

Fonte:

<https://books.scielo.org/id/bsmtd/pdf/coimbra-9788575412619-07.pdf>

Causas de internação hospitalar indígena em Rondônia. O distrito sanitário especial indígena Porto Velho (1998-2001)

Ana Lúcia Escobar
Aline F. Rodrigues
Cristiano L. M. Alves
Jesem D. Y. Orellana
Ricardo Ventura Santos
Carlos E. A. Coimbra Jr.

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

COIMBRA JR., CEA., SANTOS, RV and ESCOBAR, AL., orgs. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. 260 p. ISBN: 85-7541-022-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.



CAUSAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR INDÍGENA EM RONDÔNIA. O DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA PORTO VELHO (1998-2001)

Ana Lúcia Escobar, Aline F. Rodrigues,
Cristiano L. M. Alves, Jesem D. Y. Orellana,
Ricardo Ventura Santos, Carlos E. A. Coimbra Jr.

Os povos indígenas de Rondônia atravessam um período singular no que diz respeito ao seu quadro de saúde. Por um lado, as frequentes e graves epidemias de doenças infecciosas que grassaram por ocasião dos primeiros contatos não parecem mais constituir ameaças a sua sobrevivência. Por outro lado, o processo de mudanças sócio-culturais que se acelerou nos últimos anos vem introduzindo novos agravos (ou riscos de) que incluem, dentre outros, as doenças crônicas não transmissíveis (p. ex., diabetes mellitus, hipertensão arterial), os transtornos mentais e comportamentais (p. ex., alcoolismo), e acidentes ou envenenamentos relacionados ao contato com veículos automotivos, maquinário e defensivos agrícolas (Coimbra et al., 2000; Santos & Coimbra Jr., neste volume). Além disso, o momento atual envolve a reestruturação do sistema de atenção à saúde, com a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) a partir da segunda metade de 1999 (Athias & Machado, 2001; FUNASA, 2002; Langdon, 2000; Santos & Escobar, 2001).

Infelizmente, com base nas informações demográficas e epidemiológicas disponíveis atualmente no Brasil, não é possível aprofundar análises acerca das condições de saúde dos povos indígenas. No caso de estudos de morbi-mortalidade, bancos de dados de acesso público, como o de Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs)¹, que atualmente representam cerca de 70 a 80% do total das internações no país, não permitem a identificação do paciente indígena. Soma-se a isso a pouca consistência dos dados eventualmente disponíveis

¹ Conforme salientam Portela et al. (1997), no que pese o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) não ter sido desenhado com vistas ao controle e avaliação da assistência hospitalar, o mesmo tem possibilitado a geração de informações importantes tanto relativas à morbidade, definida em termos das causas principais de internação, quanto à mortalidade, descrição da assistência e uso de recursos. Infelizmente, esse sistema não permite a desagregação dos dados segundo etnias indígenas.

nos DSEIs, o que resulta em grande dificuldade para se conhecer as causas que levam à hospitalização dos indígenas. Do ponto de vista dos serviços de saúde, a deficiência de informação compromete o planejamento e a avaliação de programas e ações, limitando sobremaneira a aplicabilidade do instrumental epidemiológico na racionalização de recursos. Essas limitações tornam-se mais importantes à medida que os recursos destinados à atenção à saúde desses povos vêm sendo destinados em proporções menores do que aquelas necessárias para que as propostas de intervenção elaboradas com base nas resoluções dos conselhos locais e distritais de saúde indígena sejam contempladas em sua maior parte.

Esse trabalho visa contribuir para o conhecimento da epidemiologia das populações indígenas na Amazônia a partir da análise de causas de internação hospitalar na área de abrangência do DSEI Porto Velho, sediado em Porto Velho, Rondônia. Embora se reconheçam os vários problemas inerentes à qualidade dos dados, incluindo a confiabilidade e a precisão dos registros, considera-se importante esse tipo de estudo por ser uma forma ainda pouco explorada de análise acerca da saúde indígena. Espera-se que o trabalho venha a contribuir para uma melhor compreensão dos problemas que resultam em busca de serviços hospitalares dada a baixa resolutividade da atenção básica que persiste no cenário atual da saúde indígena no Brasil.

POPULAÇÃO E MÉTODOS

Do ponto de vista gerencial, os serviços de saúde indígena no Estado de Rondônia estão estruturados em dois DSEIs, um dos quais sediado em Porto Velho. A responsabilidade pela operacionalização dos serviços de saúde na área coberta por esse distrito é repassada, através de convênio, da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) para a CUNPIR (Coordenação da União das Nações e Povos Indígenas de Rondônia, Noroeste de Mato Grosso e Sul do Amazonas), uma organização não-governamental.

A população atendida no DSEI Porto Velho contempla cerca de 20 etnias que totalizam, aproximadamente, 6.500 pessoas. Essa população encontra-se distribuída em cerca de 80 aldeias localizadas em 10 municípios de Rondônia (Ariquemes, Alta Floresta d'Oeste, Campo Novo de Rondônia, Guajará-Mirim, Ji-Paraná, Jarú, Mirante da Serra, Nova Mamoré, Porto Velho e São Miguel do Guaporé) e um do Amazonas (Humaitá). A rede de atenção básica desse DSEI é

composta por cinco equipes de saúde localizadas nos pólos-base de Guajará-Mirim, Ji-Paraná, Alta Floresta d'Oeste e Humaitá (ver FUNASA, 2002 para maiores informações).

