



BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis
Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Edição Especial

NÚMERO 57

Maio 2015

Saúde dos Povos Indígenas em Porto Alegre

EDITORIAL

Apresentamos a Edição Especial do Boletim Epidemiológico sobre a Saúde dos Povos Indígenas em Porto Alegre. Esta publicação se propõe a dar visibilidade à questão da saúde indígena, divulgando alguns dados, mapeando a rede de atenção à saúde indígena e discutindo conceitos pertinentes às especificidades no atendimento à saúde desses povos no município.

Os povos indígenas ainda enfrentam dificuldades na efetivação do acesso aos direitos garantidos pela Constituição de 1988. É importante lembrar que a Constituição Federal foi o instrumento legal que garantiu direitos sociais aos povos originários, sendo que, antes disso, a relação entre o poder público e os indígenas se dava na forma de tutela. Menos de três décadas se passaram desde que os indígenas passaram a ser considerados cidadãos brasileiros com direitos específicos, tendo reconhecidas suas formas próprias de organização social, costumes, línguas, crenças e tradições.

Diante desse recente reconhecimento dos povos indígenas pelo Estado brasileiro, a saúde indígena ainda apresenta dificuldades em inserir-se na pauta das discussões e projeções das necessidades da saúde pública no Brasil, e tem sido marcada por uma atenção fragmentada e descontinuada, pelos diversos órgãos já foram responsáveis por essa tarefa. Esse cenário, somado aos preconceitos decorrentes da dominação cultural, faz com que, entre outras consequências, os povos indígenas apresentem sérias dificuldades com relação ao acolhimento e a continuidade do vínculo com a rede de saúde, o que evidencia ser essa uma discussão necessária no Sistema Único de Saúde (SUS).

No acolhimento do usuário indígena é

importante considerar que o português não é sua língua materna, sendo falar de forma que haja entendimento. Os procedimentos realizados nos serviços de saúde devem ser realizados com a devida informação anterior (consequências, riscos, etc.) sobre o que irá acontecer de forma clara suficiente para não confundir ou induzir o indígena. Para tanto, o profissional deve certificar-se de que houve a comunicação e que o usuário indígena está compreendendo o que está acontecendo com relação a seu atendimento no serviço. A efetividade do cuidado na saúde indígena depende fundamentalmente de como se estabeleceu a relação nesse primeiro momento.

Os povos indígenas constituem um público específico da saúde pública. Busca-se, com esta publicação, informar sobre a atenção à saúde desses povos no município de Porto Alegre, considerando os dados do último censo, que indicam a presença no município de 3.308 indígenas.

Espera-se instrumentalizar os profissionais da saúde acerca da saúde indígena, sensibilizando-os quanto à necessidade de uma atenção adequada à realidade multicultural e pluriétnica, reforçando, assim, o princípio da equidade no SUS.



Encontro dos Kujà reuniu especialistas em medicina tradicional Kaingang (Kujà) - Foto: Banco de imagens PMPA

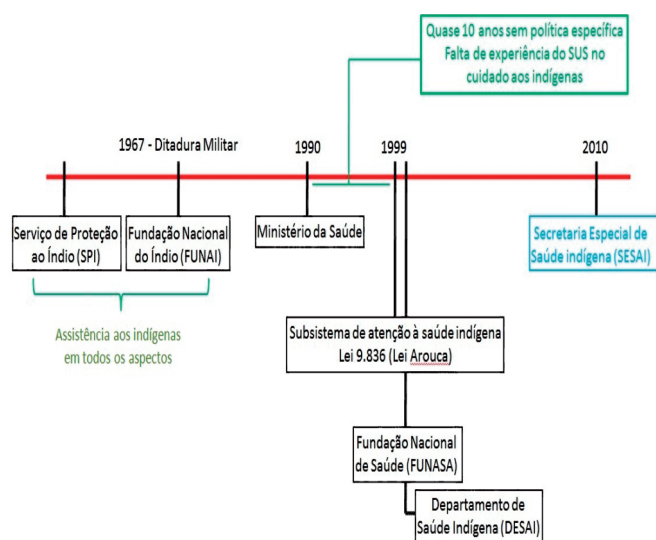
Cenário da Política de Saúde Indígena no Brasil

Luiz Viegas Junior e Mariane Radke
Bolsistas PET Redes - Atenção à Saúde Indígena - PUCRS
Rosa Maris Rosado
Coord. da Área Técnica de Atenção à Saúde Indígena/SMS

No passado, acreditava-se que as culturas indígenas seriam extintas ao longo do tempo, integrando-se a sociedade globalizada. Evidentemente, essa crença não se concretizou, o que demandou a elaboração de políticas públicas específicas direcionadas aos povos indígenas.

