário de Avaliação das Ações do PESMS dos Convênios de Saneamento Ambiental de 2001 a 2003. o evento teve a participação de 32 municípios e 50 técnicos dos seguintes órgãos: Funasa/RO (Ascom, Diesp e Diadm), Secretarias Municipais de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde, Companhia de Água e Esgoto de Rondônia - CAERD, e do Departamento de Viação e Obras Públicas - DEVOP do Governo do Estado. Essa avaliação teve como resultado inicial o surgimento de 25 propostas a serem executadas pelos os órgãos envolvidos, que têm como encaminhamento principal, soluções para os problemas pertinentes ao atendimento da população frente aos benefícios implantados;

Educação em Saúde na população indígena

No que se refere à educação em saúde na saúde indígena, o primeiro passo foi a realização de uma Oficina de Trabalho para discussão e elaboração de propostas de Educação em Saúde aos povos indígenas para o Plano Distrital 2005 com as áreas envolvidas, em outubro de 2004. O evento contou com a participação dos técnicos das áreas fins, especialmente dos Dsei,s, de outras áreas da Core como ASPLAN e a própria ASCOM, de educadores em saúde, servidores descentralizados da FUNASA, dos municípios de Ouro Preto, Cacoal e Vilhena e ainda

da ASCOM da Coordenação do Acre. Esse trabalho proporcionou o conhecimento dos métodos e processos de atuação das equipes multidisciplinares nas ações de saúde junto à população indígena dos 2 (dois) Dsei's. Foi enriquecido ainda com a experiência da Core-AC que já desenvolve projetos de educação em saúde na área indígena. O conhecimento dos aspectos conceituais e estruturais dos agravos nas aldeias vem consolidando o verdadeiro papel das ações educativas e de mobilização no atendimento a essa população. Os encaminhamentos e propostas da oficina serão discutidos no momento do planejamento 2005 desta Assessoria e dos Dsei's.

Projetos Especiais

Após as orientações técnicas da Ascom/Presi desenvolveu-se a ação de visitas às áreas de reservas extrativistas, sendo uma na região do município de Porto Velho - Lago do Cuniã e outra no município de Guajará Mirim - Rio Ouro Preto. Estas reservas receberão obras de Sistema de Abastecimento de Água para atender as 105 famílias das duas reservas. A ação realizada foi de visita técnica com levantamento de informações por meio de um questionário, para conhecimento do perfil dessas comunidades. A ação teve a participação de um técnico (engenheiro) da Diesp.

Principais Resultados

- 16 visitas de acompanhamento a 38 convênios com ações do PESMS;
- Elaboração do diagnóstico das 105 famílias visitadas das áreas de extrativismo dos Projetos Especiais.
- Realização da Oficina de Trabalho para inclusão de Ações de Educação em Saúde nos Planos Distritais de 2005, para os Povos Indígenas dos DSEI's Porto Velho e Vilhena;
- Elaboração de propostas educativas e encaminhadas aos DSEI's para discussão e inclusão nos Planos Distritais.

Perspectiva para 2005

- Realizar visitas técnicas dos projetos do PESMS de 2004, em convênios com as prefeituras de 4 (quatro) municípios (Buritis, Jaru, Machadinho, Vilhena e Santa Luzia) e com o governo do Estado nos seguintes municípios (Porto Velho, São Francisco, Alto Alegre dos Parecis e Guajará Mirim);
- Realizar supervisão de acompanhamento e atesto em 38 (trinta e oito) municípios com ações do PESMS em execução ou processo de encerramento e, em 10 (dez) municípios do Projeto Alvorada principalmente nas ações de Melhorias Sanitárias Domiciliares que estão em execução, todos os convênios são do período de 2000 a 2004;
- Consolidar dados e informações dos resultados obtidos com famílias beneficiadas, com as ações educação e mobilização social do período de 2000 a 2004, junto os órgãos de saúde do município, sobre o impacto das obras implantadas e do índice das doenças veiculadas ao saneamento ambiental.
- Participar do Ciclo Nacional de formação de Mobilização para a Saúde e Formação em Serviço.
- Realizar 1 (uma) Oficina de Sensibilização e Mobilização com órgãos governamentais e não governamentais que atuam com ações nas áreas dos Projetos Especiais, para

apresentar as atribuições da Funasa e definir as estratégias de trabalho, dentro das Políticas Públicas;

- Realizar 3 (três) oficinas de mobilização em comunidades indígenas;
- Realizar 2 (duas) oficinas de mobilização em comunidades dos projetos especiais.

