



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena

ANEXO IV

RELATÓRIO SITUACIONAL DO DSEI CEARÁ

1. HISTÓRICO

1.1. Breve histórico sobre a população indígena do estado do Ceará.

Na historiografia oficial do Ceará, a presença indígena se constitui num emaranhado de complexidades e contradições, que são reproduzidas em diversos espaços e instrumentos ainda nos dias atuais. De acordo com Relatório Provincial, apresentado à Assembleia Legislativa Provincial do Ceará pelo excelentíssimo senhor Dr. José Bento da Cunha Figueiredo Junior, por ocasião da instalação da mesma Assembleia no dia 1º de outubro de 1862 e publicado no ano seguinte (1863), dava como extinta a população de índios silvícolas no Ceará. Observa-se uma significativa presença indígena no Ceará pré-colonial, conforme imagem abaixo:

Famílias lingüísticas	Grupos
Tupi	Tapes Tupiniquins Tupinambás: Tabajaras e Potiguaras
Cariri	Arius: Arius, Garius, Urius Cariris Cariuanes Caratiús Coremas (Curemas) Inhamuns Isus
Tarairiú (Tapuia)	Canindés Paiaçus (Baicus, Pacajus) Panatis Jenipapos Aperius Arariús (Irarijus, Areurus, Rerius) Camaçus Janduins (Nhanduis, Txocaianas) Jacós Jenipaboaçus (jenipapoaçus) Quitarius Quixelós Quixerarius Tocarins (Tusurijus)
Tremembé	
Jê (Je, Ze)	Aruás

Fonte: STUART FILHO, 1965. Os Aborígenes do Ceará. R. do Instituto do Ceará. Fortaleza.

O que atualmente podemos extrair do Relatório Provincial citado, que dava como extinta população indígena no Ceará, ocorrendo 12 anos após a aprovação da Leide Terras (1850), tinha como pano de fundo, negligenciar ao império presença significativa da população indígena, já que se essas informações fossem registradas, teriam obrigatoriamente de buscar soluções para a garantia de direitos dessas etnias. Portanto, omitir a presença indígena nessa região estaria o relatório investido como uma espécie de aval para o povoamento das diversas regiões no Ceará. A instalação dos chamados Aldeamentos de Índios era o espaço onde essas imposições eram efetivadas.

Atividades desenvolvidas pelos jesuítas no Ceará.

Ano	Atividade
1607 – 1608	período precursor, de catequese transitória, inaugurada pelos padres Francisco Pinto e Luis Filgueira.
1656 – 1662	fundação da Missão de Ibiapaba, por ordem de padre Vieira, pelos padres Pedro Pedrosa, Antonio Ribeiro e Gonçalo de Veras.
1662 – 1671	ação entre Ibiapaba, Camocim, Fortaleza e Parangaba.
1691 – 1759	retomada definitiva da Ibiapaba, pelo padre Ascenso Gago de Manuel Pedrosa.
1723 – 1759	fundação do Real Hospício do Ceará, pelo padre João Guedes.
1741 – 1759	administração dos aldeamentos de Parangaba, Paupina, Paiacus e Caucaia.

Fonte: SERAFIM LEITE, S. I. *História da Companhia de Jesus*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1943.

Considerando a diversidade no patrimônio cultural, espiritual, social e político das comunidades indígenas que persiste até os dias de hoje, a maioria dos aldeamentos constituídos na época, não lograram êxito. A maioria foi extinta, com a expulsão dos jesuítas. Muitos desses aldeamentos foram elevados a Vila de Índios que acabaram, posteriormente, dando origem a importantes municípios do nosso estado. A dispersão da criação de Vilas de Índios no Ceará está descrita abaixo:

Criação das Vilas de Índios:

- **Vila Viçosa Real** anteriormente **Ibiapaba**, orago N. S. de Assunção, vigário Pe. Luiz do Rego Barros com dois coadjutores, por ser populosa, diretor o sargento-mor Diogo Roriz Correa, mestre o soldado Albano da Silva, marca pertencente a dita vila para distinção dos gados dos seus moradores.
- **Vila de Soure** anteriormente **aldeia da Caucaia**, orago N. S. dos Prazeres, vigário Pe. Antonio Carvalho da Silva, com seu coadjutor, diretor o sargento José Pereira da Costa, mestre o soldado José Cruz, marca pertencente a dita vila para distinção dos gados dos seus moradores.
- **Vila nova de Arronches**, anteriormente **aldeia da Parangaba**, orago o Sr. Bom Jesus, vigário o Pe. Antonio Coelho dos Amarais, diretor o sargento Manuel de Oliveira, mestre o soldado José Vieira de Melo, marca pertencente a dita vila para distinção dos gados dos seus moradores.
- **Vila de Mecejana**, anteriormente **aldeia de Paupina**, orago N. Sra. da Conceição, vigário Pe. Manoel Pegado de Siqueira, diretor o sargento João Caetano Moniz, mestre o soldado Elias de Souza, marca pertencente a dita vila para distinção dos gados de seus moradores.
- **Vila de Monte-mor o novo da América**, anteriormente **aldeia do Palacú**, orago N. Sra. da Conceição, vigário o Pe. Antonio Perez Cardena, com seu coadjutor, diretor o sargento Joaquim Pereira de Mello, mestre o soldado Ignácio da Assunção, marca pertencente a dita vila para distinção dos gados de seus moradores. (AHU, caixa do Ceará nº 6, 1759).

No início do ano de 2012, período em que foi aprovado o Plano Distrital, o Ceará contava com apenas 13 povos indígenas distribuídos em 18 municípios do estado com uma população com pouco mais de 17 mil indígenas.

O meio de sustento dos indígenas da região metropolitana, com mão-de-obra de baixa qualificação lhes compete ao trabalho em fábricas e na construção civil, mas também vivem da caça, pesca e artesanato para ajudar no sustento da família. Os povos do litoral concentram suas atividades voltadas para pesca e coleta de crustáceos. Já os índios das serras e do sertão concentram suas atividades na agricultura, cultivando a terra e criação de animais.

Os aldeamentos indígenas mais populosos localizam-se, em sua maior parte, nas periferias da região metropolitana de Fortaleza, o que os torna mais vulneráveis, dada a multicausalidade dos agravos e doenças e a especificidade da atenção enquanto população indígena, fato observado pela crescente ascendência da ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, além dos idosos, concomitante às doenças infecciosas e parasitárias, tais como drogas, suicídio, alcoolismo, prostituição e outras violências, conforme já citado por Brensan, Bastos e Leite (2015), não se distancia da realidade dos municípios onde residem, com relação aos agravos na saúde.

Apenas a Etnia Tremembé detém área homologada Corego João Pereira. Os demais povos indígenas vivem em lutas constantes pela demarcação de suas terras.