Foram estudados registros existentes na Casa de Saúde do Índio de Porto Velho (CASAI — Porto Velho) referentes ao período 1998-2001. As CASAIs têm por objetivo facilitar o acesso da população indígena ao atendimento secundário e terciário, servindo de apoio entre a aldeia e a rede de serviços do SUS.² Os dados foram obtidos a partir dos diários de enfermagem da CASAI, nos quais são registradas as internações de indígenas na rede hospitalar da cidade de Porto Velho. Foram coletados os seguintes dados: nome do paciente, sexo, etnia, data de nascimento, data de internação, motivo da internação, data de alta e desfecho. As causas de internação foram agrupadas e classificadas de acordo com a CID-10 (OMS, 1995).

Os dados foram armazenados em bancos de dados estruturados em Excel e as análises realizadas utilizando-se o programa SPSS (versão 9.0).

RESULTADOS

Foram localizados 499 registros de hospitalização para o período 1998-2001. Desse total, foi possível classificar a causa da internação, segundo os grandes capítulos da CID-10, de 493 (98,8%).

Indivíduos de 36 etnias foram internados. A ampla maioria dos pacientes é oriunda das seguintes: Karitiána (28,9%), Kagwahív (Parintintin, Tenharín, Diahói e Júma) (20,8%), Pakaanóva (Wari') (10,4%), Tupí-Mondé (Aruá, Cinta Larga, Gavião, Mekém, Suruí e Zoró) (10,0%), Urueuwauwáu (6,0%), Apurinã (4,2%), Tuparí (3,0%) e Makuráp (2,8%). As demais etnias contribuíram com menos de 2% dos casos cada.

² Para o cumprimento deste papel, as CASAI devem: a) receber pacientes e seus acompanhantes; b) alojar e alimentar pacientes e seus acompanhantes durante o período de tratamento; c) estabelecer os mecanismos de referência e contra-referência com a rede do SUS; d) prestar assistência de enfermagem aos pacientes pós-hospitalização e em fase de recuperação; e) acompanhar os pacientes para consultas, exames subsidiários e internações hospitalares e f) fazer a contra-referência com os DSEIs e articular o retorno dos pacientes e acompanhantes aos seus domicílios, por ocasião da alta (ver FUNASA, 2003).

Pacientes de todas as idades foram internados, variando de 0 a 87 anos. Cerca de metade dos registros referem-se a crianças menores de 5 anos (31,4%) e entre 5-10 anos (13,8%). A porcentagem de indivíduos com mais de 50 anos de idade é relativamente pequena (12,7%). Considerando o total de internações, não há diferença entre os sexos (51,8% mulheres; 48,2% homens). Contudo, nota-se que na faixa etária de 20-50 anos há predomínio de mulheres (69,0%). Dentre os pacientes com idades superiores a 50 anos, predominam os homens (62,5%) (Tabela 1).

Excluídas as causas de internação classificadas no capítulo XV (relativas a parto, gravidez e puerpério), a distribuição por sexo e idade indica uma predominância de homens (57,7%), o que também se aplica para as diversas faixas etárias (Tabela 2).

Agrupando-se os registros segundo três grupos de etnias (Karitiána, Kagwahív e outras), nota-se que há diferenças entre as médias de idade dos pacientes (16,0, 25,7 e 21,7 anos, respectivamente) ($p < 0,05$), com uma média geral de 20,8 anos. Ao se excluir as causas obstétricas, a média de idade dos pacientes experimenta ligeira redução (média de 20,0 anos), permanecendo as diferenças entre os três grupos.

As cinco causas de internação mais frequentes (que totalizam 70,4%) são: doenças do aparelho respiratório (20,4%); doenças infecciosas e parasitárias (15,6%); gravidez, parto e puerpério (15,4%); contato com serviços de saúde (10,8%); sintomas e sinais mal definidos (8,2%) (ver Tabela 3 e Figura 1). Dentre as causas de internação classificadas no capítulo I (doenças infecciosas e parasitárias), as doenças diarréicas foram as mais frequentes (41%), seguidas pela tuberculose (19%) e a malária (17%).

Considerando os sexos combinados e excluindo as causas obstétricas, observa-se que, dentre as causas de internação mais frequentes (mais de 30 ocorrências), as doenças infecciosas e parasitárias e aquelas do aparelho respiratório predominam nas crianças de 0-10 anos. Nota-se também nessa faixa etária o registro de 50% do total de internações devidas a “sintomas e sinais mal definidos”. A categoria “contatos com serviços de saúde” apresenta uma distribuição menos concentrada. Em relação às causas de internação com frequências intermediárias (entre 10 e 30 ocorrências), enquanto as doenças endócrinas e nutricionais predominam nas crianças, as demais causas (oftalmológicas, digestivas e lesões, envenenamentos e causas externas) ocorrem principalmente em adultos (Tabela 4).

A comparação das causas de internação nos hospitais em Porto Velho, no período de 1998 a 2001, entre a população geral e a indígena, revela vários

Tabela 1

Distribuição das internações de indígenas em hospitais de Porto Velho, Rondônia, por faixa etária e sexo, 1998-2001.