Comunicação

Na área de Comunicação a ASCOM desenvolveu ações voltadas para o Manual de Editoração e Produção Visual implantando os modelos nos setores da Core e orientando os servidores quanto à utilização da Identidade Visual da Funasa, com repasse de um exemplar do manual para todos os setores. Realizou-se também a editoração de 02 (dois) informativos Notícias Funasa, encaminhamento de matérias jornalísticas e produção de clipping eletrônico e impressos.

Com objetivo de divulgar a nova missão e diretrizes da Funasa, as Ascom participou de exposição com os produtos da Funasa (revistas, informativos, folders e banners com as ações de saneamento ambiental e saúde indígena), no período de 27 a 29.11.2004, durante o IV Seminário de Recursos Hídricos em Rondônia.

Foi realizada ainda Oficina de Comunicação Institucional capacitando um servidor de cada setor da Core para aplicação e divulgação dos instrumentos de comunicação visual da Funasa dentro do respectivo setor conforme o Manual de Editoração, e também foram orientados na elaboração de correspondência e atos oficiais, e as formas de tramitação dos documentos (SCDWEB) no âmbito Funasa, com a presença de 1 (um) técnico da Presidência.

Além das atividades técnicas, foi desenvolvida uma programação de eventos com os servidores da Core-sede, com o objetivo de valorizar e motivar, como iniciativa de melhoria do ambiente de trabalho, que relacionamos a seguir:

- Dia das Mães – exposição de fotografia das servidoras no hall e café da manhã 9.5.2005;
- Festa Junina da Funasa – Show de Forró “Chiquinho do Acordeom”, Quadrilha dos Servidores e comidas típicas da época, 4.6.2004;
- Dia dos Pais – Palestra sobre a “Saúde e prevenção do Homem”, exposição do médico Walter Coelho, 10 .8. 2004;
- XVII Encontro da Amizade, V Nossos Talentos e Premiação do Funcionário Destaque - 2003 - com atividades esportivas, festival de música nas categorias de servidor, esposas e filhos, Recreação Infantil para os filhos de servidores, Exposição de experiências bem sucedidas das atividades de Educação em Saúde dos municípios de Vilhena, Ouro Preto D’Oeste e Ji-Paraná, e Exposição dos produtos da Funasa com banner da missão, folders das diretrizes e Plano Estratégico e das ações da Saúde Indígena - 7 a 10.7.200, em Ariquemes/RO;
- Confraternização Natalina, realização de um culto ecumênico com a participação de um pastor e um padre, com mensagem cristã, e homenagem aos servidores formados em 2004 no ensino superior e coquetel.

Assessoria de Imprensa

Com a contratação do jornalista as ações de assessoria de imprensa foram desenvolvidas por meio da realização de clipping diário das matérias dos principais jornais e sites que divulgam assuntos relacionados a Funasa e a saúde no estado, agendamento de entrevistas, visitas aos órgãos de comunicação, produção de release para mídia, informativo interno e produção do jornal institucional, cobertura jornalísticas em eventos e audiências.

Principais Resultados:

- Capacitação de 34 (trinta e quatro) servidores da Core, orientados na aplicação das ferramentas do Manual de Editoração e Padronização Visual;
- Impressão e distribuição de 2 (dois) Informativos “Notícias Rondônia”, com 1.500 exemplares em cada tiragem.
- Contratação do jornalista para atendimento a Assessoria.
- Encaminhamento de matérias para os veículos de comunicação (sites, rádios, jornais impressos e TV) com 27 (vinte e sete) matérias publicadas nos principais jornais impressos e nos sites no período de outubro a dezembro/2004.
- Encaminhamento de 12 (doze) clipping eletrônico para as Cores , Setores e Ascom/Presi.

Perspectivas para 2005

- Realização 10 (dez) visitas de acompanhamento nos setores da Core fora da sede, para verificação da aplicação do Manual de Editoração e Padronização Visual.
- Produção de 4 (quatro) edições do Informativo “Notícias Funasa - Rondônia”.
- Implementação da padronização visual na sede e Dsei's da Core.
- Coberturas jornalísticas aos eventos Institucionais.
- Realização de 1 (uma) oficina de comunicação interna.
- Produção de material gráfico (banner, folder, faixas) para divulgação das ações da Funasa em exposições externas e internas.