Foi neste contexto de reivindicações étnicas associadas ao movimento sanitarista por todo o país, corroborado pelas expectativas de Conferências Nacionais de Saúde Indígena, indicadas por Conferências Nacionais, é que foi criado o DSEI-CE, em 1999, assim como mais 33 Distritos Sanitários Especiais Indígenas em todo o país, através do Decreto 3156, de 27/08/1999, baseado na Constituição Federal de 1988. No mesmo ano, foi promulgada a Lei 9.836, conhecida como Lei Arouca, fazendo alusão ao médico sanitarista Dr. Sérgio Arouca, que encaminhou a proposta, indicada por outra médica sanitarista, Dra. Zilda Arns que, respeitando o indígena enquanto cidadão e acrescentou o Capítulo V, na Lei Sanitarista Brasileira 8.080, de 1990, e instituiu o Sub Sistema de Saúde Indígena no Sistema Único de Saúde-SUS (SASISUS), com propósito principal de promover a equidade no sistema oficial para aquela população:

"Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional." (Lei 9836, 1999).

Na ocasião, a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA passou a ser o órgão sanitarista indigenista, uma vez que a mesma já vinha promovendo ações de promoção à saúde indígena, conforme Decreto 23, de 1991, enquanto a Fundação Nacional do Índio - FUNAI respondia pela assistência à saúde indígena desde o ano de sua criação em 1967 até então. Durante dez anos, a FUNASA tratou da atenção específica à população indígena, com algumas iniciativas com vistas a avançar na etnomedicina indígena, almejada desde a I Conferência Nacional de Saúde das Populações Indígenas (I Conferência Nacional de Saúde das Populações Indígenas, 1986), através de projetos tais como o Projeto VIGISUS-Vigilância do SUS, que apontaram alguns caminhos para o desenvolvimento das práticas biomédicas congruentes aos conhecimentos tradicionais.

No caso do Ceará, o DSEI foi ancorado na então Divisão de Epidemiologia- DIVEP, da Fundação Nacional de Saúde, onde foram capitaneados profissionais para composição da Equipe de Saúde Indígena-ESAI, que passou a se organizar na promoção da saúde indígena e, posteriormente, na assistência à saúde, iniciando pelos Tremembé, em Itarema, que, depois, expandiu-se para Acaraú e pelos Tapeba, em Caucaia, seguida pelos Jenipapo-Kanindé, em Aquiraz, e, depois, pelos Pitaguary, em Pacatuba e Maracanaú, perfazendo 4 (quatro) Povos Indígenas até 2009.

No ano 2010, a saúde indígena passa para execução direta no Ministério da Saúde-MS, na, então, criada Secretaria Especial de Saúde Indígena-SESAI, mantendo o modelo de organização distrital, pautado na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI, com 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas-DSEI em todo o país, transferidos da FUNASA. Na ocasião, foram incluídos mais 8 Povos Indígenas, quais sejam, os Potyguara, em Monsenhor Tabosa e Crateús, os Kanindé, de Aratuba e Canindé, os Tabajara e os Tubiba-Tapuaia, em Monsenhor Tabosa, sendo os Tabajara também em Crateús e Poranga; bem como

os Anacé, em Caucaia, os Kariri, em Crateús, os Tapuia-Kariri, em São Benedito e os Kalabaça em Poranga e Crateús.

Posteriormente, foram incluídos mais 2 Povos, os Gavião, em Monsenhor Tabosa e os Tupinambá, em Crateús, estando hoje com 14 Povos Indígenas cearenses.

A SESAI surgiu a partir da necessidade de reformulação da gestão da saúde indígena no país; despontou com o potencial de inserção da população indígena no SUS, através das oportunização das mais diversas políticas das demais secretarias no que coubesse, de modo a garantir a especificidade de cada povo.

Segundo a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI, criada pela Portaria GM 254, em 2012, o Distrito Sanitário é a unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS). Trata-se de um modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado –, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com o Controle Social; a ele cabe a execução, o fazer acontecer, a articulação das demais políticas sanitárias em seu território, sendo o maior desafio atuar de modo equitativo nas mais diversas situações de território, onde se encontram os Povos Indígenas cearenses, em articulação com as esferas municipais e estadual.

Neste sentido, e considerando o tempo de contato, as perdas de territórios tradicionais e os atritos com a população nacional, são diversos e difusos os fatores que influenciam e determinam as condições de vida, terra e, conseqüentemente, de saúde dos povos indígenas cearenses, conforme a região.

1.2. Breve histórico sobre a construção e consolidação do Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará.

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) é a área do Ministério da Saúde, responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o território nacional. Seu surgimento originou-se da necessidade de reformulação da gestão da saúde indígena no país, demanda essa reivindicada pelos próprios indígenas durante as Conferências Nacionais de Saúde Indígena.

Sua principal missão está relacionada ao exercício da gestão da saúde indígena, no sentido de proteger, promover e recuperar a saúde dos povos indígenas, bem como orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI).

O atual modelo de organização dos serviços de saúde para as áreas indígenas, na concepção de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), nasceu no âmbito das Conferências Nacionais de Saúde, no início da década 1990, no bojo do movimento da Reforma Sanitária. Os mesmos contemplam as características peculiares de cada área indígena e foram concebidos dentro de um processo de discussão que envolveu vários atores sociais, tais como organizações indígenas, profissionais de saúde, ONGs, universidades e órgãos federais como a FUNASA e a FUNAI (Ministério da Saúde- SESAI 2012).

Foi neste contexto de reivindicações étnicas associadas ao movimento sanitarista por todo o país, que o DSEI-CE foi criado em 1999, assim como os demais 33 distritos sanitários, através do Decreto 3156, de 27/08/1999, baseado na Constituição Federal de 1988. A eles competem o planejamento, a coordenação, a supervisão, o monitoramento, a avaliação e

execução das atividades do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no SUS (SASISUS), nas suas áreas de atuação, observadas as práticas de saúde e as medicinas tradicionais; atuam também no desenvolvimento das atividades de execução orçamentária, financeira e contábil relativas aos créditos sob a gestão específica de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (MS, 2012).

No caso do Ceará, o DSEI foi ancorado na então Divisão de Epidemiologia - DIVEP, da Fundação Nacional de Saúde, onde foram recrutados profissionais para composição da Equipe de Saúde Indígena-ESAI, que passou a se organizar na promoção da saúde indígena e, posteriormente, na assistência à saúde, iniciando pelos Tremembé, em Itarema que depois se expandiu para Acaraú e pelos Tapeba, em Caucaia, seguida pelos Jenipapo-Kanindé, em Aquiraz, e depois pelos Pitaguary, em Pacatuba e Maracanaú, perfazendo 4 (quatro) Povos Indígenas até 2009 (Relatório de Gestão, DSEI- Ce, 2016).

O DSEI/CE organiza uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do Sistema Único de Saúde. Para a execução das ações nos territórios indígenas junto às comunidades, conta-se com os Polos Base, que são a primeira referência para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena-EMSI que atuam nas aldeias, sendo que os Polos Base do DSEI/CE são todos do Tipo I, que são estabelecimentos de saúde localizados nas aldeias, destinado à administração e organização dos serviços de atenção à saúde indígena e saneamento, bem como à execução direta desses serviços em área de abrangência do Polo Base.

