



Ministério da Saúde  
Secretaria de Saúde Indígena  
Gabinete  
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

## ANEXO XII

# RELATÓRIO SITUACIONAL DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA INTERIOR SUL

### 1. HISTÓRICO

No Brasil, são 34 DSEI divididos estrategicamente por critérios territoriais e não, necessariamente, por estados, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas. A configuração do Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul (DSEI/ISUL), inicialmente, abrangia os estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, todavia, após a Portaria 32, de 23 de maio de 2012, a configuração do DSEI/ISUL abrange hoje dois estados: Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

O DSEI/ISUL possui extensão territorial de 159.569 km<sup>2</sup>, tendo sua sede situada no município de São José/SC, na região metropolitana de Florianópolis/SC.

A população do DSEI/ISUL é composta, majoritariamente, por indígenas da etnia Kaingang seguido por indígenas da etnia Guarani M'bya, Xokleng e Guarani. Entretanto, estão registrados no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), indígenas das etnias Charrua, Guarani Kaiwoá, Terena, Pataxó, Galibi, Saterê-Mauê e Xetá.

Kaingang, Caingangue ou Kaingangue eram antes chamados coroados por causa do seu corte de cabelo. Seu nome significa povo do mato. Eles representam uma das cinco mais numerosas populações indígenas do Brasil, que se distribuem por São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

A língua Kaingang pertence à família jê do tronco macro-jê. Sua cultura desenvolveu-se à sombra dos pinheirais, ocupando a região sudeste/sul do atual território brasileiro. Há pelo menos dois séculos sua extensão territorial compreende a zona entre o Rio Tietê (SP) e o Rio Ijuí (norte do RS). No século XIX seus domínios se estendiam, para oeste, até San Pedro, na província argentina de Misiones. Atualmente os Kaingang ocupam áreas reduzidas, distribuídas sobre seu antigo território, nos Estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. A transição entre as aldeias e as terras indígenas é bastante comum, seja para visita a parentes, trabalho ou questões políticas.

Os Kaingang, como outros grupos da família linguística macro-jê, são caracterizados como sociedades sociocêntricas que reconhecem princípios Sócio cosmológicos dualistas, apresentando um sistema de metades. As metades Kaingang não são espacialmente localizadas, isto é, não implicam em "posições" definidas da moradia no espaço geográfico da aldeia. Os Kaingang não constroem aldeias circulares ou semicirculares, comuns a todos os outros Jê e aos Bororo, e, portanto, não demarcam a oposição espacial entre centro e periferia, masculino/feminino, público/privado, individual/coletivo que se têm apresentado como característica dos demais Jê.



Ministério da Saúde  
Secretaria de Saúde Indígena  
Gabinete  
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

Os trançados revelam formas e grafismos relacionados à cosmologia dualista dos Kaingang, evidenciando a organização simbólica dos mundos social, natural e sobrenatural em metades kamé e kairu. Téi ou ror são os nomes das marcas (ra) ou grafismos (kong gãr) que identificam, respectivamente, as metades kamé e kairu.

Como regra geral, os grafismos, morfologias e posições/espacos considerados compridos, longos, altos, abertos são denominados téi e representam a metade kamé. Por outro lado, os grafismos, morfologias e posições/espacos vistos, como redondos, quadrangulares, losangulares, baixos, fechados, são chamados de ror e representam a metade kairu. Alguns grafismos, no entanto, podem apresentar fusão dos padrões téi e ror e são denominados ianhia (marca misturada) e apareciam nos mantos de urtiga (kurã; kurú) de alguns caciques, nos troncos de pinheiros marcadores dos limites dos territórios de coleta de pinhão de cada grupo local, nas flechas de alguns caciques e ainda nas pinturas corporais. Quando da chegada dos espanhóis e portugueses na América, por volta de 1500, os Guarani já formavam um conjunto de povos com a mesma origem, falavam um mesmo idioma, haviam desenvolvido um modo de ser que mantinha viva a memória de antigas tradições e se projetavam para o futuro, praticando uma agricultura muito produtiva, a qual gerava amplos excedentes que motivavam grandes festas e a distribuição dos produtos, conforme determinava a economia de reciprocidade. Quando os europeus chegaram ao lugar que hoje é Assunção, no Paraguai, ficaram maravilhados com a "divina abundância" que encontraram.

s Guarani vêm seu mundo como uma região de matas, campos e rios, como um território onde vivem segundo seu modo de ser e sua cultura milenar. Do território tradicional, historicamente ocupado pelos Guarani, que se estende por parte da Argentina, Paraguai, Bolívia e Brasil, os Guarani ocupam hoje apenas pequenas ilhas. Seu território, o solo que se pisa, é um tekoha, o lugar físico, o espaço geográfico onde os Guarani são o que são, onde se movem e onde existem. Esses povos guardam tradições de tempos muito antigos, que trazem na memória que vão atualizando em seu cotidiano, através de seus mitos e rituais.