A Ascom no exercício de 2004, operacionalizou em 40 % das ações programadas para a saúde indígena, em 70% as ações saneamento ambiental dos convênios com PESMS, e 100% dos Projetos Especiais. Esta execução favoreceu a busca de alternativas de trabalho, melhorando o processo participativo entre as áreas fins da Core.

Em comunicação atuação nessa área atingiu 85% das atividades programadas ampliando o conhecimento dos clientes internos, externos e da população quanto à missão e o verdadeiro papel da Funasa no Estado.

Para 2005, as ações de Educação em Saúde e Mobilização, Saneamento Ambiental e Comunicação estarão sendo priorizadas as atividades estratégicas que atendam os objetivos da missão da Funasa, conforme descritas nas perspectivas.

5. Divisão de Recursos Humanos - Direh

A Divisão de Recursos Humanos tem como objetivo maior, atender ao servidor nos diferentes aspectos que dizem respeito à sua vida financeira, funcional, a melhoria do desempenho profissional, bem como seu bem estar físico e emocional, buscando sempre melhor qualidade no acolhimento ao cidadão que dela necessita.

No ano de 2004 além das atividades habituais desenvolvidas pela Divisão de Recursos Humanos, podemos destacar o excelente desempenho com relação à apuração dos Processos Disciplinares, que em fevereiro contávamos com 11 (onze) Processos Instaurados, 62 (sessenta e dois) a instaurar. Em dezembro já contávamos com 30 (trinta) Processos Instaurados, 16 (dezesesseis) a instaurar e 37 (arquivados).

Com relação às atividades desenvolvidas pelo Setor de Capacitação (SECAP), o aspecto relevante foi à implantação do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – PROFORMAR em novembro de 2003, evidenciando a instalação de 7 NAD's (Núcleos de Apoio a Docência) e a conclusão de 16 turmas de alunos em 2004, com a capacitação de servidores que estão desenvolvendo atividades de campo para controle de endemias e vigilância em saúde, nas esferas federal (FUNASA), estadual e Municipal.



O quadro abaixo demonstra as capacitações realizadas no ano de 2004 com número de participantes.

Capacitações realizadas em 2004 com número de participantes

ORDEM	EVENTO	Nº DE PARTICIPANTES
01	Oficina de Comunicação Institucional	28
02	Capacitação de Agentes Indígenas de Saneamento - AISAN	13
03	II Seminário de Avaliação do Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social- PESMS dos convênios de Saneamento Ambiental de 2001 a 2003.	28
04	Capacitação de Conselheiros e Lideranças Indígenas para o Controle Social	21
05	Capacitação de Conselheiros e Lideranças Indígenas para o Controle Social	15
06	Capacitação de Conselheiros e Lideranças Indígenas para o Controle Social	12
07	Capacitação de Conselheiros e Lideranças Indígenas para o Controle Social	22
08	Curso de Procedimento Administrativo em Sindicância e Processo Disciplinar	25

Destaque para a realização do 3º Curso de Capacitação de Agentes Indígenas de Saneamento/AISAN, que atendeu um grupo de indígenas divididos entre 8 etnias, indicadas pelas Comunidades Indígenas. O objetivo maior dessa capacitação é formar AISAN para atuar nos sistemas de saneamento no nível local.



III – CONCLUSÃO

Neste ano de 2004 a Funasa/RO empenhou-se em assumir a gestão de saúde do índio, até então realizada por ong e executou diretamente as ações voltadas para a população indígena, na expectativa de firmar a co-gestão por meio da pactuação de ações complementares.

Enfrentou dificuldades para o desenvolvimento das ações de saúde indígena nas aldeias quando finalizou os convênios com as ong e faltou pessoal em área. Imprimiu todos os esforços para a não interrupção dos serviços e foi mantido o atendimento nas Casai. Articulou e estabeleceu parcerias com as Prefeituras para a contratação de pessoal. Porém, o período em que essas equipes não estiveram em área, uma vez que o atendimento a população indígena é pautada principalmente na atenção básica, prejudicou o alcance das metas propostas no Plano e colocou a Core numa posição desfavorável no *ranking* das Core.