A saúde indígena historicamente apresentou problemas de descontinuidade de gestão, o que remete às dificuldades que os diversos órgãos federais responsáveis pelo cuidado aos povos indígenas tiveram em cumprir essa agenda de forma adequada. Sobre isso, destaca-se o prolongado emprego de estratégias de terceirização de serviços, mediante convênios com entidades não governamentais e religiosas. Além disso, a demanda principal dos indígenas é a demarcação de terras, diretamente associada à promoção da saúde, ficando as questões associadas à recuperação e tratamento da saúde em segundo plano. Os dados da saúde indígena no Brasil já denunciam as iniquidades sociais vivenciadas pelos povos indígenas no país inteiro. Conforme o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (Vol. 46, Nº 10 – 2015), a taxa de mortalidade infantil indígena em 2012 no país reflete as condições de acesso à atenção à saúde desses povos: 5,8 para os indígenas, enquanto a taxa da população geral é de 0,6.

Figura 1 – Evolução das políticas de saúde para os povos indígenas no Brasil



Fonte: Adaptado de Garnelo 2010

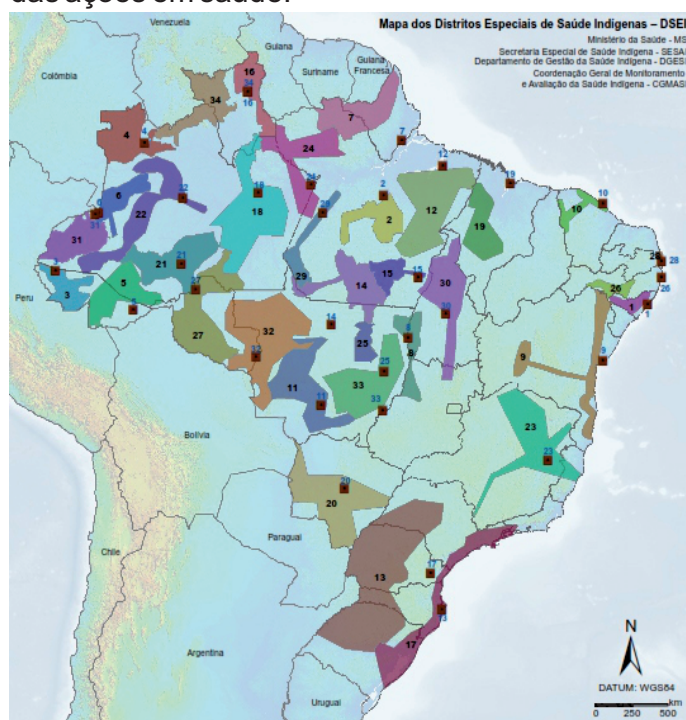
A gestão do atendimento à saúde no SUS é predominantemente do município, de maneira a priorizar as necessidades específicas de cada território. Inversamente, a saúde indígena é de

responsabilidade do Governo Federal e opera a partir do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), componente do SUS regulamentado pela Lei 9.836, de setembro de 1999.

A Lei nº. 9.836, que instituiu o Subsistema de Atenção a Saúde Indígena, ficou conhecida como Lei Arouca, em homenagem ao empenho do médico sanitarista e doutor em Saúde Pública Antônio Sérgio da Silva Arouca, autor do projeto de lei que tramitou no Congresso Nacional.

A criação do SASI foi motivada pelas reivindicações das próprias lideranças indígenas, justificada pelo fato de que a territorialidade étnica não coincide com os limites geográficos dos municípios. Além disso, os municípios são considerados os locais onde os indígenas sofrem os maiores preconceitos e discriminações, especialmente quando tem seus territórios sobrepostos por espaços de grande especulação imobiliária ou de produção agrícola em larga escala.

A Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas (PNASPI), instituída em 2002, exige a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços – voltados à proteção, promoção e recuperação da saúde. A estruturação da saúde indígena, sua territorialização diferenciada por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), foi pensada como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso à saúde integral, atendendo às particularidades territoriais de cada etnia. Nesse contexto, as necessidades percebidas pelas comunidades deveriam estar presentes em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações em saúde.