O termo guarani, que significa guerreiro, passou a ser empregado a partir do século XVII, quando a ordem tribal já estava bastante esfacelada por mais de cem anos de exploração colonial, para designar um grande número de índios que viviam em aldeamentos pertencentes a grupos falantes de idiomas da família linguística tupi-guarani.

Dentre a população indígena brasileira, a etnia Guarani, a qual está dividida nos subgrupos Kaiowá, Nandeva e M'bya, apresenta-se hoje como a mais numerosa etnia, espalhadas pelos estados do Roraima, Espírito Santo, São Paulo, Mato Grosso, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. São chamados povos, pois sua ampla população encontra-se dividida em diversos subgrupos étnicos e cada um destes subgrupos possui especificidades dialetais, culturais e cosmológicas, diferenciando, assim, sua forma de ser guarani das demais.

No caso dos Guarani M'bya, uma rede de parentesco e reciprocidade se estende por todo o seu território compreendendo as regiões onde se situam as suas comunidades, implicando uma dinâmica social que exige intensa mobilidade (visitas de parentes, rituais, intercâmbios de materiais para artesanato e de cultivos etc).



Ministério da Saúde  
Secretaria de Saúde Indígena  
Gabinete  
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

O Guarani M'bya, assim como Kaiowa e Nandeva são dialetos do idioma Guarani, que pertence à família Tupi-Guarani, do tronco linguístico Tupi. A língua Guarani é falada por diferentes grupos/povos indígenas (Brasil, Paraguai, Argentina, Uruguai, Bolívia) sendo que, no Paraguai, é língua oficial juntamente com o espanhol. As variações na linguagem são observadas na pronúncia e nas sílabas tônicas (a maioria das palavras guarani é oxítona), mas sobretudo no vocabulário e na sintaxe, de acordo com sistemas culturais próprios dos falantes da língua Guarani.

Os M'bya constroem e mantêm uma casa para a prática de rezas e rituais coletivos, opy guaçu, localizada próxima ou mesmo agregada à casa do tamõi. As práticas religiosas dos M'bya são frequentes e se estendem por muitas horas. Orientadas pelo dirigente espiritual as "rezas" - realizadas através de cantos, danças e discursos - também se voltam às situações e necessidades corriqueiras (colheita, ausência ou excesso de chuva, problemas familiares, acontecimentos importantes, imprevistos etc.). O acervo mitológico Guarani é extremamente rico e complexo.

O nome Kaiowa decorre do termo KA'A O GUA, ou seja, os que pertencem à floresta alta, densa, o que é indicado pelo sufixo "o" (grande), referindo-se aos atuais Guarani-Kaiowa ou paĩtavyterã. A agricultura é a principal atividade econômica guarani, mas apreciam a caça e a pesca, praticando-as sempre que possível. Realizam uma economia de subsistência, marcada pela distribuição e redistribuição dos bens produzidos e na qual relações de produção econômica, seja qual for a atividade, são pautadas por vínculos sociais definidos pelo parentesco.

Os índios Xokleng da TI Ibirama em Santa Catarina, são os sobreviventes de um processo brutal de colonização do sul do Brasil iniciado em meados do século passado, que quase exterminou em sua totalidade. Apesar do extermínio de alguns subgrupos Xokleng no Estado, e do confinamento dos sobreviventes em área determinada, em 1914, o que garantiu a "paz" para os colonos e a consequente expansão e progresso do vale do rio Itajaí, os Xokleng continuaram lutando para sobreviver a esta invasão, mesmo após a extinção quase total dos recursos naturais de sua terra, agravada pela construção da Barragem Norte.

As línguas dos Xokleng e dos Kaingang constituem o ramo meridional da família Jê. De acordo com os índios, fala-se o "xokleng", um idioma próximo ao kaingang. Os Xokleng dizem entender alguma coisa de kaingang, mas não o falam.