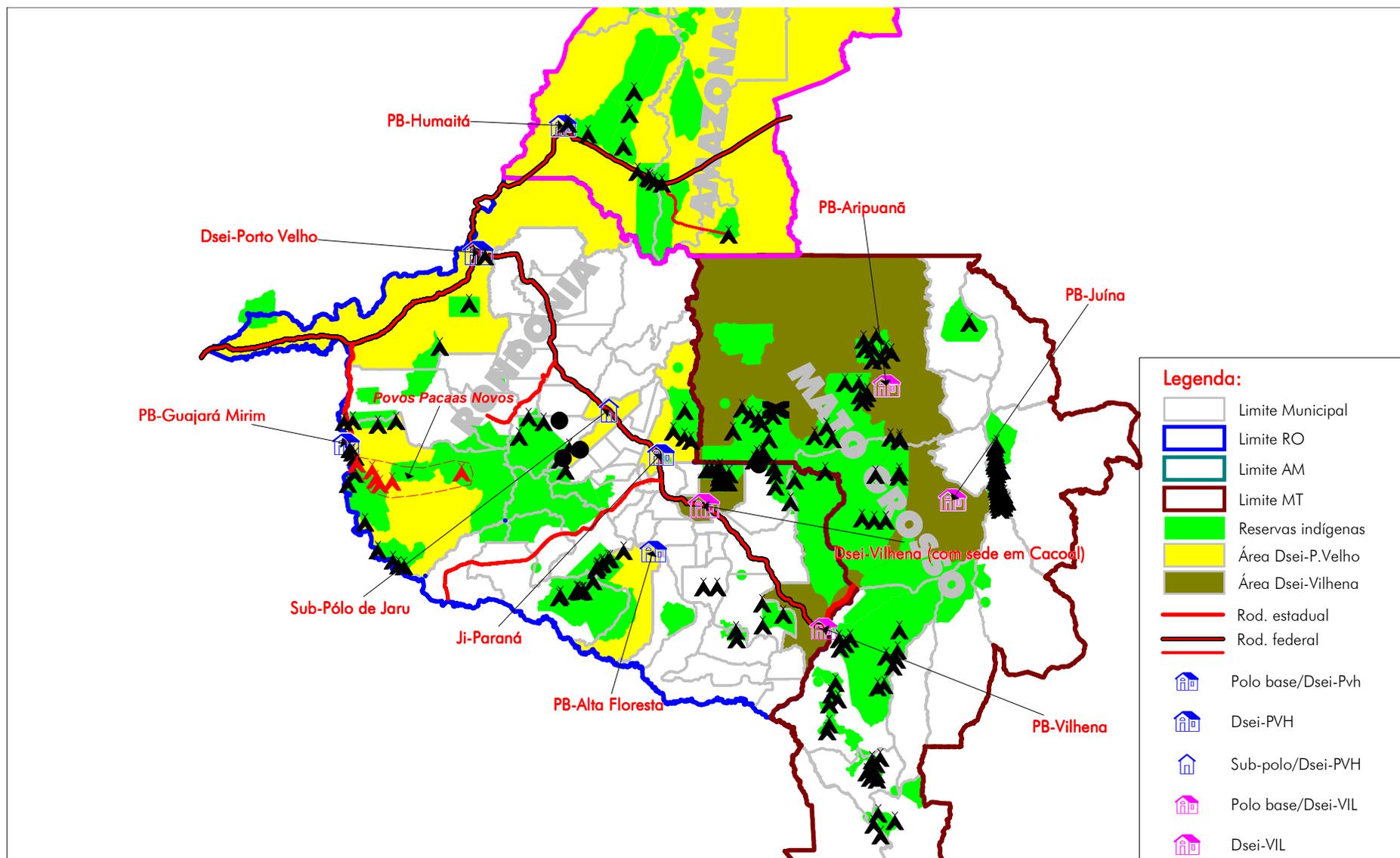
Contudo, alguns resultados obtidos foram significativos.

Redução de alguns agravos e de mortalidade no que se refere à saúde indígena. Nas ações de saneamento houve avanço comparado com o ano anterior onde só foi possível viabilizar 40% das ações programadas e todas as obras programadas por administração direta estão em execução. Avançou-se ainda na área administrativa com a formalização dos vários contratos contínuos (28), a execução orçamentária (98%), a instauração de vários processos administrativos (30) entre outros.