Faixa etária (anos)	Sexo		Total
	Fem	Masc	
00 f 05			
n	64	75	139
%	46,0	54,0	100,0
% do total	14,5	17,0	31,4
05 f 10			
n	26	35	61
%	42,6	57,4	100,0
% do total	5,9	7,9	13,8
10 f 20			
n	40	33	73
%	54,8	45,2	100,0
% do total	9,0	7,5	16,5
20 f 50			
n	78	35	113
%	69,0	31,0	100,0
% do total	17,6	7,9	25,6
50 e +			
n	21	35	56
%	37,5	62,5	100,0
% do total	4,8	7,9	12,7
Total			
n	229	213	442
%	51,8	48,2	100,0
% do total	51,8	48,2	100,0

Tabela 2

Distribuição das internações de indígenas em hospitais de Porto Velho, Rondônia, por faixa etária e sexo, 1998-2001, excluídas as causas obstétricas.

Faixa etária (anos)	Sexo		Total
	Fem	Masc	
00 † 05			
n	62	74	136
%	45,6	54,4	100,0
% do total	17,0	20,3	37,4
05 † 10			
n	26	35	61
%	42,6	57,4	100,0
% do total	7,1	9,6	16,8
10 † 20			
n	14	32	46
%	30,4	69,6	100,0
% do total	3,8	8,8	12,6
20 † 50			
n	31	35	66
%	47,0	53,0	100,0
% do total	8,5	9,6	18,1
50 e +			
n	21	34	55
%	38,2	61,8	100,0
% do total	5,8	9,3	15,1
Total			
n	154	210	364
%	42,3	57,7	100,0
% do total	42,3	57,7	100,0

Tabela 3

Distribuição das causas de internação de indígenas em hospitais de Porto Velho, Rondônia, 1998-200, segundo a CID-10.

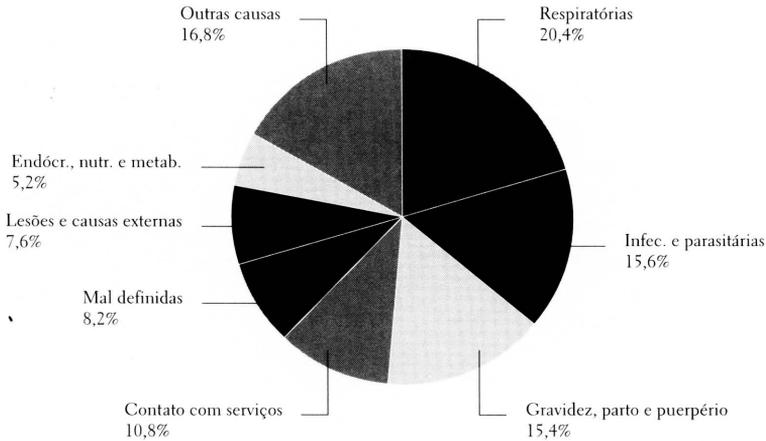
Causas de internação	n	%
Doenças do aparelho respiratório (cap. X)	102	20,4
Doenças infecciosas e parasitárias (cap. I)	78	15,6
Gravidez, parto e puerpério (cap. XV)	77	15,4
Contatos com serviços de saúde (cap. XXI)	54	10,8
Sintomas e sinais mal definidos (cap. XVIII)	41	8,2
Lesões, envenenamentos e causas externas (caps. XIX e XX)*	38	7,6
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (cap. IV)	26	5,2
Doenças do olho e anexos (cap. VII)	18	3,6
Doenças do aparelho digestivo (cap. XI)	14	2,8
Doenças do aparelho geniturinário (cap. XIV)	09	1,8
Doenças do aparelho circulatório (cap. IX)	08	1,6
Doenças da pele (cap. XII)	06	1,2
Doenças do sistema nervoso (cap. VI)	05	1,0
Neoplasias (tumores) (cap. II)	04	0,8
Doenças do sangue (cap. III)	04	0,8
Doenças do sistema osteomuscular (cap. XIII)	04	0,8
Transtornos mentais e comportamentais (cap. V)	02	0,4
Malformações congênitas (cap. XVII)	02	0,4
Afecções perinatais (cap. XVI)	01	0,2
Ignoradas	06	1,2
Total	499	100,0

* Foram agrupados os capítulos XIX e XX da CID-10.

pontos relevantes (Tabela 5). Considerando as seis principais causas de internação para os dois grupos, verifica-se o compartilhamento de quatro delas (doenças infecciosas e parasitárias; doenças do aparelho respiratório; gravidez, parto e puerpério; lesões, envenenamentos e causas externas). Doenças dos olhos e anexos, sintomas e sinais mal-definidos e contatos com serviços de saúde figuram como causas de internação muito mais freqüentes em indígenas que na população geral, da ordem de 6 a 12 doze vezes. Por outro lado, neoplasias, transtornos mentais, doenças dos aparelhos circulatório e geniturinário e afecções perinatais figuram como causas de hospitalização proporcionalmente mais relevantes na população geral.

Figura 1

Distribuição (%) das causas de internação de indígenas em hospitais de Porto Velho, Rondônia, 1998-2001, segundo a CID-10.



Quanto às internações devido à gravidez, parto e puerpério, nota-se que metade (48,6%) das pacientes são da etnia Karitiána. Para o total de mulheres, a idade média das pacientes é de 24,6 anos, variando de 12,3 a 43,4 anos (Tabela 6).

Ao se analisar a distribuição segundo sexo das causas de internação mais freqüentes em indígenas, excetuando aquelas devido à gravidez, parto e puerpério, nota-se predomínio de pacientes do sexo masculino. As diferenças são particularmente pronunciadas para as seguintes causas: sintomas e sinais mal definidos; lesões, envenenamentos e causas externas, e contatos com serviços de saúde (Tabela 7).