Embora a maior parte dos domicílios abriguem famílias nucleares — devido à extração da madeira e à divisão da terra em "frentes" — eles estão próximos uns dos outros e formam micro aldeias dentro de cada vila, denominadas pelos nomes das famílias extensas que as constituem. Assim, irmãos, cunhados, noras e genros vivem próximos uns dos outros, trabalham juntos, caçam juntos; repartem fruto de sua produção e as tarefas cotidianas que demandam a sobrevivência de cada um desses núcleos. As relações entre os Xokleng e os não Xokleng dentro de um mesmo domicílio, ou numa unidade de produção familiar extensa, é quase sempre conflitiva. A chefia destas famílias extensas é normalmente exercida pelas mulheres mais velhas, que escolherão os casamentos para seus filhos, criarão filhos e netos e coordenarão as tarefas domiciliares. O domicílio continua estabelecido mesmo quando seu marido a deixa ou morre. A



Ministério da Saúde  
Secretaria de Saúde Indígena  
Gabinete  
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

idade madura, para ambos os sexos, não impede o envolvimento físico com alguém. Os idosos muitas vezes se casam novamente com outros idosos ou pessoas mais novas.

Acreditavam os Xokleng em espíritos (ngaiun) e fantasmas (kupileng), que habitavam as árvores, montanhas, correntezas, ventos e todos os animais, pequenos ou grandes. Encontrar os espíritos podia ser perigoso; ou bom, se oferecessem ajuda na caça. Acreditavam que os animais têm um espírito-guia que os controla e protege, permitindo ou não aos homens matá-los. Um homem também podia adotar um espírito criança e colocá-lo no ventre de sua mulher, para que nascesse. Desde 1950, os Xokleng foram se convertendo à Assembleia de Deus. Diante do Pentecostalismo, reformularam suas antigas crenças e práticas religiosas, à luz de uma nova realidade sociocultural, sem perder sua identidade.

O mito Xokleng da criação do homem continua a ser contado. Nele vários personagens heroicos surgem de diferentes direções, reúnem-se para festejar e criam animais a partir de árvores e troncos. Inspiradas nas formas e desenhos presentes na pele destes animais, surgiram as diferentes "marcas", ou desenhos corporais dos grupos exogâmicos. Entre outros mitos ou "lendas" ainda lembrados, há o do dilúvio, que conta como uma chuva ininterrupta fez seus antepassados migrarem sucessivamente para o platô, para os cumes das montanhas e finalmente para o topo das árvores, onde se alimentavam de parasitas, folhas, larvas, insetos e frutas. Passado o dilúvio, os homens voltaram para as planícies e vales, mas muitos lá ficaram por terem se acostumado. Por isso, dizem, hoje existem os macacos, filhos dos homens que ficaram nas árvores.

Inicialmente, os Charrua ocupavam as duas margens do rio Uruguai, desde Itapeiu até o seu delta, mas, já em época colonial europeia, estenderam seus domínios até as costas do Paraná e ocuparam o Rio Grande do Sul. Localizaram-se na coxilha de Haedo, localizada ao sudoeste do Rio Grande do Sul, seguindo até o Rio Negro. Em 1730, se aliaram aos minuanos, que vinham de além do Rio Uruguai e se estabeleceram nas terras próximas à Lagoa Mirim e à Lagoa dos Patos.

Eram altos, com uma média de 1,68 metros para os homens e 1,67 metros para as mulheres, de aspecto sério e taciturno, porte duro e feroz. Os homens apresentavam barba como distintivo varonil, na qual os caciques usavam engastadas como adorno pedras e - após o contato com produtos da civilização europeia - latas e vidros. A tatuagem no rosto consistia em três linhas que iam da raiz dos cabelos até a ponta do nariz e duas linhas transversais que iam de zigoma a zigoma. Para a guerra e festas, pintavam a mandíbula superior de branco.

As tendas charruas, primitivamente, eram feitas com quatro estacas e esteiras de palha no teto e nas paredes. Após o contato com os espanhóis, passaram a usar largos pedaços de couro e armas dos espanhóis e dos portugueses, como armas de fogo.

Não eram agricultores. A alimentação era caça e frutos e também foi modificada em contato com os espanhóis, passando os charruas a preferir a carne de cavalo. O uso do fumo e erva-mate adveio do contato com os brancos, pois não há vestígios anteriores desses costumes entre os charruas. Já em contato com os espanhóis, cobriam o corpo com uma camisa curta, sem mangas de pele curtida. No inverno, o pelo era aplicado pelo lado de dentro e no verão, ao



Ministério da Saúde  
Secretaria de Saúde Indígena  
Gabinete  
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

contrário. As mulheres usavam uma saia de algodão até os joelhos. Não sabiam fiar nem tecer. Os panos de algodão que passaram a usar foram adquiridos em contato com os guaranis.