Porto Alegre está inserida do DSEI Litoral Sul. - Foto: Banco de imagens PMPA

Em 2010, foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), um órgão do Ministério da Saúde, responsável pela saúde dos indígenas em todo o território nacional. A SESAI passou a coordenar a PNASPI, na tentativa de centralizar o cuidado à saúde, com o objetivo de garantir a equidade e a diminuição das barreiras culturais e entraves históricos que dificultavam o acesso dos povos indígenas ao SUS.

Apesar das melhorias na atenção à saúde dos povos indígenas a partir da PNASPI e, posteriormente com a criação da SESAI, são enormes os desafios que ainda precisam ser enfrentados. Dentre eles, se destacam o desconhecimento da PNASPI como uma política do SUS, ou seja, que apesar da diferença entre os modelos de atenção, a saúde indígena é SUS. O acesso às especialidades e a alta complexidade também têm sido apontados como pontos críticos na prestação de atendimentos na saúde indígena. Os hospitais e os ambulatórios de especialidade são em geral centrados exclusivamente a partir da lógica biomédica de conhecimento em saúde, enfraquecendo a compreensão da necessidade da atenção diferenciada, fundamental ao cuidado na saúde indígena. Muitos desses desafios têm em sua origem a formação do profissional em saúde, que não contempla a capacitação para atuação em contextos interculturais.

Atenção diferenciada à saúde, conforme a PNASPI, é aquela que leva em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais dos povos indígenas.

Essas são algumas das principais barreiras que ainda precisam ser superadas para que haja um atendimento adequado em saúde indígena, que responda à Constituição Federal e a legislação que regulamenta a saúde indígena no Brasil. Esses desafios são, antes de mais nada, éticos e históricos, e necessitam de uma força-tarefa para serem superados. Por isso se justifica o atendimento diferenciado, capaz de diminuir as iniquidades no acesso a um direito fundamental, como o da saúde.



EMSI da Capital: Posto de apoio na Aldeia Charrua Polidoro
Foto: Banco de imagens PMPA

Panorama da Saúde Indígena em Porto Alegre

Luiz Viegas Junior e Mariane Radke
Bolsistas PET Redes - Atenção à Saúde Indígena - PUCRS
Rosa Maris Rosado
Coord. da Área Técnica de Atenção à Saúde Indígena/SMS

Porto Alegre dispõe de mecanismos próprios de cuidado aos indígenas, de forma articulada com a SESAI. Esses mecanismos se justificam pelas condições que o município possui de articular redes, e no fato de que a SESAI presta atendimento primário priorizando as comunidades aldeadas em áreas afastadas das grandes metrópoles. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) dispõe de uma Área Técnica de Atenção à Saúde Indígena (AT), que visa estabelecer fluxos e assessorar a rede para atendimento aos indígenas presentes na cidade.

Por demanda das próprias lideranças indígenas, com projeto aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, foi criada uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) no âmbito municipal. Tendo sua base na Unidade de Saúde Indígena Fág Nhin (Lomba do Pinheiro), atua sob supervisão da Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro. É uma equipe itinerante, implementada em 2013, tendo gestão compartilhada com a SESAI, caracterizando-se como um diferencial de atuação dos municípios na saúde indígena. É formada por 1 médica cubana vinculada ao Programa Mais Médicos, 1 enfermeira, 1 cirurgiã dentista, 1 auxiliar de saúde bucal, 2 técnicos de enfermagem, 3 agentes indígenas de saúde e 1 agente indígena de saneamento.

Tabela 1. Indígenas atendidos pela EMSI Porto Alegre por aldeia

1º Quadrimestre 2015

Nome da Aldeia	Fág Nhin	Tupe Pen	Polidoro	Total
Nº de Indígenas	174	156	36	366

FONTE: EMSI Porto Alegre

Tabela 2. Diabéticos acompanhados pela EMSI Porto Alegre por aldeia

1º Quadrimestre 2015

Nome da Aldeia	Fág Nhin	Tupe Pen	Polidoro	Total
Nº de Indígenas	5	0	1	6

FONTE: EMSI Porto Alegre

Tabela 3. Pessoas hipertensas acompanhadas pela EMSI Porto Alegre por aldeia

1º Quadrimestre 2015

Nome da Aldeia	Fág Nhin	Tupe Pen	Polidoro	Total
Nº de Indígenas	14	06	02	22

FONTE: EMSI Porto Alegre

Os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e os Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) são atores importantes no fortalecimento da atenção primária à saúde nas comunidades indígenas, visto que são participantes desse contexto sociocultural, compreendem os processos próprios de saúde, adoecimento e cura, tendo, dessa forma, um papel importante como mediadores no diálogo entre a comunidade e os profissionais de saúde não indígenas.