Hoje, existem 24 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), compostas por Médico, Enfermeiro, Dentista, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Saúde Bucal-ASB, Agente Indígena de Saúde-AIS e Agente Indígena de Saneamento-AISAN, com atribuições semelhantes às Equipes da Estratégia de Saúde da Família-ESF, mas com a missão específica de atuar em contexto culturalmente diferenciado das aldeias indígenas, sob a retaguarda do Núcleo Ampliado de Saúde Indígena (NASI) e de 01 Casa de Apoio à Saúde Indígena-CASAI que está integrada à rede hierarquizada com complexidade crescente, articulada com a rede do SUS municipal e estadual, garantindo dessa forma o acesso à atenção especializada a partir dos cuidados primários executados nas aldeias (Polos base e Unidades Básicas de Saúde Indígena) e com controle social, por intermédio dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde (PDSI, 2020/2023).

Como principais produtos decorrentes do processo de trabalho do DSEI, orientados pelo Plano Distrital de Saúde Indígena, na Atenção Primária/Básica e Saneamento, realizados pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena – EMSI e demais trabalhadores do DSEI e CASAI, destacam-se: ações de prevenção de doenças (por exemplo, vacinação), cuidados de saúde dirigidos a segmentos populacionais específicos, tais como o grupo materno-infantil e os idosos; o monitoramento das condições de alimentação e nutrição, bem como da saúde dos ambientes, educação em saúde, acompanhamento das doenças crônicas, monitoramento da situação endêmica, conhecendo e controlando o território e as características específicas que podem interferir no processo saúde/doença, com estratégias para a prevenção de doenças e valorização dos saberes tradicionais dos povos daquele território, remoções de emergência e outros serviços que contribuam para o bem-estar da população, estando os grupos de ações a seguir: Vigilância do óbito; Vigilância epidemiológica; Vigilância ambiental em saúde; Saúde das Crianças; Saúde das Mulheres; Gestaçã, parto e puerpério; Vigilância Alimentar e Nutricional; Saúde Bucal; Saúde Mental; Saúde sexual e reprodutiva; Imunização; Medicina Tradicional e valorização dos saberes e das práticas indígenas; Protagonismo indígena; Educação em saúde; PSE; Doenças e agravos monitorados nacionalmente (Tuberculose, Doenças transmitidas por vetores, Doenças em eliminação, etc.); Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT); Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/Aids, Sífilis e Hepatites Virais; Demais doenças e agravos de relevância no território, ações educativas, visitas domiciliar; as atividades realizadas na CASAI de acolhimento dos pacientes e de seus acompanhantes, articulação da rede de referência com

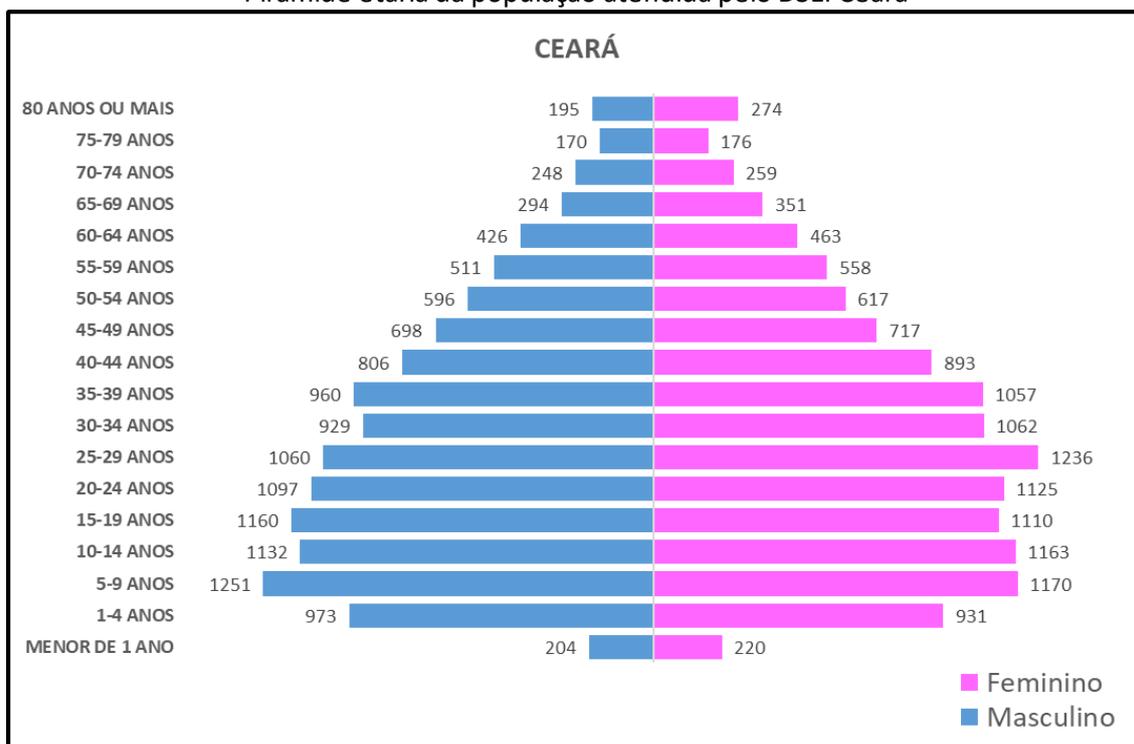
acompanhamento, agendamento e a realização de consultas, exames e internações; as ações de saneamento ambiental e edificações, a contratação de prestadores de serviços para a realização de ações de controle da qualidade da água para consumo humano e de hidrogeologia nos sistemas de abastecimento de água das aldeias indígenas; e as atividades inerentes à gestão administrativa dos DSEI, tais como a execução orçamentária e financeira do DSEI, a elaboração do planejamento logístico, a realizações de licitações, distribuição, armazenagem e o controle de materiais de consumo e medicamentos, o acompanhamento e a execução de contratos e acordos firmados (articulação Interfederativa), a execução e acompanhamento das atividades relativas à administração de pessoal e desenvolvimento dos trabalhadores lotados na Sede do DSEI, CASAI e Polos Base.

O DSEI/CE está com sua sede em Fortaleza, situada à Av. Pontes Vieira, 832, ANEXO - São João do Tauape, Fortaleza - CE, 60130-240.

2. DADOS DEMOGRAFICOS

O DSEI Ceará atende a uma população distribuída em **105 aldeias**.