Eram polígamos. As mulheres cuidavam das tarefas domésticas e dos cavalos. O homem se dedicava à guerra e à caça. Faziam conselhos de família para decidir sobre assuntos de guerra ou outros interesses. Aprenderam a montar com os espanhóis, tornando-se exímios cavaleiros, hábeis na guerra e na caça. Em domínio espanhol, atacavam fazendas, raptavam as mulheres, castravam os meninos e os levavam como escravos, e matavam os homens adultos. Não praticavam o canibalismo, ao contrário dos tupis e guaranis não reduzidos. Os diversos grupos charruas falavam o que se convencionou chamar "línguas charruanas".

Mesmo sendo provenientes de Maná, na Guiana Francesa, os Galibi se consideram brasileiros. É a nacionalidade que abraçaram e dizem nunca querer sair das terras que ocupam no Oiapoque. A subsistência provém basicamente da agricultura. Todo homem galibi que se preze tem uma roça bonita da qual cuida diariamente junto com sua família. Quando um Galibi fala de seu abattis (roça) ele disse tudo. Às vezes quem tem netos e sobrinhos já reserva, como herança, um pedaço de terra para eles. Os Galibi mantêm parcialmente a sua língua original da qual se orgulham. Língua esta que, nos dias de hoje, vem sendo revalorizada

Pataxó é a autodenominação utilizada por esse povo, sendo uma língua do tronco Macro-Jê e da família linguística Maxakalí. A rigor, a língua indígena não é mais falada, a comunicação sendo feita através do português mesclado com vocábulos da língua indígena.

Os Terena vivem atualmente em um território descontínuo, fragmentado em pequenas "ilhas" cercadas por fazendas e espalhadas predominantemente em municípios sul-matogrossenses. A língua terena é falada pela maioria das pessoas que se reconhecem, hoje, como Terena. Mas o seu uso - e frequência - é desigual nas várias aldeias e Terras Indígenas.

A despeito da vocação Terena para a agricultura, este povo jamais deixou de exercer a atividade de criação de gado, ocupação que herdaram, para depois assumirem como própria, na sua prolongada convivência com os Mbayá-Guaicuru. Este conhecimento foi fundamental nos anos subsequentes à guerra com o Paraguai, para a inserção de muitos Terena como colonos e peões preferenciais das fazendas da região.

Os Sateré-Mauê são chamados regionalmente Mawés. Ao longo de sua história, já receberam vários nomes. O primeiro nome - Sateré - quer dizer "lagarta de fogo, referência ao clã mais importante dentre os que compõem esta sociedade, aquele que indica tradicionalmente a linha sucessória dos chefes políticos. O segundo nome - Mawé - quer dizer "papagaio inteligente e curioso" e não é designação clânica.

A língua Sateré-Mawé integra o tronco linguístico Tupi. O vocabulário Mawé contém elementos completamente estranhos ao Tupi, mas não se relaciona a nenhuma outra família linguística. Tradicionalmente os Sateré-Mawé estabelecem-se em sítios, nesses espaços cada família possui sua residência. Os sítios congregam todas as plantações que são propriedades da família. São, portanto, um domínio privado, onde a terra e os demais recursos naturais são apropriados pelas famílias, que se submetem à autoridade do chefe do grupo familiar, reconhecido como dono do lugar - o tuxaua.



Ministério da Saúde  
Secretaria de Saúde Indígena  
Gabinete  
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

Os Xetás são um grupo indígena, até recentemente considerado extinto, que na verdade, ainda habita o estado brasileiro do Paraná. No passado, eram também chamados botocudos. Somam hoje um total de seis indivíduos, todos ligados por parentesco.

Os Xetás foram a última etnia do estado do Paraná a entrar em contato com a sociedade nacional. Na década de 1940, frentes de colonização invadiram seu território, reduzindo-os drasticamente. No final dos anos 1950, estavam praticamente exterminados. Em 1999 restavam apenas oito sobreviventes. Hoje, vivem dispersos nos estados do Paraná, Santa Catarina e São Paulo.

Xetá, Héta, Chetá, Setá, Ssetá, Aré, Yvaparé e até Botocudo são as denominações pelas quais os Xetá podem ser identificados na literatura, relatos de viajantes e fontes documentais que tratam da presença de povos indígenas no espaço que hoje constitui o Estado do Paraná.