As Unidades de Saúde da Família (USF), cujos territórios de atuação contemplam a presença de comunidades indígenas, são assessoradas pela AT, que busca subsidiar as equipes de informações necessárias para a realização de um atendimento adequado, conforme preconiza a legislação vigente. Outros níveis de atenção, como centros de especialidades e hospitais, são articulados de acordo com cada território, e também são assessorados de forma compartilhada com a SESAI e a Secretaria Estadual da Saúde (SES).

Os indígenas assumem um modo de vida baseado na mobilidade, isto é, costumam visitar parentes no interior e recebem visitas por períodos longos, que podem variar de semanas até alguns anos. Durante o verão, deslocam-se para as cidades litorâneas, onde comercializam artesanato, principal fonte de sustento das famílias, e viajam de acordo com o período da troca de sementes, conforme as especificidades de cada etnia. Por esse motivo, o número de indígenas presentes em Porto Alegre varia muito ao longo do ano, sendo necessário considerarmos esses números uma estimativa. Portanto, os dados epidemiológicos relativos aos povos indígenas devem ser tratados com cautela, levando em conta tal limitação. Os dados do último censo apontam para a presença 3.308 indígenas em Porto Alegre. Na capital situam-se 11 comunidades indígenas, pertencentes às etnias Charrua, Kaingang e Mbyá Guarani, cada uma com suas particularidades culturais (ver mapa pág 8).

Os indígenas Guarani são atendidos pela Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena de

Viamão (SESAI), que é itinerante, tendo os equipamentos de referência na rede de Porto Alegre como suporte e para acesso a média e alta complexidade. Esse fato aponta para a adaptação necessária dos fluxos-padrão na saúde, tendo em vista a lógica territorial distinta da saúde indígena.

Nas Unidades de Saúde, o preenchimento do cadastro dos usuários ainda é um desafio a ser superado, especialmente em relação ao preenchimento correto do quesito raça-cor, ou seja, a descrição correta da etnia. Da mesma forma, tem-se dedicado à qualificação dos dados epidemiológicos, para que se possa trabalhar na prevenção dos principais agravos de saúde a que esses povos estão submetidos. Essa qualificação visa reduzir a produção e reprodução de desigualdades raciais em saúde. A capacitação e sensibilização de trabalhadores e usuários do sistema de saúde sobre a coleta do quesito é uma estratégia realizada em parceria com a Área Técnica da Saúde da População Negra.

Quadro 1 – Comunidades indígenas, etnia e referência na Atenção Primária em Porto Alegre – RS.

Comunidade Indígena	Referência	Etnia
Pindó Poty	EMSI* Viamão/SESAI - USF** Lami	Mbyá Guarani
Aracuã	EMSI Viamão/SESAI - USF Lami	Mbyá Guarani
Anhetengúá	EMSI Viamão /SESAI- USF Lami	Mbyá Guarani
Komág	USF Graciliano Ramos	Kaingang
Vãn-Ká	USF Safira-USF Lami	Kaingang
Jardim Protásio Alves	USF Jardim Protásio Alves	Kaingang
Agronomia	USF Esmeralda	Kaingang
Tupe Pen	EMSI Porto Alegre – USI***	Kaingang
Fág Nhin	EMSI Porto Alegre –USI	Kaingang
Vila Gaúcha	USF Vila Gaúcha	Kaingang
Polidoro	EMSI Porto Alegre – USI	Charrua

FONTE: SMS

*EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

**USF – Unidade de Saúde da Família;

***USI – Unidade de Saúde Indígena.

O Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Redes) na realidade da saúde indígena de Porto Alegre

Luiz Viegas Junior, Mariane Radke e Saskia Ritter Azambuja
Bolsistas PET Redes - Atenção à Saúde Indígena - PUCRS
Rosa Maris Rosado
Coord. da Área Técnica de Atenção à Saúde Indígena/SMS