Do total de 499 internações, 446 (89,4%) ocorreram em hospitais públicos e 53 (10,6%) em entidades privadas. Os pacientes indígenas foram internados em 14 diferentes hospitais, com a maioria das internações concentradas em três unidades: Hospital Pronto Socorro João Paulo II (35,1%), Hospital de Base Ary Pinheiro (26,7) e Hospital Pronto Socorro Infantil Cosme e Damião

Tabela 4

Distribuição das internações de indígenas em hospitais de Porto Velho, Rondônia, por faixa etária, 1998-2001, excluídas as causas obstétricas, segundo a CID-10.

Causas de Internação	Faixa etária (anos)					Total
	00 † 05	05 † 10	10 † 20	20 † 50	50 e +	
Doenças infecciosas e parasitárias (cap. I)						
n	31	10	8	9	8	66
%	47,0	15,2	12,1	13,6	12,1	100,0
Neoplasias (tumores) (cap. II)						
n	1	2	1	—	—	4
%	25,0	50,0	25,0	—	—	100,0
Doenças do sangue (cap. III)						
n	2	2	—	—	—	4
%	50,0	50,0	—	—	—	100,0
Doenças endócr., nutr. e metab. (cap. IV)						
n	13	4	2	3	1	23
%	56,5	17,4	8,7	13,0	4,3	100,0
Transtornos mentais e comportamentais (cap. V)						
n	—	—	1	1	—	2
%	—	—	50,0	50,0	—	100,0
Doenças do sistema nervoso (cap. VI)						
n	1	1	1	1	1	5
%	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	100,0
Doenças do olho e anexos (cap. VII)						
n	1	—	2	2	13	18
%	5,6	—	11,1	11,1	72,2	100,0
Doenças do aparelho circulatório (cap. IX)						
n	1	—	—	2	1	4
%	25,0	—	—	50,0	25,0	100,0
Doenças do aparelho respiratório (cap. X)						
n	59	15	4	7	10	95
%	62,1	15,8	4,2	7,4	10,5	100,0

(continua)

Tabela 4 (continuação)

Causas de Internação	Faixa etária (anos)					Total
	00 † 05	05 † 10	10 † 20	20 † 50	50 e +	
Doenças do aparelho digestivo (cap. XI)						
n	3	1	1	4	5	14
%	21,4	7,1	7,1	28,6	35,7	100,0
Doenças da pele (cap. XII)						
n	—	3	1	2	—	6
%	—	50,0	16,7	33,3	—	100,0
Doenças do sistema osteomuscular (cap. XIII)						
n	—	1	1	1	1	4
%	—	25,0	25,0	25,0	25,0	100,0
Doenças do aparelho geniturinário (cap. XIV)						
n	1	2	4	—	1	8
%	12,5	25,0	50,0	—	12,5	100,0
Afecções perinatais (cap. XVI)						
n	1	—	—	—	—	1
%	100,0	—	—	—	—	100,0
Malformações congênitas (cap. XVII)						
n	2	—	—	—	—	2
%	100,0	—	—	—	—	100,0
Sintomas e sinais mal definidos (cap. XVIII)						
n	12	6	3	10	5	36
%	33,3	16,7	8,3	27,8	13,9	100,0
Lesões, envenenamentos e causas externas (caps. XIX e XX)*						
n	3	4	9	9	2	27
%	11,1	14,8	33,3	33,3	7,4	100,0
Contatos com serviços de saúde (cap. XXI)						
n	5	10	8	15	7	45
%	11,1	22,2	17,8	33,3	15,6	100,0
Total						
n	136	61	46	66	55	364
%	37,4	16,8	12,6	18,1	15,1	100,0

* Foram agrupados os capítulos XIX e XX da CID-10

Tabela 5

Distribuição das causas de internação hospitalar, população geral e indígenas, em Porto Velho, Rondônia, 1998-200, segundo a CID-10.

Causas de Internação	Geral	(%)	Índigenas	(%)	Razão (%Índigenas/ %Geral)
Doenças infecciosas e parasitárias (cap. I)	14.691	14,1	77	15,4	1,09
Neoplasias (tumores) (cap. II)	2.509	2,4	04	0,8	0,33
Doenças do sangue (cap. III)	1.057	1,0	04	0,8	0,80
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (cap. IV)	1.902	1,8	26	5,2	2,89
Transtornos mentais e comportamentais (cap. V)	1.317	1,3	02	0,4	0,31
Doenças do sistema nervoso (cap. VI)	1.874	1,8	05	1,0	0,56
Doenças do olho e anexos (cap.VII)	305	0,3	18	3,6	12,0
Doenças do ouvido e da apófise mastóide (cap. VIII)	22	0,0	—	—	—
Doenças do aparelho circulatório (cap. IX)	5.262	5,0	08	1,6	0,32
Doenças do aparelho respiratório (cap. X)	12.736	12,2	102	20,4	1,67
Doenças do aparelho digestivo (cap. XI)	5.740	5,5	14	2,8	0,51
Doenças da pele (cap. XII)	1.816	1,7	06	1,2	0,71
Doenças do sistema osteomuscular (cap. XIII)	1.158	1,1	04	0,8	0,73
Doenças do aparelho geniturinário (cap. XIV)	5.624	5,4	09	1,8	0,33
Gravidez, parto e puerpério (cap. XV)	32.752	31,4	77	15,4	0,49
Afecções perinatais (cap. XVI)	2.736	2,6	01	0,2	0,08
Malformações congênitas (cap. XVII)	538	0,5	02	0,4	0,80
Sintomas e sinais mal definidos (cap. XVIII)	1.209	1,2	41	8,2	6,83
Lesões, envenenamentos e causas externas* (cap. XIX e XX)	10.153	9,7	38	7,6	0,78
Contatos com serviços de saúde (cap. XXI)	929	0,9	54	10,8	12,0
Ignoradas	—	—	06	1,2	—
Total	104.330	100,0	499	100,0	1,0

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/miro.def>

* Foram agrupados os capítulos XIX e XX da CID-10.