No entanto, Xetá é o termo correntemente empregado desde 1958, na literatura antropológica, para identificá-los, apesar de na compreensão dos sobreviventes do grupo a palavra não possuir qualquer significado. Dos nomes indicados, héta (muito [a, os, as], bastante) é o único pertencente a sua língua, sem, contudo, representar uma categoria nativa para se auto identificarem.

Classificada como pertencente à família linguística Tupi-guarani, a língua Xetá, aproxima-se do grupo dialetal Guarani. Todos eles ligados entre si pelos laços de parentesco. Dados atuais de pesquisa indicam a possibilidade de existirem mais quatro sobreviventes.

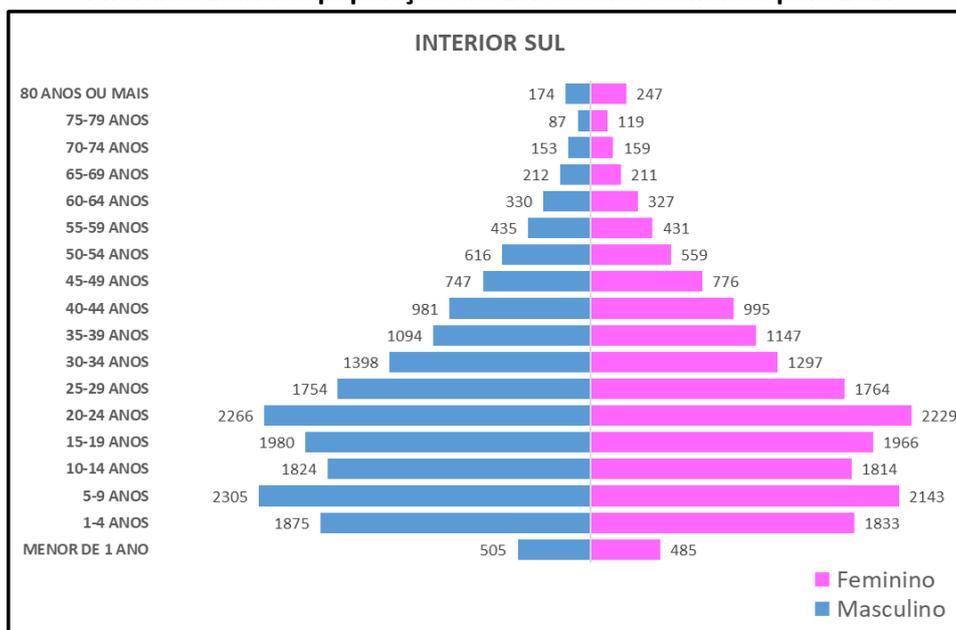
Diferentemente de outros povos indígenas brasileiros, os remanescentes Xetá não vivem em sociedade e tampouco convivem em um mesmo espaço territorial organizado em aldeias, nem compartilham dos mesmos códigos e pauta cultural de seu povo. De caçadores e coletores, vivem hoje na condição de assalariados, servidores públicos, empregados domésticos e boias-frias. De herdeiros de um território de ocupação tradicional, vivem como agregados em terras Kaingang, Guarani, ou como inquilinos no meio urbano-rural.

## **2. DADOS DEMOGRAFICOS**



Ministério da Saúde  
Secretaria de Saúde Indígena  
Gabinete  
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

**Pirâmide Etária da população das 197 aldeias atendidas pelo DSEI**



Fonte: Siasi/SESAI/MS, 2022 (Dados preliminares)

**Número de Atendimentos**

<b>1 - Número de atendimentos de Médicos (as)</b>	52.687
<b>2 - Número de atendimentos de Enfermeiros (as)</b>	165.322
<b>3 - Número de atendimentos de Odontólogos (as)</b>	40.169
<b>4 - Número de atendimentos de Técnicos/Auxiliares de Enfermagem</b>	463.582
<b>5 - Número de atendimentos de Técnicos/Auxiliares de Saúde Bucal</b>	29.151
<b>6 - Número de atendimentos de Nutricionistas</b>	5.408
<b>7 - Número de atendimentos de Psicólogos (as)</b>	3.232
<b>8 - Número de atendimentos de Assistentes Sociais</b>	667
<b>9 - Número de atendimentos de Agente Indígena de Saúde</b>	253.314
<b>TOTAL GERAL</b>	1.013.532

Fonte: Siasi/SESAI/MS, 2022 (Dados preliminares)

**3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO**



Ministério da Saúde  
Secretaria de Saúde Indígena  
Gabinete  
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

O Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei) Interior Sul é composto por doze polos base, abrangendo uma população de 37.238 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.