Criado em 2008, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) foi concebido com o objetivo de facilitar o processo de integração ensino – serviço – comunidade, qualificando os serviços, iniciando estudantes de graduação no campo, conforme as necessidades do trabalho no SUS. O programa é aberto para instituições de ensino superior, públicas ou privadas sem fins lucrativos, e Secretarias Municipais de Saúde e/ou Secretarias Estaduais de Saúde de todas as regiões do país, selecionadas por meio de editais publicados pelo Ministério da Saúde. Aproximando docentes dos cursos de graduação envolvidos na atenção básica/primária e estimulando a articulação entre academia, serviço e comunidade, a iniciativa do PET inseriu uma nova perspectiva sobre o funcionamento do SUS. Em 2013, foi lançado o PET Redes, que estimula a reflexão e ação interprofissional no âmbito das Redes de Atenção à Saúde. Com a implementação desse programa, buscou-se qualificar as ações e serviços oferecidos na saúde pública.

Redes de Atenção à Saúde são os arranjos organizativos de ações e serviços que gerenciam técnica, logística e gestão visando à garantia da integralidade do cuidado.

Uma rede de atenção é eficaz quando, independente de onde o usuário esteja no percurso, ele esteja coberto por serviços de saúde eficientes e articulados. Lidar com modelos de atenção à saúde fragmentados e que atuam de forma isolada não favorece a efetividade do sistema de saúde.

Os serviços identificam sua população e necessidades a partir da lógica da territorialização. Portanto, a articulação intersetorial varia de acordo com cada rede, que contará com pontos de referências diferentes, conforme o local onde estão inseridas. As maiores contribuições do PET-REDES vêm da abertura para

o debate com os trabalhadores, já que o programa não tem como proposta a intervenção direta com o usuário, mas a capacitação e a qualificação das redes já existentes em cada território. A problematização da rede na qual cada grupo irá se inserir abordará os recursos e as relações que se estabelecem entre equipe e cada comunidade atendida.

No PET – Saúde Indígena de Porto Alegre, parceria entre a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e a SMS, estão contemplados nove cursos da saúde: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social. Os estudantes estão inseridos em alguns dos equipamentos que realizam a gestão ou o atendimento à saúde dos povos indígenas de Porto Alegre, na SESAI e na SMS.



Rodas de conversa como estratégia de educação em saúde
Foto: Banco de imagens PMPA

Na SMS os campos de inserção foram: Área Técnica de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas, Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro, Gerência Distrital Leste/Nordeste, Hospital São Lucas da PUCRS, Unidade de Pronto Atendimento da Lomba do Pinheiro, Unidade de Saúde da Família Safira Nova, Unidade de Saúde da Família Jardim Protásio Alves e Unidade de Saúde Indígena de Porto Alegre.

Esse programa foi reconhecido como um novo ator para se pensar saúde indígena no município. Dentre suas contribuições, destacam-se o mapeamento da rede de atenção e de equipamentos utilizados por estes povos no acesso a saúde em Porto Alegre, o aumento da visibilidade dos desafios presentes à saúde

nesse contexto e o compromisso com a formação de profissionais mais atentos à saúde integral e com olhar para a atenção diferenciada.

Além de se apresentar como um novo ator a reconhecer a rede de cuidado a saúde Indígena do município e lançar outros olhares para esse cuidado, o PET também contribuiu com a rede e em seus pontos de inserção:

- Rodas de conversa articuladas e pensadas coletivamente entre bolsistas, técnicos de saúde e comunidades indígenas (Experiência integradora e comprometida com a horizontalidade vivenciada pela inserção na Gerencia Distrital Leste/Nordeste e USF Vila Safira);

- Apresentação de trabalhos acadêmicos e científicos, buscando compartilhar e dar visibilidade à experiência na rede de atenção à saúde indígena de Porto Alegre;

- Oficinas e rodas de conversa de sensibilização na universidade para o cuidado da saúde dos indígenas presentes na cidade (pautando temáticas como alimentação tradicional, as distintas concepções dos processos saúde-doença e sua relação com a espiritualidade);

- Construção de uma mostra itinerante de sensibilização visual, com o objetivo de trabalhar o “olhar diferenciado da saúde indígena”, entre outras ações que foram executadas na parceria entre a SMS e os bolsistas acadêmicos do PET - Saúde Indígena, assim como a própria construção deste boletim.