Tabela 6

Caracterização da idade das mulheres indígenas internadas em hospitais de Porto Velho, Rondônia, por causas obstétricas, 1998-2001.

Etnia	n	Média (anos)	Desvio padrão	Mínima	Máxima
Kagwahív	17 (23,6%)	24,7	9,97	14,2	41,1
Karitiána	35 (48,6%)	24,7	8,88	12,3	43,4
Outras	20 (27,8%)	24,3	6,62	14,0	36,3
Total	72 (100%)	24,6	8,48	12,3	43,4

(18,4%). A distribuição das causas de internação nos hospitais públicos é próxima daquela descrita para o conjunto da população indígena, havendo predominância das doenças respiratórias (22,7%), infecciosas e parasitárias (17,0%) e gravidez, parto e puerpério (14,8%). Nos hospitais privados, as principais causas de internação foram: contatos com serviços de saúde (30,2%), gravidez, parto e puerpério (22,6%) e doenças oculares (22,6%). O tempo médio de internação nos hospitais públicos foi de 8,5 dias e nos privados de 3,1 dias, com uma média geral de 8,1 dias.

Do total de internações, ocorreram 28 óbitos, dos quais foi possível identificar o motivo da internação, a idade e o sexo de 22 indivíduos. Desses, 12 (54,6%) eram crianças menores de cinco anos e a maioria delas faleceu devido a doenças infecciosas e parasitárias, desnutrição ou sintomas e sinais mal definidos. Considerando o número total de óbitos, a principal causa de internação foram doenças respiratórias (37,0%), doenças infecciosas e parasitárias (22,2%) e doenças endócrinas e nutricionais (11,1%).

Ao se estratificar as internações segundo os períodos pré- e pós-distritalização (ou seja, antes e após a FUNASA ter assumido a responsabilidade pelos serviços de saúde dirigidos à população indígena), foram observadas poucas alterações nas proporções de internações pelas causas mais frequentes (aquelas com mais de 30 ocorrências) (Tabela 8). Não houve diminuição expressiva dos percentuais de internações devido a doenças infecciosas e parasitárias (capítulo I) e àquelas do aparelho respiratório (capítulo X) após a distritalização, tampouco de internações devido à gravidez, parto e puerpério (capítulo XV) e sintomas e sinais mal definidos (capítulo XVIII). Por outro lado, verificou-se um decréscimo das internações devido a lesões, envenenamentos e causas externas (capítulos

Tabela 7

Distribuição das causas de internação mais frequentes em indígenas, em hospitais de Porto Velho, Rondônia, por sexo, 1998-2001, excluídas as causas obstétricas, segundo a CID-10.

Causas de Internação	Sexo		Total
	F	M	
Doenças infecciosas e parasitárias (cap. I)			
n	33	45	78
%	42,3	57,7	100,0
Doenças endócr., nutr. e metab. (cap. IV)			
n	13	13	26
%	50,0	50,0	100,0
Doenças do aparelho respiratório (cap. X)			
n	44	58	102
%	43,1	56,9	100,0
Sintomas e sinais mal definidos (cap. XVIII)			
n	12	29	41
%	29,3	70,7	100,0
Lesões, envenenamentos e causas externas (caps. XIX e XX)*			
n	11	27	38
%	29,0	71,0	100,0
Contatos com serviços de saúde (cap. XXI)			
n	19	35	54
%	35,2	64,8	100,0
Total			
n	132	207	339
%	38,9	61,1	100,0

* Foram agrupados os capítulos XIX e XX da CID-10.

Tabela 8

Distribuição das internações de indígenas em hospitais de Porto Velho, Rondônia, de acordo com o período referente à distritalização*, 1998-200, segundo a CID-10.

Causas de Internação	Antes e depois da distritalização		Total e Razão (% Depois/% Antes)
	Antes	Depois	
Doenças infecciosas e parasitárias (cap. I)			
n	39	39	78
%	17,5	14,4	0,82
Neoplasias (tumores) (cap. II)			
n	2	2	4
%	0,9	0,7	0,78
Doenças do sangue (cap. III)			
n	3	1	4
%	1,3	0,4	0,31
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (cap. IV)			
n	12	14	26
%	5,4	5,2	0,96
Transtornos mentais e comportamentais (cap. V)			
n	1	1	2
%	0,4	0,4	1,00
Doenças do sistema nervoso (cap. VI)			
n	—	5	5
%	—	1,9	—
Doenças do olho e anexos (cap. VII)			
n	2	16	18
%	0,9	5,9	6,56
Doenças do aparelho circulatório (cap. IX)			
n	5	3	8
%	2,2	1,1	0,50
Doenças do aparelho respiratório (cap. X)			
n	46	56	102
%	20,6	20,7	1,00
Doenças do aparelho digestivo (cap. XI)			
n	9	5	14
%	4,0	1,9	0,48