- **Síndrome Gripal**

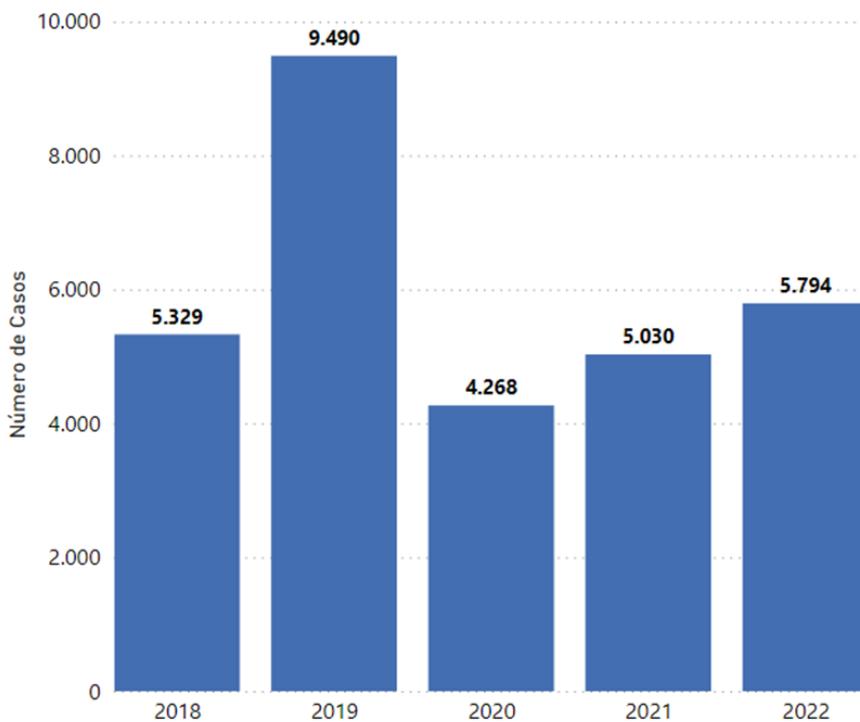
Considerado os casos acumulados de 2018 a 2022, foram notificados 29.911 casos de Síndrome Gripal (SG), sendo o ano de 2019, o de maior frequência de notificações com 9.490 casos.

**Casos de Síndrome Gripal segundo ano de atendimento. DSEI Interior Sul, 2018 a 2022.**



Ministério da Saúde  
Secretaria de Saúde Indígena  
Gabinete

Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade



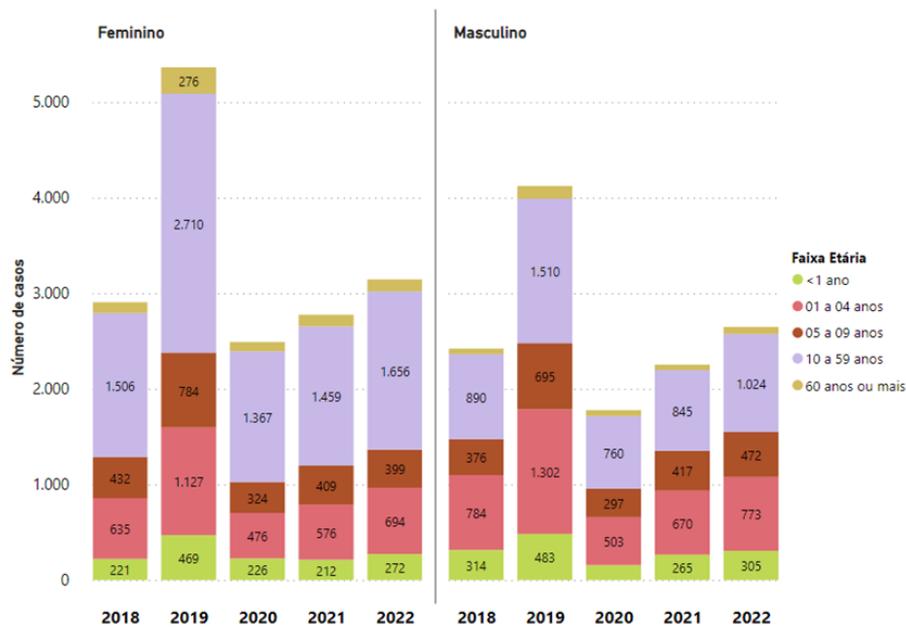
Fonte: SIASI/SESAI/MS, extração em 25/04/2023, dados sujeitos a alterações.