O projeto chegou ao fim reafirmando seu compromisso em contribuir não somente com o olhar crítico, mas principalmente com a capacitação para a construção de um SUS efetivamente humanizado, integralizado e, finalmente, alicerçado nos seus princípios com o foco na equidade em saúde.

Outros registros do trabalho do PET Saúde:



Protagonismo das mulheres kaingang na Oficina de sensibilização do PET
Foto: Banco de imagens PMPA



Protagonismo do Cacique Mbyá Guarani, José Cirilo Morinico, em Oficina de sensibilização do PET - Foto: Banco de imagens PMPA



Oficina de Sensibilização no Hospital São Lucas
Foto: Banco de imagens PMPA

Quantificando a população indígena nas doenças transmissíveis de notificação compulsória de Porto Alegre no período 2007-2014

Lisiane Morelia Weide Acosta
Enfermeira da EVDT/CGVS

Os Sistemas de Informação de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) como o SINAN – Sistema Nacional dos Agravos de Notificação possuem em seus questionários de investigação a variável raça/cor. A inclusão desta variável, além do seu quesito legal, traz a possibilidade de uma real análise de equidade em saúde, um dos grandes preceitos do SUS, em relação a diferentes raças/etnias que compõem a população.

Buscando ter um panorama dos mesmos em relação à população indígena, a tabela abaixo mostra o total de casos confirmados das doenças ou agravos transmissíveis de notificação compulsória diagnosticados no período de 2007 a 2014 de residentes em Porto Alegre e seu percentual, destacando em vermelho a presença da raça/cor indígena.

Por Porto Alegre possuir uma população indígena pequena foi feita a série histórica de oito anos objetivando minimizar a variabilidade dos pequenos números.

Tabela 1 – Distribuição de doenças/agravos transmissíveis de notificação compulsória confirmados que constam no SINAN - Sistema de Informação dos Agravos de Notificação de Porto Alegre, diagnosticados no ano de 2007 a 2014, em relação a variável raça/cor.

Agravos	Branca		Preta/Parda		Indígena		Amarela e Ignorado		Total de Casos n(100%)
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Acidentes com animais peçonhentos	149	68,35	24	11,01	0	0	45	20,64	218
Aids									
> 13 anos	9.249	66,57	4.080	29,37	28	0,20	515	3,71	13.893
< 13 anos	120	55,30	96	44,24	0	0	1	0,16	217
Atendimento antirrábico	22.619	56,09	5.008	12,42	61	0,15	12.637	31,34	40.325
Botulismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Carbunculo ou Antraz	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caxumba	141	44,48	52	16,40	0	0	124	39,12	317
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	363	77,73	74	15,85	0	0	30	6,42	467
Dengue	447	87,65	44	8,63	0	0	19	3,73	510
Autóctone Porto Alegre	157	81,77	27	14,06	0	0	8	4,17	192
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Doença de Chagas (casos agudos)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Doença de Creutzfeld-Jacob	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Doença Exantemática									
Rubéola	911	83,81	79	7,27	5	0,46	91	8,37	1.087
Sarampo	8	100	0	0	0	0	0	0	8
Esquistossomose	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Febre Amarela	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Febre do Nilo Ocidental	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Febre Maculosa	1	100	0	0	0	0	0	0	1
Febre Tifóide	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gestantes HIV + e Criança Exposta	1.660	54,68	1.223	40,28	6	0,20	147	4,84	3.036
Hanseníase	76	66,67	37	32,46	0	0	1	0,88	114
Hantavirose	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatites Virais									
Hepatite A	493	69,83	119	16,86	5	0,71	89	12,61	706
Hepatite B	1.201	72,74	243	14,72	5	0,30	202	12,24	1.651
Hepatite C	6.253	69,87	1.966	21,97	16	0,18	715	7,99	8.950
Hepatite B+C	52	75,36	14	20,29	0	0	3	4,35	69
Hepatite A/B ou A/C	9	81,82	1	9,09	0	0	1	9,09	11
Influenza A(H1N1) e/ou SRAG	515	79,81	80	12,29	2	0,31	54	8,29	651
Leishmaniose Tegumentar Americana	13	76,47	4	23,53	0	0	0	0	17
Leishmaniose Visceral **	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leptospirose	252	72,41	72	20,69	0	0	24	6,90	348
Malaria**	19	79,17	1	4,17	0	0	4	16,67	24
Meningites									
Doença meningocócica	104	75,36	28	20,29	1	0,72	5	3,62	138
M. bacteriana	280	74,47	77	20,48	0	0	19	5,05	376
M. outras etiologias	200	72,99	59	21,53	1	0,36	14	5,11	274
M. haemophilus	7	70,00	2	20,00	0	0	1	10,00	10
M. não especificada	353	76,57	63	13,67	2	0,43	43	9,33	461
M. pneumococo	111	72,55	31	20,26	1	0,65	10	6,54	153
M. tuberculosa	107	66,05	44	27,16	0	0	11	6,79	162
M. viral	1.013	75,77	168	12,57	3	0,22	153	11,44	1.337
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Poliomielite/Paralisia Flácida Aguda	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Raiva Humana	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis Congênita	1.005	50,40	640	32,10	2	0,10	347	17,40	1.994
Sífilis em Gestante	675	48,60	457	32,90	4	0,29	253	18,21	1389
Síndrome da Rubéola Congênita	2	66,67	1	33,33	0	0	0	0	3
Tétano Acidental	11	61,11	6	33,33	0	0	1	5,56	18
Tétano Neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculose(todas as formas clínicas)	10.081	62,79	5777	35,98	46	0,29	150	0,93	16.054
Casos									
Novos	7.857	65,75	3922	32,82	40	0,33	141	1,18	11.949
Tularemia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Varicela	12.255	60,51	4.100	20,24	22	0,11	3.875	19,13	20.252
Variola	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	78.254	61,75	28.539	22,52	248	0,20	19.679	15,53	126.731