(continua)

Tabela 8 (continuação)

Causas de Internação	Antes e depois da distritalização		Total e Razão (% Depois/% Antes)
	Antes	Depois	
Doenças da pele (cap. XII)			
n	4	2	6
%	1,8	0,7	0,39
Doenças do sistema osteomuscular (cap. XIII)			
n	2	2	4
%	0,9	0,7	0,78
Doenças do aparelho geniturinário (cap. XIV)			
n	2	7	9
%	0,9	2,6	2,89
Gravidez, parto e puerpério (cap. XV)			
n	34	43	77
%	15,2	15,9	1,05
Afecções perinatais (cap. XVI)			
n	—	1	1
%	—	0,4	—
Malformações congênicas (cap. XVII)			
n	2	—	2
%	0,9	—	—
Sintomas e sinais mal definidos (cap. XVIII)			
n	20	21	41
%	9,0	7,8	0,87
Lesões, envenenamentos e causas externas (caps. XIX e XX)			
n	21	17	38
%	9,4	6,3	0,67
Contatos com serviços de saúde (cap. XXI)			
n	19	35	54
%	8,5	13,0	1,53
Total			
n	223	270	493
%	100,0	100,0	1,00

* Até julho de 1999, antes da edição da Medida Provisória No. 1911-08, de 29 de julho de 1999, e da promulgação da Lei No. 9836, de 23 de setembro de 1999, a responsabilidade pelos serviços de saúde estava sob a responsabilidade da FUNAI. Desde então, passaram a ser de responsabilidade da FUNASA.

XIX e XX) e um expressivo aumento daquelas associadas a contatos com serviços de saúde (capítulo XXI).

DISCUSSÃO

Apesar das limitações devido ao seu caráter seletivo, os registros hospitalares constituem importantes fontes de informações sobre o perfil de morbidade da população brasileira (ver Cesar et al., 2002; Gouvêa et al., 1997; Lebrão, 1999; Rocha & Simões, 1999, dentre outros). Esse conjunto de informações pode ser útil não somente para avaliar o sistema de assistência à saúde, como para a formulação e o aperfeiçoamento de políticas de saúde e estratégias médico-assistenciais e preventivas. No caso dos povos indígenas no Brasil, as amplas reformas recém verificadas nas políticas e na estrutura dos serviços de saúde requerem a utilização de diferentes abordagens analíticas visando a caracterização de perfis de morbi-mortalidade e a avaliação do modelo assistencial implantado.

A análise dos registros de hospitalização de indígenas em Porto Velho no período de 1998 a 2001 revela diversos pontos significativos. Entre eles, destacam-se: (a) a elevada diversidade étnica dos pacientes, ao mesmo tempo em que a maioria das internações está concentrada em poucas etnias; (b) excluindo-se as causas obstétricas, verifica-se a predominância de homens, que correspondem a 58% do total das internações; (c) as internações concentraram-se em crianças menores de 10 anos (54%); (d) as principais causas de internação são devidas às doenças do aparelho respiratório (capítulo X) e às infecciosas e parasitárias (capítulo I).

A elevada frequência de registros incompletos, aliada ao grande número de causas de internação classificadas como sintomas e sinais mal-definidos, compromete sobremaneira a análise e aponta para falhas importantes na qualidade dos registros existentes na Casa de Saúde do Índio de Porto Velho. Aparentemente, as ações desenvolvidas por este tipo de unidade de saúde, que ocupa posição estratégica no atual modelo de atenção à saúde das populações indígenas, não têm merecido a devida consideração pelos diferentes sistemas de informação em saúde disponíveis. Os dados de morbidade indígena têm sido tratados burocraticamente pelo sistema, havendo clara prioridade pelos indicadores de “produção” (número de consultas, procedimentos, medicação dispensada, etc.). Como revela essa análise, há muito a se avançar para garantir uma qualidade dos dados suficiente para que se possa gerar indicadores epidemiológicos confiáveis. Apesar da

importância dada à implementação de uma sistemática de referência e contra-referência com a rede hospitalar por parte das CASAIs existentes no país, na prática essa dinâmica não foi observada na CASAI de Porto Velho, razão pela qual tantos registros permanecem incompletos.

Os diferenciais de morbidade hospitalar, segundo etnia, possivelmente estão associados não somente à menor ou maior facilidade relativa de acesso das aldeias à cidade de Porto Velho (distância, existência de linhas de ônibus ou veículo nas aldeias, etc.), como também à disponibilidade de serviços de saúde em localidades próximas às aldeias. A comunidade Karitiána é uma das mais próximas de Porto Velho (cerca de 90 km) e não há infraestrutura de serviços de saúde em localidades mais próximas. A frequência relativamente elevada de pacientes de etnias Kagwahív nos registros de atendimentos realizados em Porto Velho (cidade situada à cerca de 250 km de suas terras) sugere a existência de dificuldades de atendimento na rede hospitalar de Humaitá, que é a cidade mais próxima. Por outro lado, apesar dos Pakaanóva (Wari') constituírem a população indígena mais numerosa em Rondônia, os mesmos respondem por apenas 10,4% do total de internações na rede hospitalar de Porto Velho, sugerindo que, possivelmente, os serviços disponíveis na cidade mais próxima — Guajará-Mirim — estejam sendo utilizados no atendimento de suas demandas.