No geral, os casos mais frequentes ocorreram em indígenas do sexo feminino e as faixas etárias de 10 a 59 anos e 1 a 4 anos foram as mais acometidas em ambos os sexos.

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



Ministério da Saúde  
Secretaria de Saúde Indígena  
Gabinete  
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade



Fonte: SIASI/SESAI/MS, extração em 25/04/2023, dados sujeitos a alterações.

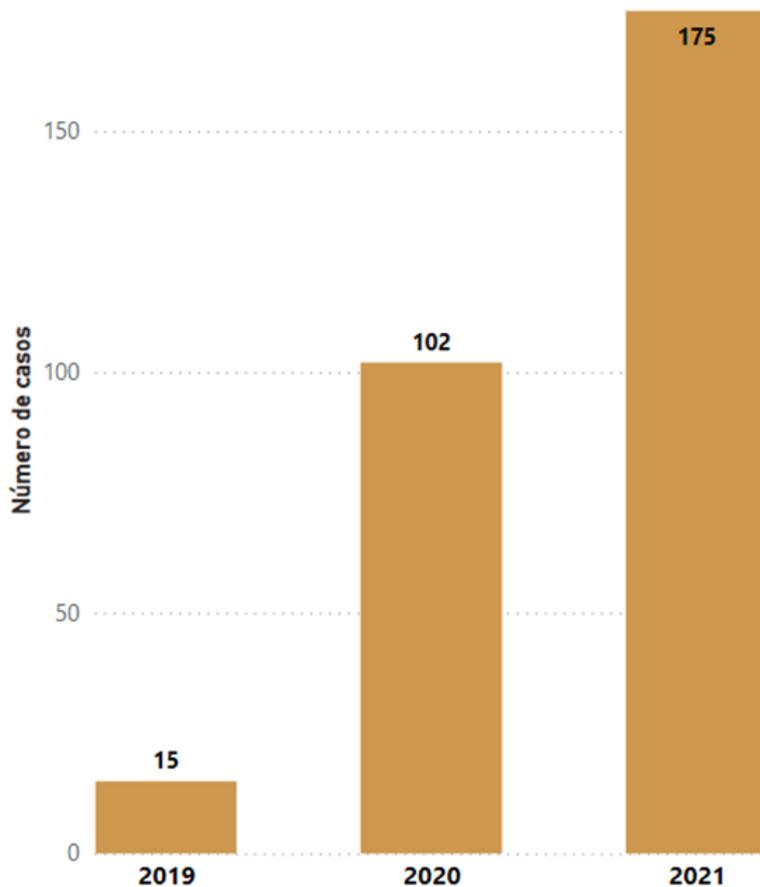
- **Síndrome Respiratória Aguda Grave**

No monitoramento da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), de 2019 a 2022 foram identificados 292 casos acumulados, sendo o ano de 2021 o de maior registro de casos.

**Casos de Síndrome Respiratório Aguda Grave segundo ano de atendimento. DSEI Interior Sul, 2019 a 2022.**



Ministério da Saúde  
Secretaria de Saúde Indígena  
Gabinete  
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade



Fonte: SIASIWeb/SESAI/MS, extração em 25/04/2023, dados sujeitos a alterações.