Pirâmide etária da população atendida pelo DSEI Ceará



Fonte: SIASI

Atendimentos realizados pelas equipes do DSEI Ceará

ATENDIMENTOS	TOTAL
Atendimentos de Médicos (as)	37.787
Atendimentos de Enfermeiros (as)	84.321
Atendimentos de Odontólogos (as)	21.769
Atendimentos de Técnicos/Auxiliares de Enfermagem	171.960
Atendimentos de Técnicos/Auxiliares de Saúde Bucal	23.362

Atendimentos de Nutricionistas	2.067
Atendimentos de Psicólogos (as)	781
Atendimentos de Assistentes Sociais	3.094
Atendimentos de Agente Indígena de Saúde	151.746
TOTAL	496.887

Fonte: SIASI

3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) do Ceará é composto por nove polos-base, abrangendo uma população de 26.092 pessoas, segundo os dados inseridos no Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena - SIASI, em 2022.

São apresentadas abaixo morbidades que acometem a população indígena, de importância para a saúde pública e agrupamentos por causas de óbitos. Ressalta-se que os dados analisados para a elaboração do perfil epidemiológico compreendem o período de 2018 a 2022 e que os dados relativos aos anos de 2020 a 2022 ainda são preliminares, devido ao processo de qualificação das bases de dados no sistema.

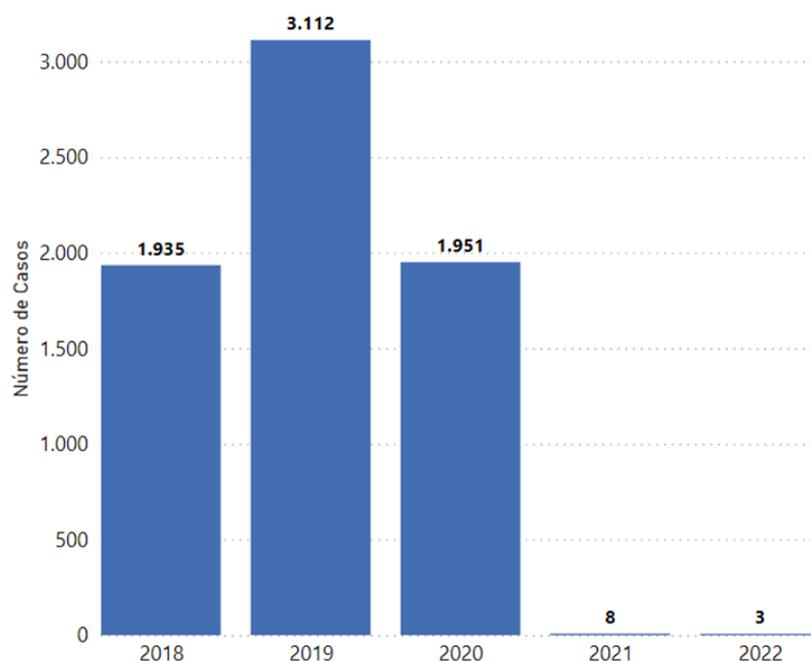
3.1. Morbidade

Em relação às morbidades, priorizou-se para essa análise algumas das principais doenças e agravos que ocorrem no território:

a) Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave

Considerado os casos acumulados de 2018 a 2022, foram notificados 7.009 casos de Síndrome Gripal (SG), sendo 2019 o ano com maior número de casos (3.112). Destacam-se ainda os reduzidos números de notificações nos anos de 2021 e 2022, podendo estar relacionados a subnotificações de casos.

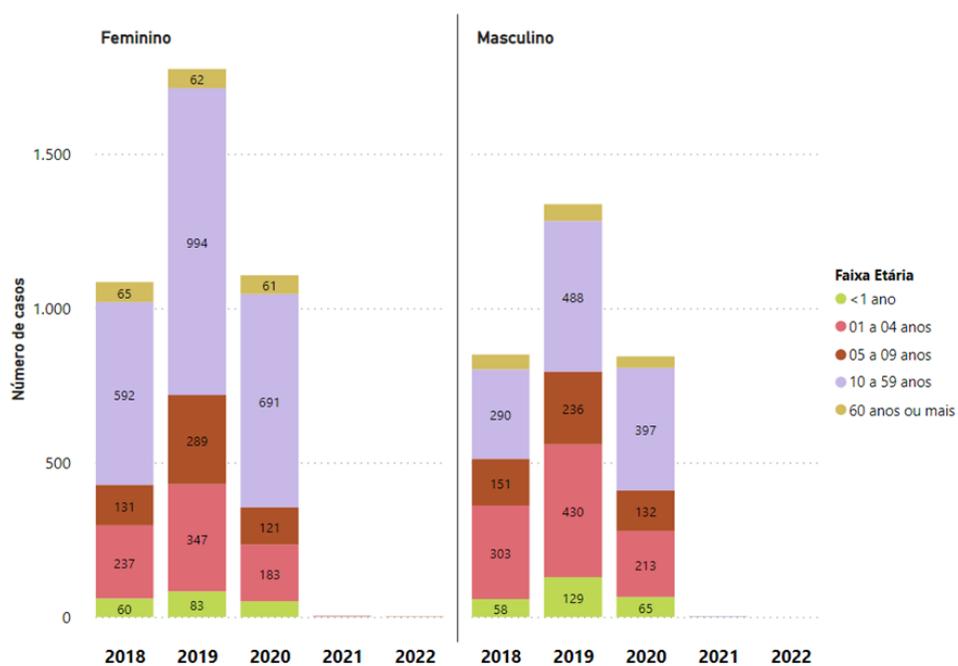
Casos de Síndrome Gripal segundo ano de atendimento. DSEI Ceará, 2018 a 2022



Fonte: SIASI

No geral, os casos mais frequentes ocorreram em indígenas do sexo feminino e faixa etária de 10 a 59 anos.

Casos de Síndrome Gripal segundo sexo, faixa etária e ano de atendimento. DSEI Ceará, 2018 a 2022



Fonte: SIASI

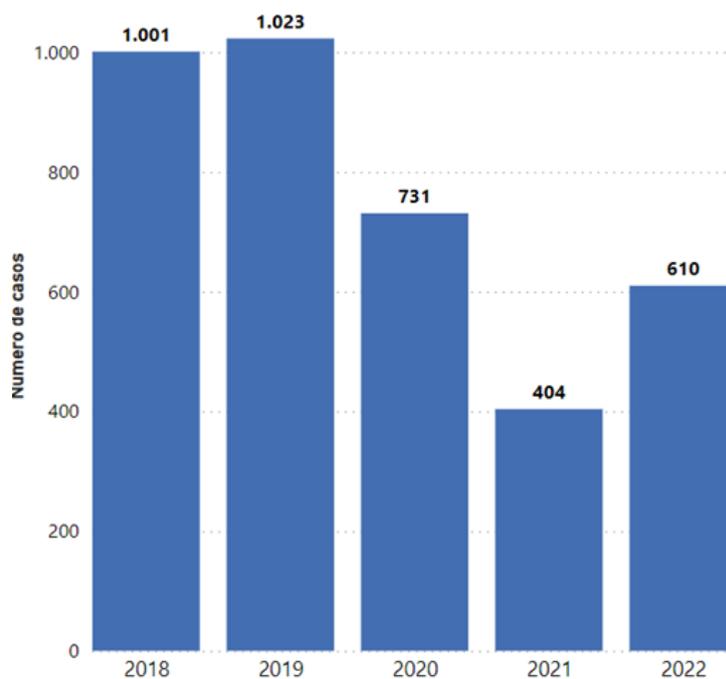
b) Síndrome Respiratória Aguda Grave

Na série histórica de 2018 a 2022 não foram identificados casos de SRAG registrados no sistema de informação referente ao DSEI Ceará.

c) Doenças Diarreicas Agudas

A distribuição de casos de doenças diarreicas agudas por ano evidencia a redução da quantidade de notificações entre os anos de 2018 e 2021, sendo o maior registro de casos no ano de 2019 (1.023 casos).