Os diagnósticos mais frequentes na população indígena foram doenças do aparelho respiratório e doenças infecciosas e parasitárias; gravidez, parto e puerpério e lesões, envenenamentos e causas externas, o que corresponde às principais causas de internação também verificadas na população de Rondônia em geral (DATASUS, 2003). Apesar dessas similaridades, quando se analisa o conjunto mais amplo de causas de internação, notam-se diferenças importantes entre indígenas e não-indígenas. Por exemplo, neoplasias, transtornos mentais e doenças do aparelho circulatório constituem causas mais frequentes de internação em não-indígenas. Em outras palavras, a se julgar pela análise das internações, aparentemente o perfil de morbidade da população indígena é mais influenciado pelas doenças infecciosas e parasitárias do que o que se observa em não-indígenas de Porto Velho, entre os quais o peso das doenças crônicas não transmissíveis é proporcionalmente mais acentuado.

No tocante às doenças infecciosas e parasitárias, as causas mais frequentes de internação entre os indígenas foram: diarreias (41%), malária (19%) e tuberculose (17%). As diarreias desempenham importante papel na determinação do perfil de morbi-mortalidade das populações indígenas de Rondônia, em especial entre crianças de 0-5 anos de idade, conforme indicado por Haverroth et al.

(2003). 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 (Escobar & Coimbra Jr., 1998; Ianelli, 2000; Sá, 2003). O percentual expressivo de internações devido à tuberculose confirma a importância dessa epidemia 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, conforme assinalado por Escobar et al. (2001).

Observou-se diferença expressiva no tempo médio de internação ao se comparar hospitais públicos e privados. Possíveis razões para o diferencial verificado incluem: perfil diferenciado de causas de internação (por exemplo, nota-se alta frequência de causas oftalmológicas em instituições privadas) e tendência ao encaminhamento de pacientes que apresentam quadros clínicos mais severos para os hospitais públicos. Investigação mais detalhada faz-se necessária para esclarecer esse ponto.

Com a implantação dos DSEIs, foi proposta uma alteração substancial no modelo de atenção à saúde dirigido às populações indígenas. Este passaria a ser centrado na atenção primária e na resolução da maioria dos problemas na própria aldeia, sendo que as equipes de saúde de cada pólo-base seriam incumbidas do treinamento e acompanhamento dos agentes indígenas de saúde. A estes caberia, então, a prestação dos serviços nos postos de saúde nas aldeias. No entanto, o que observamos neste estudo é que aqueles problemas capazes de sofrer maior impacto destas medidas continuam contribuindo sobremaneira para as internações, especialmente as diarreias e as doenças respiratórias. Por outro lado, notou-se um aumento importante da frequência de contatos com serviços de saúde.

No caso das diarreias, por exemplo, há avaliações muito positivas acerca do impacto da adoção da terapia de reidratação oral na redução da morbi-mortalidade infantil no Brasil e no mundo (Benício & Monteiro, 2000; Victora et al., 2000). Os resultados da presente análise indicam que não houve uma redução substancial na proporção de causas de internação devido às doenças infecciosas e parasitárias e àquelas do aparelho respiratório quando são comparados os períodos de 1998-1999 (com os serviços administrados pela FUNAI) e de 2000-2001 (sob a gestão da FUNASA). Portanto, até o momento, não foi possível identificar, através do perfil de morbidade hospitalar, impactos positivos das ações norteadas pelo novo modelo de atenção à saúde, principalmente no tocante aos problemas sensíveis à promoção da saúde, saneamento e atenção básica.

Chama a atenção que a taxa de mortalidade hospitalar entre os indígenas tenha atingido a cifra de 56,1/1000 no período analisado. Ressalte-se que, no país, esta taxa, para o mesmo período, foi de 26,7/1000, variando de 35,7 na região Sudeste a 14,0 na Região Norte (em Rondônia, foi de 12,4/1000). Outro dado que se sobressai entre as internações de pacientes indígenas são as taxas de mortalidade hospitalar por doenças infecciosas e parasitárias e por doenças respiratórias (83,3 e 108,7/1000 internações, respectivamente), enquanto que, para Rondônia, as mesmas taxas foram de 10,7 e 8,8/1000, respectivamente. Os resultados desse trabalho mostram que uma proporção elevada das mortes dos pacientes indígenas internados ocorreu em crianças menores de cinco anos devido, sobretudo, a doenças respiratórias e infecciosas e parasitárias. Esse quadro aponta para a precariedade dos serviços de saúde dirigidos a essas populações, o que sugere que deve haver um redirecionamento das ações de diagnóstico e tratamento à rede hospitalar, em especial para esses grandes grupos de causas que, de acordo com os pressupostos do modelo de distritalização, deveriam estar sendo resolvidos no posto de saúde da própria aldeia. É possível que o atraso no diagnóstico e no tratamento de doenças como diarreia e infecções respiratórias agudas resulte na remoção e internação tardias dos pacientes, muitas vezes com chances de sobrevivência diminuídas.

Apesar das conhecidas limitações dos registros hospitalares para delinear perfis de morbi-mortalidade de populações, as informações sobre internações hospitalares na área de abrangência do DSEI Porto Velho mostraram-se úteis para alcançar um melhor entendimento acerca do quadro epidemiológico dos indígenas de Rondônia. Não há estudos semelhantes na bibliografia sobre saúde dos povos indígenas no Brasil — a maioria dos trabalhos é constituída por estudos de prevalência, resultantes de inquéritos populacionais (ver Santos & Coimbra Jr., neste volume). Espera-se que a abordagem aqui desenvolvida estimule a realização de outros estudos semelhantes, fundamentais para a análise comparada de tendências de morbidade nos vários distritos sanitários indígenas do país.