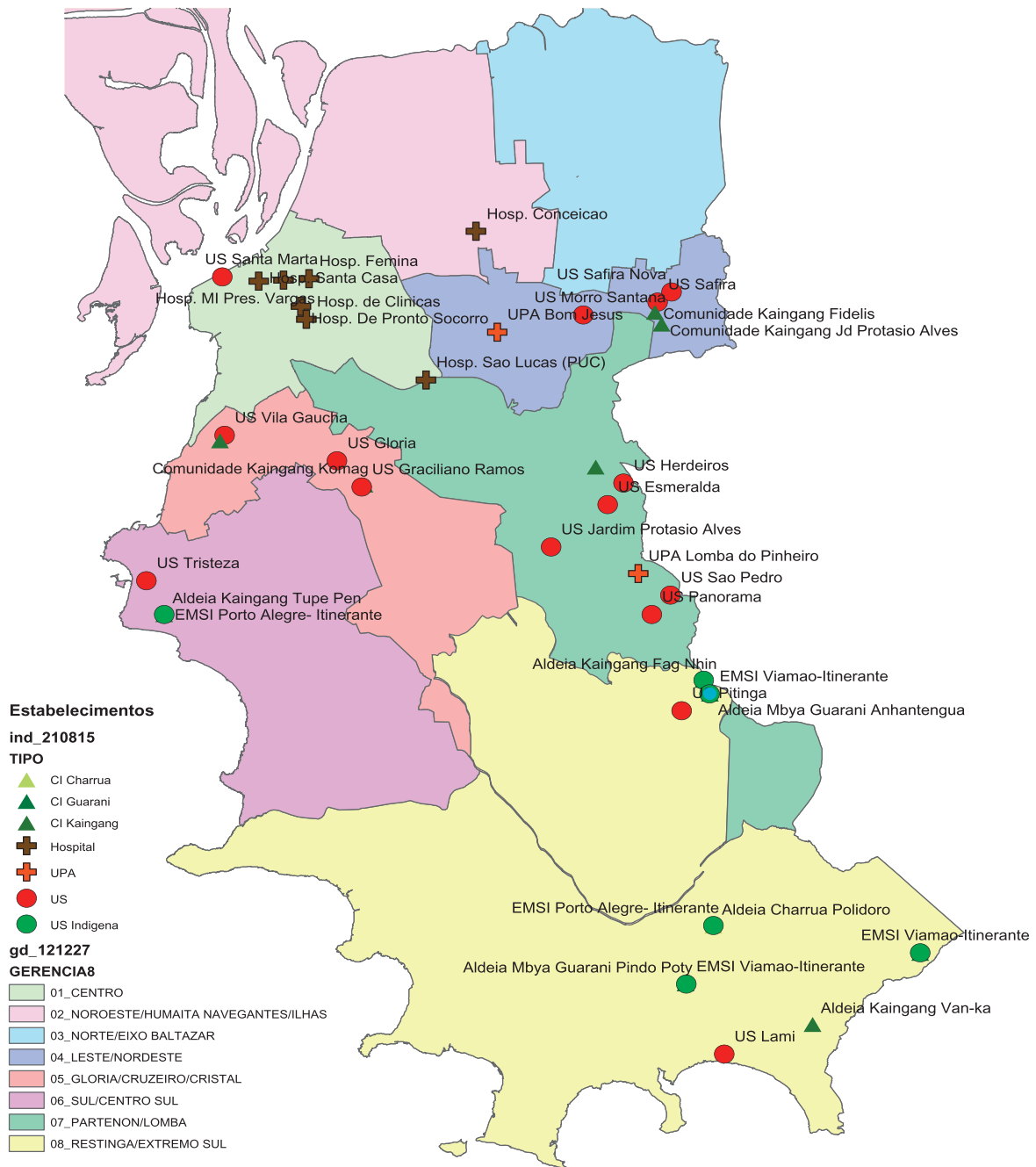
* dados sujeitos a revisão (dados coletados em 25/06/2015)