Casos de doenças diarreicas agudas, por ano, DSEI Ceará, 2018 a 2022



Fonte: SIASI

Acerca da distribuição dos casos por faixa etária, a de 1 a 4 anos apresentou redução de casos até 2021, com aumento de casos em 2022. Ressalta-se que em 2022 foi registrado aumento de casos em todas as faixas etárias.

Casos de doenças diarreicas agudas, por faixa etária, DSEI Ceará, 2018 a 2022

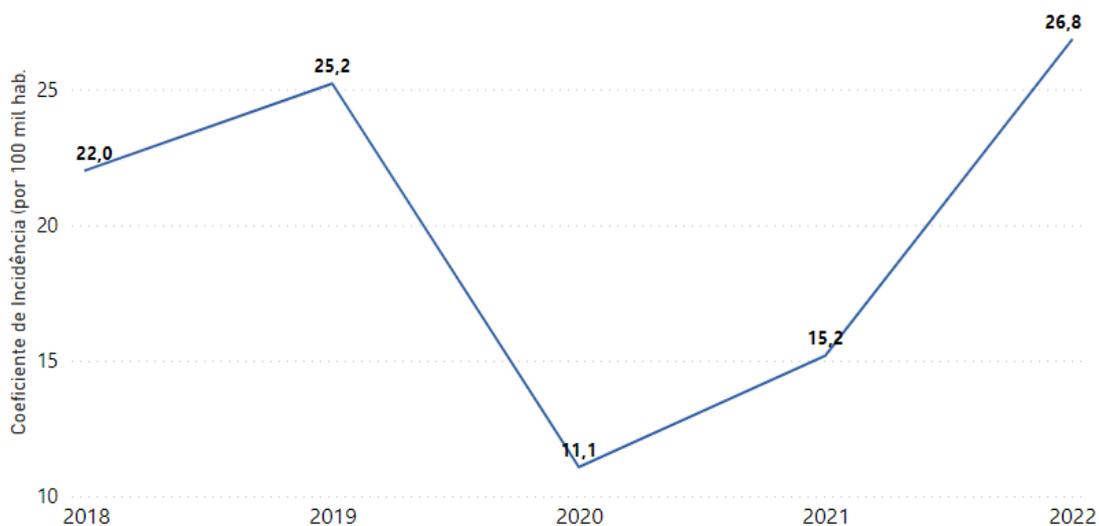
Ano	< 1 Ano	01 A 04 Anos	05 A 09 Anos	10 Anos ou mais	Ignorada	Total_casos
2018	76	304	94	521	6	1.001
2019	102	343	111	463	4	1.023
2020	47	160	65	459	0	731
2021	26	113	38	227	0	404
2022	63	159	51	337	0	610
Total	314	1.079	359	2.007	10	3.769

Fonte: SIASI

d) Tuberculose:

No Dsei Ceará, entre 2018 e 2022, foram notificados 27 casos de Tuberculose. O ano de 2022 apresentou o maior coeficiente de incidência e 27 casos a cada 100 mil habitantes. Com relação as faixas etárias, a maior ocorrência foi no grupo de 10 a 49 anos, com 21 casos (78%) e o sexo mais acometido foi o feminino (n=15/55,6%).

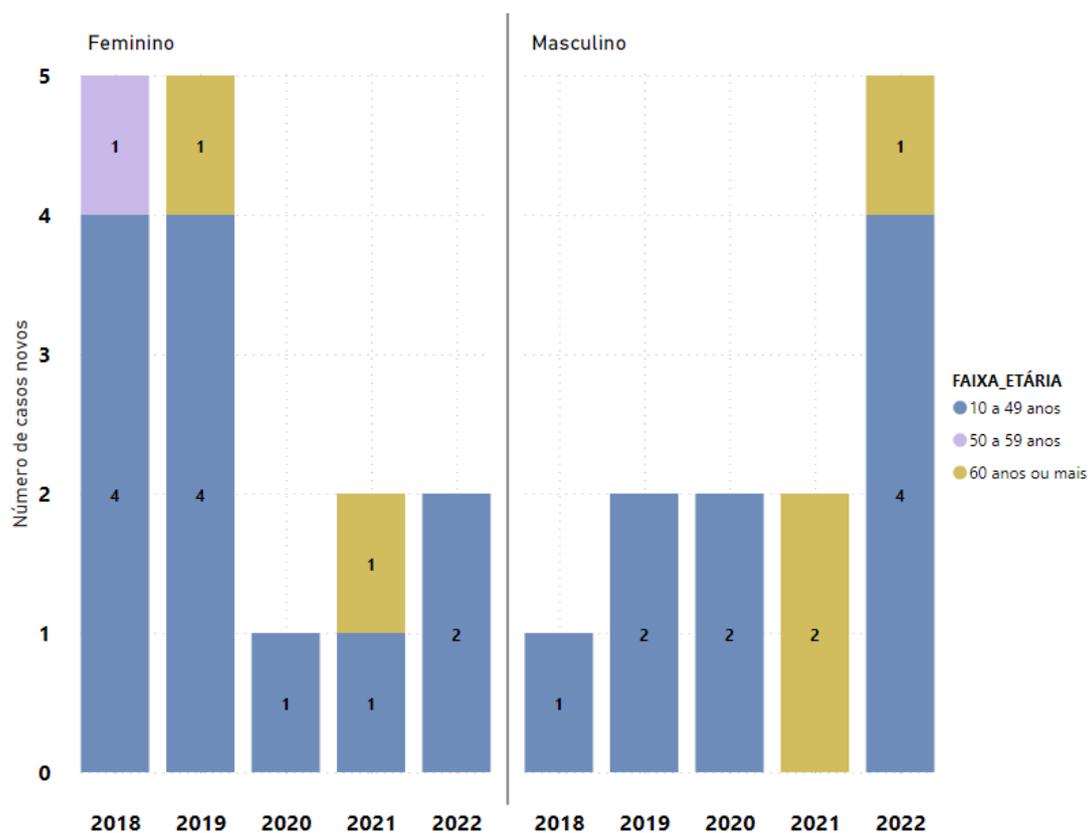
Coeficiente de incidência de tuberculose, DSEI Ceará, 2018 a 2022¹