Agradecimentos

Às enfermeiras Isabel Araújo, Denise Pereira Ferrari e Armanda Gomes do Nascimento, da Casa de Saúde do Índio de Porto Velho, pela ajuda durante o levantamento dos registros; à Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde de Rondônia pelo apoio ao projeto; e à Fundação Ford pelo financiamento da pesquisa.

Referências

- ATHIAS, R. & MACHADO, M., 2001. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cadernos de Saúde Pública*, 17: 425-431.
- BENICIO, M. H. A. & MONTEIRO, C. A., 2000. Tendência secular da doença diarreica na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Revista de Saúde Pública*, 34 (6 Supl.): 83-90.
- CESAR, J. A.; HORTA, B. L.; GOMES, G.; SHEHADEH, I.; CHITOLINA, J.; RANGEL, L.; SARAIVA, A. O. & OLIVEIRA, A. K., 2002. Utilização de serviços de saúde por menores de cinco anos no extremo Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 18: 299-305.
- COIMBRA JR., C. E. A.; SANTOS, R.V. & ESCOBAR, A. L., 2000. Saúde indígena em Rondônia na década de 90. In: *Povos Indígenas no Brasil, 1996-2000* (C. A. Ricardo, org.), pp. 591-593. São Paulo: Instituto Socioambiental.
- ESCOBAR, A. L.; COIMBRA JR., C. E. A.; CAMACHO, L. A. & PORTELA, M. C., 2001. Tuberculose em populações indígenas de Rondônia, Amazônia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 17: 285-298.
- DATASUS (Departamento de Informática do SUS, Ministério da Saúde), 2003. *Morbidade hospitalar do SUS por local de internação — Rondônia*. 06 de junho de 2003 <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/miro.def>>.
- ESCOBAR, A. L. & COIMBRA JR., C. E. A., 1998. *Considerações sobre as Condições de Saúde das Populações das Áreas Indígenas Pakaánova (Wari) e do Posto Indígena Guaporé, Rondônia*. Documento de Trabalho n. 1, Porto Velho: Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia, Universidade Federal de Rondônia. <<http://www.cesir.org>>.
- FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), 2002. *Distrito Sanitário Especial Indígena de Porto Velho*. 20 de agosto de 2002. <<http://www.funasa.gov.br/ind/pdfs/dsei25.pdf>>.
- FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), 2003. *Saúde Indígena*. 20 de agosto de 2002 <<http://www.funasa.gov.br/ind/ind01.htm>>.
- GOUVÊA, C. S. D.; TRAVASSOS, C. & FERNANDES, C., 1997. Produção de serviços e qualidade assistencial hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, Brasil — 1992 a 1995. *Revista de Saúde Pública*, 31:601-617.
- HAVERROTH, M.; ESCOBAR, A. L. & COIMBRA JR., C. E. A., 2003. *Infecções Intestinais em Populações Indígenas de Rondônia (Distrito Sanitário Especial Indígena Porto Velho)*. Documento de Trabalho nº 8, Porto Velho: Centro de Estudos em Saúde do Índio, Universidade Federal de Rondônia <<http://www.cesir.org>>.
- IANELLI, R. V., 2000. Epidemiologia da malária em populações indígenas da Amazônia. In: *Doenças Endêmicas: Abordagens Sociais, Culturais e Comportamentais* (R. B. Barata & R. Briceño-León, orgs.), pp. 355-374, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- LANGDON, E. J., 2000. Salud y pueblos indígenas: los desafíos en el cambio de siglo. In: *Salud y Enfermedad: Una Mirada desde las Ciencias Sociales* (R. Briceño-León, M. C. S. Minayo & Carlos E. A. Coimbra Jr., orgs.), pp. 107-117. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- LEBRÃO, M. L., 1999. Determinantes da morbidade hospitalar em região do Estado de São Paulo (Brasil). *Revista de Saúde Pública*, 33:55-63.
- OMS (Organização Mundial da Saúde), 1995. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde — 10ª Revisão*. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- PORTELA, M. C.; SCHRAMM, J. M. A.; PEPE, V. L. E.; NORONHA, M. F.; PINTO, C. A. M. & CIANELI, M.P., 1997. Algoritmo para a composição de dados por internação a partir do sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde (SIH/SUS) — Composição de dados por internação a partir do SIH/SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, 13: 771-774.
- ROCHA, J. S. Y. & SIMÕES, B. J. G., 1999. Estudo da assistência hospitalar pública e privada em bases populacionais, 1986-1996. *Revista de Saúde Pública*, 33:44-54.
- SÁ, D. R., 2003. *Malária em Terras Indígenas Habitadas pelos Pakaanova (Wari)*, Estado de Rondônia, Brasil. *Estudo Epidemiológico e Entomológico*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- SANTOS, R. V. & ESCOBAR, A. L., 2001. Saúde dos povos indígenas no Brasil: perspectivas atuais. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2) (número temático).
- VICTORA, C. G.; BRYCE, J.; FONTAINE, O. & MONASCH, R., 2000. Reducing deaths from diarrhoea through oral rehydration therapy. *Bulletin of the World Health Organization*, 78: 1246-1255.