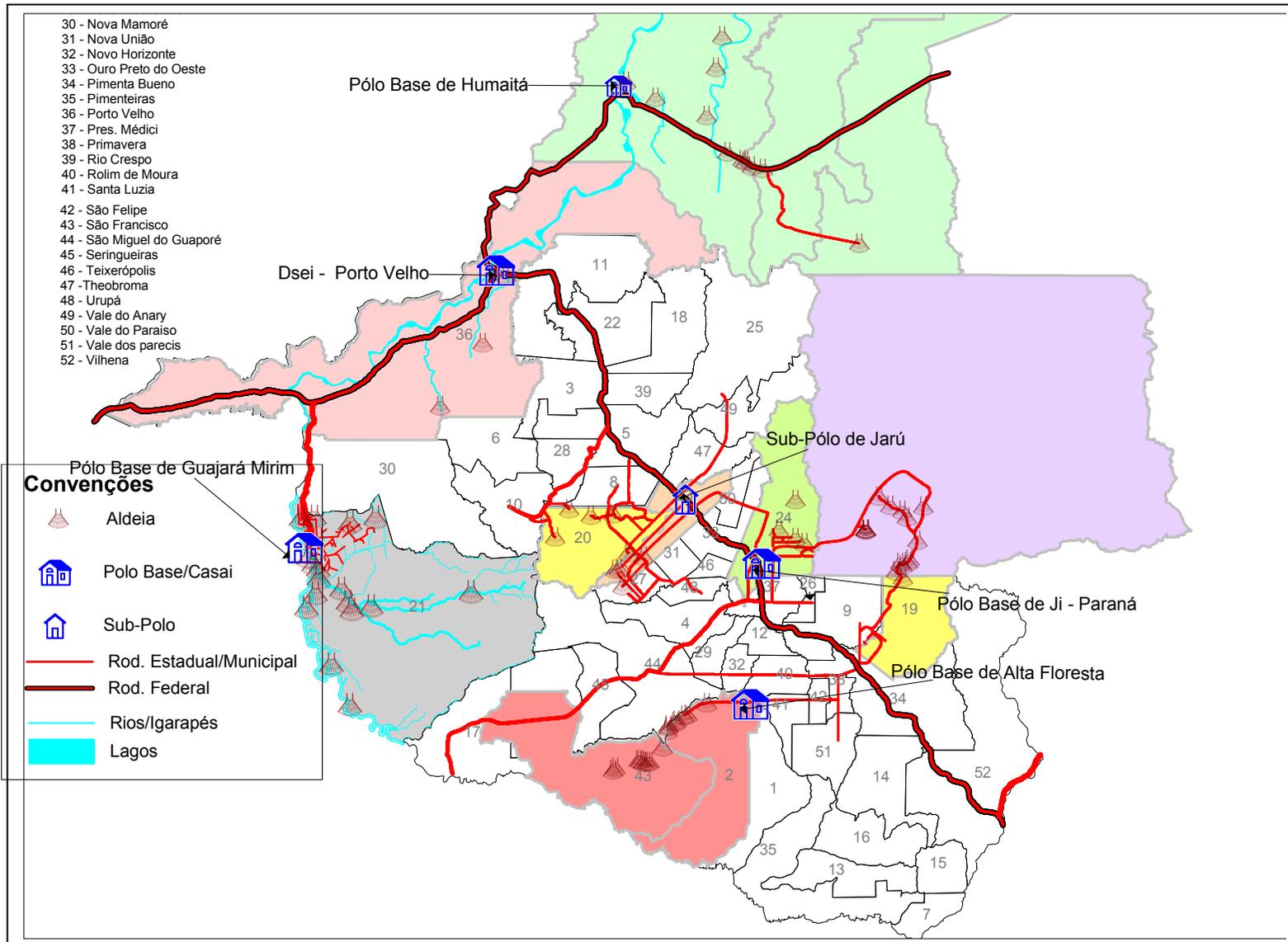
Compromete-se com a melhoria da qualidade de vida do povo indígena proporcionando atendimento integral à sua saúde e respeitando as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais e das populações expostas a riscos de doença com fomento e implementação de ações de saneamento ambiental, no exercício de sua missão: **“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”**.

ANEXOS

Área de atuação da Funasa/RO no atendimento à População Indígena



Área de Abrangência – Dsei Porto Velho/RO



RONDÔNIA
Destaque dos Municípios com População de até 30.000 hb.