Fonte: SIASI

¹ Dados preliminares sujeitos à alteração

Número de casos de tuberculose por faixa etária e sexo, 2018-2022²



Fonte: SIASI

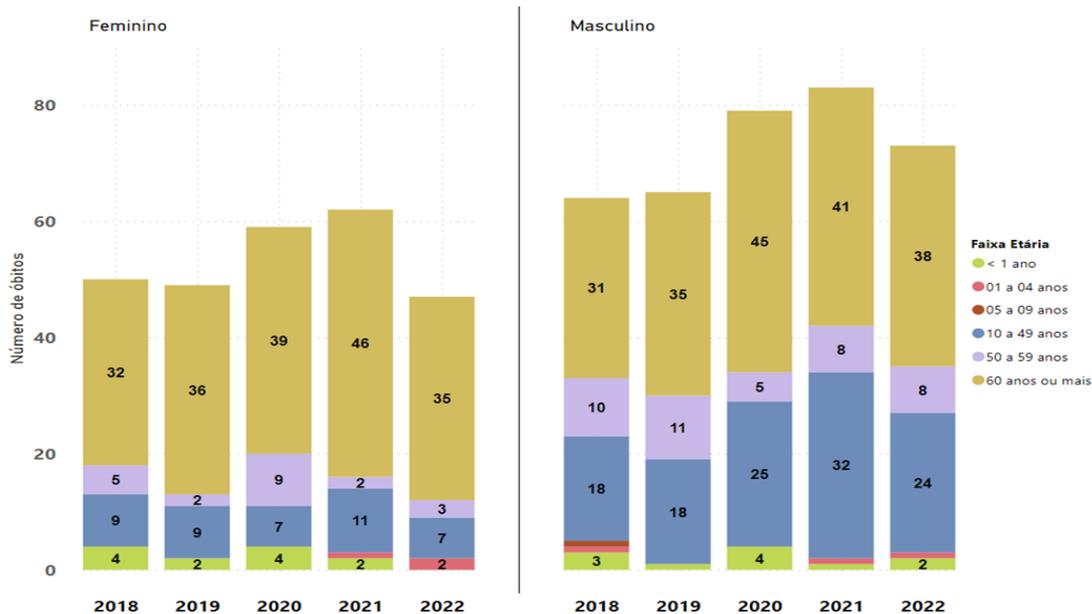
3.2. Mortalidade

No Dsei Ceará, entre 2018 e 2022, ocorreram 631 óbitos. A faixa etária com maior ocorrência foi a de ≥ 60 anos de idade com 378 registros (59,9%), seguida da de 10 a 49 anos com 160 notificações (25,4%), e o sexo mais acometido foi o masculino ($n=364/57,7\%$). Os óbitos infantis correspondem a 3,65% ($n=23$) (figura 6).

Número de óbitos por sexo e faixa etária. Dsei Ceará, 2018-2022³

² Dados preliminares sujeitos à alteração

³ Dados preliminares sujeitos à alteração



Fonte: SIASI

Em relação às causas de morte, no período analisado, considerando os principais agrupamentos de causas definidas de óbito, as doenças do aparelho circulatório se configuram como as de maior ocorrência 24,3% (149/613), seguidas pelas do aparelho respiratório 11,3% (69/613).

Número e percentual de óbitos por agrupamento de causas. Dsei Ceará, 2018 a 2022⁴

Principais causas de óbito por agrupamento de CID-10	2018		2019		2020		2021		2022		Total Geral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Agressões (X85-Y09)	11	9,73	8	7,08	14	10,22	17	12,50	9	7,89	59	9,62
Influenza [gripe] e pneumonia (J09-J18)	15	13,27	18	15,93	5	3,65	1	0,74	13	11,40	52	8,48
Doenças isquêmicas do coração (I20-I25)	7	6,19	12	10,62	12	8,76	7	5,15	11	9,65	49	7,99
Doenças cerebrovasculares (I60-I69)	6	5,31	8	7,08	10	7,30	13	9,56	8	7,02	45	7,34
Outras formas de doença do coração (I30-I52)	8	7,08	5	4,42	9	6,57	8	5,88	3	2,63	33	5,38
Outras doenças virais (B25-B34)		0,00		0,00	11	8,03	19	13,97	2	1,75	32	5,22
Neoplasias [tumores] malignas(os) dos órgãos digestivos (C15-C26)	7	6,19	3	2,65	6	4,38	7	5,15	7	6,14	30	4,89
Doenças hipertensivas (I10-I15)	3	2,65	5	4,42	6	4,38	5	3,68	3	2,63	22	3,59
Diabetes mellitus (E10-E14)	4	3,54	2	1,77	2	1,46	5	3,68	6	5,26	19	3,10
Eventos (fatos) cuja intenção e indeterminada (Y10-Y34)	1	0,88	2	1,77	2	1,46	5	3,68	7	6,14	17	2,77
Demais óbitos por causas definidas	51	45,13	50	44,25	60	43,80	49	36,03	45	39,47	255	41,60
Total Geral	113	100,00	113	100,00	137	100,00	136	100,00	114	100,00	613	100,00

Fonte: SIASI

4. INDICADORES DE SAÚDE

a) Imunização

Um dos indicadores de vacinação acompanhados pela SESAI é o esquema vacinal completo em menores de cinco anos de idade. Esse indicador demonstra como está a

⁴ Dados preliminares sujeitos à alteração

situação vacinal de cada indivíduo, considerando todas as vacinas preconizadas de acordo com a sua idade. Para este indicador, o Dsei Ceará alcançou as metas pactuadas em três dos cinco anos analisados.

Percentual de crianças menores de 5 anos com Esquema Vacinal Completo, em relação à meta pactuada

Meta / Ano	2018	2019	2020	2021	2022
Pactuado	82	85	86	87,5	88,5
Alcançado	93	81,5	84,7	90,1	88,7

Fonte: SIASI

b) Saúde bucal

O percentual da população indígena com primeira consulta odontológica programática dimensiona a porcentagem da população cadastrada no SIASI com acesso aos serviços odontológicos para assistência individual, por meio da realização da primeira consulta odontológica programática, excluindo-se as consultas de urgência, emergência, retorno ou manutenções.

A primeira consulta odontológica programática tem como objetivo a elaboração e execução de um plano preventivo-terapêutico estabelecido a partir de uma avaliação/exame clínico odontológico.

Percentual da população indígena com primeira consulta odontológica programática⁵

Ano	2018	2019	2020	2021	2022
Meta (%)		60	45	25	30
% alcançado	54,9	58,4	23,6	33,3	46,6

Fonte: SIASI

Em 2020 com o início da Pandemia da Covid-19, houve a expressiva piora na atenção à saúde bucal, em virtude da diminuição dos atendimentos odontológicos. Por recomendação do Ministério da Saúde, a Secretaria de Saúde Indígena suspendeu os atendimentos odontológicos eletivos, ficando apenas atendimentos de urgência e emergência. Em 2021 os atendimentos foram normalizados e em 2023 os Dsei ainda contam com alta demanda reprimida.