**casos confirmados importados

Observa-se na Tabela 1 que a raça/cor indígena não está presente em todos os agravos, mas se destacam nos agravos como tuberculose, aids, sífilis em gestante, hepatites virais, gestante HIV+, agravos que possuem relação intrínseca com os determinantes sociais em saúde.

Os casos em indígenas de rubéola e influenza/SRAG ocorreram somente no período da epidemia, respectivamente 2007 e 2009, o que é esperado. No atendimento antirrábico, a relação pode ser mais ambiental/comportamental, o que precisa de um olhar mais aprofundado. Contudo, há ainda um percentual grande de casos com raça/cor ignorado, o que pode comprometer uma análise mais aprofundada em relação a essa variável. Reforça-se que a mesma deve ser autodeclarada e não imputada pelo profissional que esta notificando o caso.

Mapa da Atenção à Saúde Indígena em Porto Alegre



EXPEDIENTE

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
Fernando Ritter

COORDENADOR DA COORDENADORIA GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Anderson Araújo Lima

CHEFE DA EQUIPE DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
Benjamin Roitman

EQUIPE DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
Adelaide K. Pustai, Ana Salete de G. Munhoz, Andréia R. Escobar,
Benjamin Roitman, Ceura B. C. Souza, Elisângela da S. Nunes,
Fabiane Saldanha B Demenghe, Isete M. Stella, Laís H. Lanzotti,
Leticia P. Muller, Lisiane M. W. Acosta, Marcelo Rodrigues, Márcia C. Sant'anna,
Mária da Graça S. De Bastos, Maria de Fátima P. de Bem,
Marilene R. Mello, Maristela Fiorini, Maristela L. de Aquino, Melissa S. Pires,
Olino Ferreira, Patrícia C. Wiederkehr, Patrícia Z. Lopes, Raquel C. Barcella,
Rosane S. Gralha, Roselaine C. da Silva, Sandra R. da Silva,
Simone Sá B. Garcia, Sonia Eloísa O. Freitas, Sonia R. Coradini,
Sonia V. Thiesen, Vera L. Ricaldi

JORNALISTA RESPONSÁVEL
Patrícia Costa Coelho de Souza MTb 5691 DRT-RS



TIRAGEM: 2.000 Exemplares
Periodicidade trimestral. Sugestões e colaborações podem ser enviadas para:
Av. Padre Cacique nº 372
Bairro Menino Deus - Porto Alegre - RS
PABX: (51) 3289.2400
E-mail: epidemiologia@sms.prefpoa.com.br
Esta publicação encontra-se disponível no endereço eletrônico:
www.portoalegre.rs.gov.br/sms no formato PDF



Prefeitura de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde

Editoração e Impressão:
Gráfica Erechim Ltda
BR 153 - Km 52, 430 - Frinape
Erechim/RS - CEP: 99700-000
Fone: (54) 3519 - 4886