⁵ Dados preliminares sujeitos à alteração

Devido essa suspensão, necessitou-se da readequação das metas de saúde bucal do PNS dos anos 2021, 2022 e 2023, tendo em vista a inviabilidade dos Dsei alcançarem as metas pactuadas anteriormente.

Em relação ao período de 2018 a 2022 (quadro 2), podemos observar que o % alcançado do indicador população indígena com primeira consulta odontológica programática alcançou as metas pactuadas em 2021 (33,3%) e 2022 (46,6%). Apresentou o menor alcance em 2020 (23,6%).

Já para o percentual do indicador tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta (quadro 3), observou-se que o Dsei não superou as metas pactuadas de 2020 (42,7%), 2021 (43,9%) e 2022 (54,8%). Apresentou 36,3% em 2018 e 41,7% em 2019.

O percentual de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica programática dimensiona a porcentagem da população que concluiu o tratamento odontológico básico, dentre aqueles que realizaram a primeira consulta odontológica programática em determinado local e ano.

Permite analisar se a equipe promove resolutividade após o acesso à assistência odontológica, ou seja, em que medida a equipe está concluindo os tratamentos iniciados e previstos pela primeira consulta odontológica programática. Pode ser utilizado para subsidiar os processos de planejamento, gestão, resolutividade, monitoramento e avaliação das ações das equipes de saúde bucal.

O tratamento odontológico básico concluído tem por objetivo registrar os indivíduos que tiveram todos os procedimentos básicos previstos plano preventivo-terapêutico realizados, ou seja, conclui-se o tratamento previsto no âmbito da atenção básica, podendo o mesmo requerer atendimento especializado.

Meta e % alcançado do indicador de Tratamento odontológico básico concluído, de 2018 a 2022

Ano	2018	2019	2020	2021	2022
Meta (%)			55	52	55
% alcançado	36,3	41,7	42,7	43,9	54,8

Fonte: SIASI

c) Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Vigilância Alimentar e Nutricional

Para uma assistência com qualidade às crianças menores de 1 ano (até 11 meses e 29 dias) são preconizadas no mínimo 6 consultas de rotina. Assim, desde 2017, a SESAI fomentou e definiu como prioritário o indicador de “Proporção de crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento (CeD)”, que tem como objetivo dimensionar o percentual de crianças que tiveram acesso à seis consultas de crescimento e desenvolvimento infantil preconizadas para o primeiro ano de vida.

d) Crescimento e Desenvolvimento Infantil.

Percentual de crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento (CeD)

Dsei	2018	2019	2020	2021	2022
Meta (%)			40,0	44,0	52,0
% alcançado	62,3	52,0	40,4	21,0	58,0

Fonte: SIASI

e) Vigilância alimentar e nutricional

Diante da particularidade territorial apresentada em cada Dsei, o gerenciamento dos dados epidemiológicos será conforme a realidade local. Analisando o acompanhamento do estado nutricional realizado e inserido Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi), observa-se que o Dsei apresenta um bom acompanhamento de crianças menores de 5 anos ao longo dos anos.

O acompanhamento nutricional oportuniza um diagnóstico alimentar e nutricional das crianças, que possibilita subsidiar a gestão na tomada de decisão. No quadro que detalha a proporção do estado nutricional de crianças indígenas, menores de 5 anos, segundo indicador de peso por idade, podemos observar que o Dsei passa pela transição nutricional, com baixo percentual de crianças com muito baixo peso e alto percentual de crianças com peso elevado.

Desta forma, cabe o Dsei desenvolver ações de educação em saúde e promoção da alimentação saudável a partir da análise territorial e condições de saúde, em conjunto com a população.

Percentual de crianças indígenas menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional realizado. Dsei Ceará, de 2018 a 2022⁶

Dsei	2018	2019	2020	2021	2022
Meta (%)	85,0	90,0	85,0	88,0	90,0
% alcançado	83,0	81,1	82,8	90,0	91,6

Fonte: SIASI

Proporção do estado nutricional de crianças indígenas, menores de 5 anos, segundo indicador de peso por idade. Dsei Ceará, de 2018 a 2022⁷

Ano	% de crianças com muito baixo peso	% de crianças com baixo peso	% de crianças com peso adequado	% de crianças com peso elevado
2018	0,7	1,7	87,1	10,5
2019	0,8	0,9	86,4	11,9
2020	0,6	1,5	84,7	13,3
2021	0,6	1,3	83,0	15,0
2022	0,4	1,2	85,1	13,3

Fonte: SIASI

O Percentual de gestantes indígenas, que finalizaram a gestação, com no mínimo 6 consultas de pré-natal dimensiona o percentual de gestantes com acesso ao pré-natal e com seis ou mais consultas na população residente em determinado espaço geográfico, no período considerado. A avaliação deste indicador fornece referências para avaliar as condições de acesso, variação da cobertura do atendimento e qualidade da assistência pré-natal. Se analisado em associação com outros indicadores, tais como a mortalidade materna e infantil pode fornecer subsídios para identificar situações de desigualdade, e tendências que demandem ações.

Percentual de gestantes indígenas, que finalizaram a gestação, com no mínimo 6 consultas de pré-natal

Dsei	2018	2019	2020	2021	2022
Meta (%)			39,0	43,0	47,0
% alcançado	56,8	74,4	66,0	75,4	80,1

Fonte: SIASI. 2018: extração 15/08/2020; 2019: extração 14/02/2022; 2020*: extração 31/05/2022; 2021*: extração 18/04/2022; 2022*: extração 28/03/2023. *Dados preliminares)

⁶ Dados preliminares sujeitos à alteração

⁷ Dados preliminares sujeitos à alteração

5. INDICADORES DE INFRAESTRUTURA E SANEAMENTO

Fonte	Indicador	Resultado
[1]	Número de SAAs	92
	Número de SAAs de gestão da SESAI	68
[1]	Aldeias atendida por concessionária	24
[1]	População atendida por SAAs	25.664
	Percentual de aldeias com SAAs	81%
	Percentual da População com SAAs	95%
[1]	Aldeias com coleta de resíduos pela prefeitura	30
[1]	Número de Polos Base	9
[2]	Número de Polos Base (sedes)	5
[2]	Número de UBSI	9
[3]	Número de CASAI	1
[4]	Sede do DSEI	Fortaleza (CE)
[2]	Número de alojamentos	0
[1]	Número de aldeias com MSD	0
[7]	Número de AISAN*	65

Fontes das informações

- [1] Caracterização do saneamento nas aldeias 2022
- [2] Consolidado de estabelecimentos de saúde 2022
- [3] Relação CASAI - Boletim de serviço 12/07/2022 (fornecido pelo DAPSI)
- [4] Shapefile sede DSEI + shapefile municípios IBGE
- [5] Planilhas de MQAI
- [6] Planilhas de GRS
- [7] Planilhas AISAN e consulta aos gestores de saneamento

6. EDUCAÇÃO PERMANENTE

As principais demandas de capacitação e educação permanente da CASAI, no âmbito do SasiSUS, são:

- a) Pós-operatório de pacientes que realizaram cirurgia bariátrica;
- b) Excel;
- c) Atendimento de enfermagem em paciente pós transplante;
- d) O acesso do indígena às políticas sociais;
- e) Assistência a pacientes portadores de transtornos mentais;
- f) Saúde coletiva;
- g) Assistência a portadores de feridas (curativos);
- h) O Sus e a interculturalidade;
- i) Assistência de enfermagem a pacientes no pós-operatório;
- j) Assistência, saúde e previdência;
- k) Cuidados paliativos;
- l) Imunização (atualização em vacinas);
- m) Atualização em procedimentos de enfermagem.

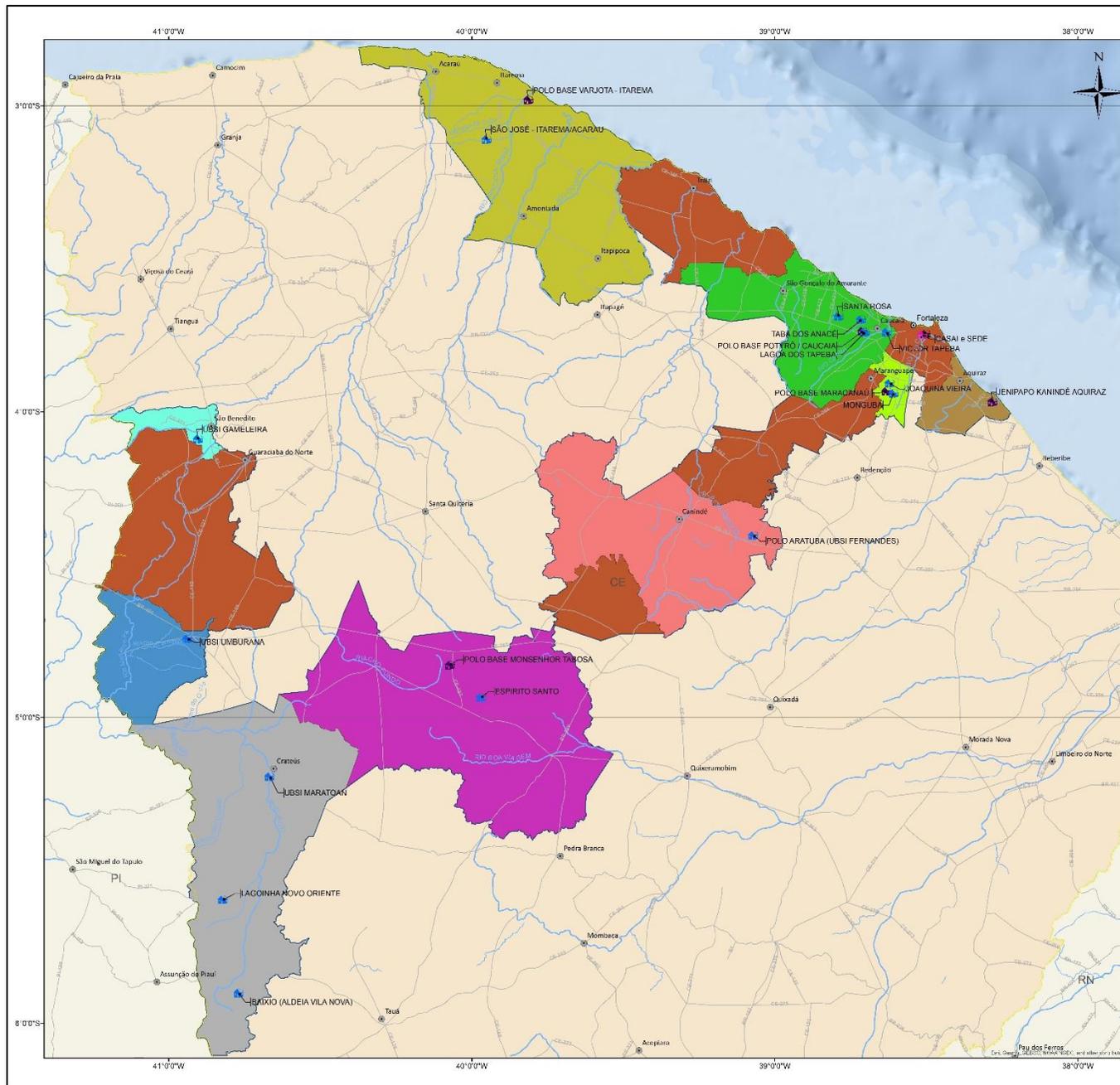
7. CONTROLE SOCIAL

CLSI	CONSELHEIROS
Tapeba	20
Anacé	13
Pitaguary	14
Kanindé	11
Jenipao Kanindé	11
Tremembé	17
Kranoqui	15
Tabajara Kalabaça e Karrir	13
Tabajara e Kalabaça de Poranga	12
Potijara	13
Tabajara	9
Potigatapuia	10
Aruá Tapuia Kariri	9
Total	167
Quantidade de conselheiros distritais do CONDISI.	
CONDISI	72

8. SABERES TRADICIONAIS

As medicinas indígenas, por meio de suas tecnologias de cuidado e da atuação de seus especialistas, devem compor o modelo de modelo de atenção prestado à saúde dos povos indígenas. Elas são fundamentais para a promoção e proteção à saúde dos povos indígenas e, através, da articulação com a biomedicina, pretende-se alcançar a atenção diferenciada, preconizada na Pnspi.

Diante do exposto, relatar demandas de ações, estratégias e dispositivos para o fortalecimento das medicinas indígenas e de sua articulação para a promoção da atenção diferenciada.



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
DSEI - CEARÁ - ANO DE 2023
ÁREA DE ATUAÇÃO DOS POLOS BASE



- LEGENDA**
- CIDADES
 - ⊙ CAPITAIS
 - 🏠 SEDE DSEI
 - 🏠 CASA DE SAÚDE INDÍGENA - CASAI
 - 🏠 POLO BASE
 - 🏠 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE INDÍGENA - UBSI
 - RODOVIAS ESTADUAIS
 - HIDROGRAFIA
 - UF
 - LIMITE DSEI
 - UNIDADE DA FEDERAÇÃO
- POLOS BASE**
- ACUIRAZ
 - ARATUBA
 - CAUCAIA
 - CRATEÚS
 - ITAREMA
 - MARACANAÚ
 - MONSENHOR TABOSA
 - PORANGA
 - SÃO BENEDITO
 - TERRITÓRIO DE CONEXÃO



SESAI

SECRETARIA DE SAÚDE INDÍGENA

Sistema de Coordenadas: GCS SIRGAS 2000
Datum: SIRGAS 2000
Unidades: Graus
FONTE DE TI - FUNAI
Elaboração: SESA/ DEAMB/ GEOPROCESSAMENTO

0 25 50 100 km