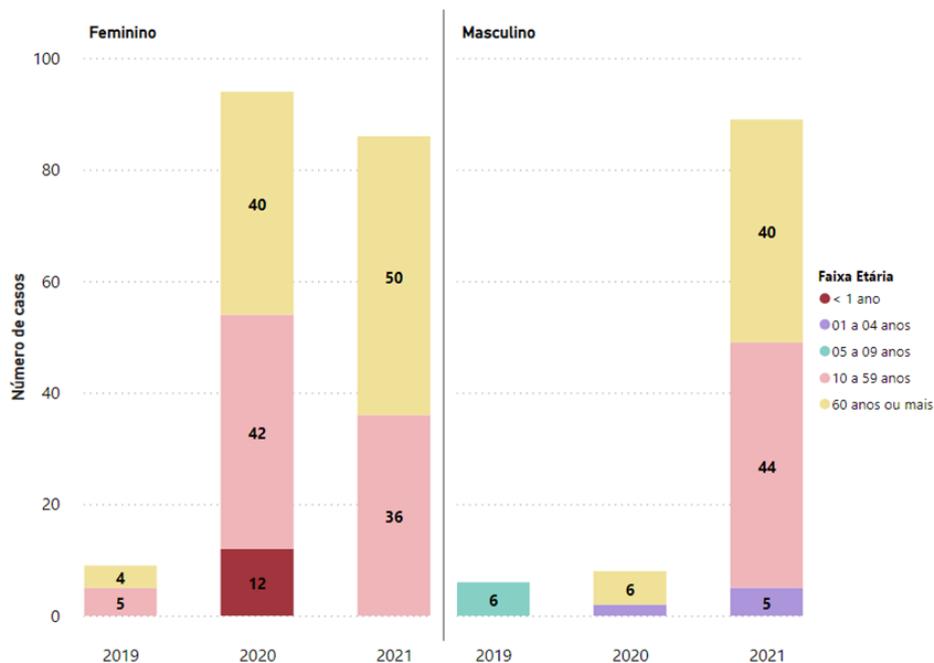
A maior frequência dos casos acumulados ocorreu em indígenas do sexo feminino, sendo a faixa etária de 60 anos ou mais a de maior registro de casos.

**Casos de Síndrome Respiratório Aguda Grave segundo sexo, faixa etária e ano de atendimento. DSEI Interior Sul, 2019 a 2022.**



Ministério da Saúde  
Secretaria de Saúde Indígena  
Gabinete

Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade



Fonte: SIASIWeb/SESAI/MS

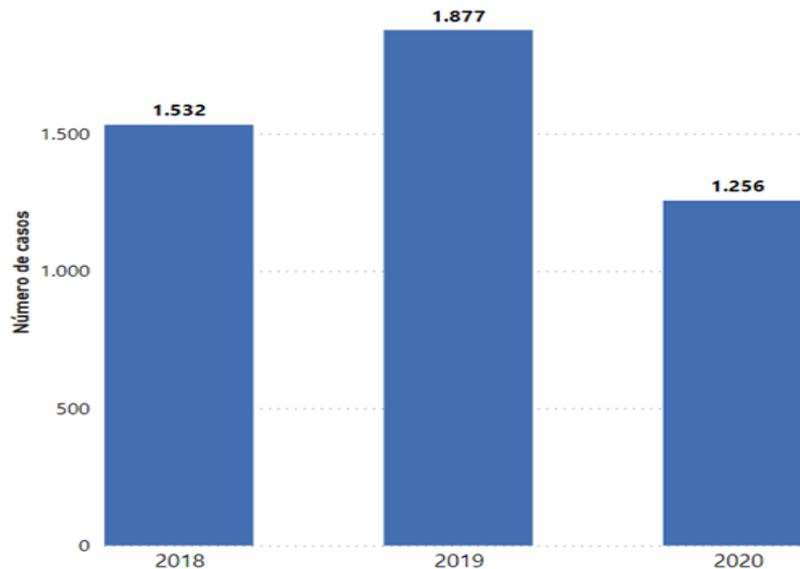
- **Doenças Diarreicas Agudas**

A distribuição de casos de doenças diarreicas agudas (DDA) por ano demonstra que o Dsei Interior Sul registrou o maior número de casos em 2019, sendo observado a diminuição de registros no ano de 2020. Não há registros de casos de DDA no sistema de informação nos anos de 2021 e 2022.

**Casos de doenças diarreicas agudas, por ano, DSEI Interior Sul, 2018 a 2020.**



Ministério da Saúde  
Secretaria de Saúde Indígena  
Gabinete  
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade



Fonte: SIASI/SESAI/MS, extração realizada em 26/08/2023, dados sujeitos a alterações.

Nos registros por faixa etária, no período analisado, há o predomínio dos casos nos menores de 10 anos de idade, sendo a faixa etária de 1 a 4 anos a de maior quantidade nesse grupo.

**Casos de doenças diarreicas agudas, por faixa etária, DSEI Interior Sul, 2018 a 2022.**

Ano	< 1 Ano	01 A 04 Anos	05 A 09 Anos	10 Anos ou mais	Ignorada	Total_casos
2018	170	580	192	574	16	1.532
2019	197	746	252	677	5	1.877
2020	123	423	122	582	6	1.256
<b>Total</b>	<b>490</b>	<b>1.749</b>	<b>566</b>	<b>1.833</b>	<b>27</b>	<b>4.665</b>

Fonte: SIASI/SESAI/MS, extração realizada em 26/08/2023, dados sujeitos a alterações.

- **Tuberculose:**

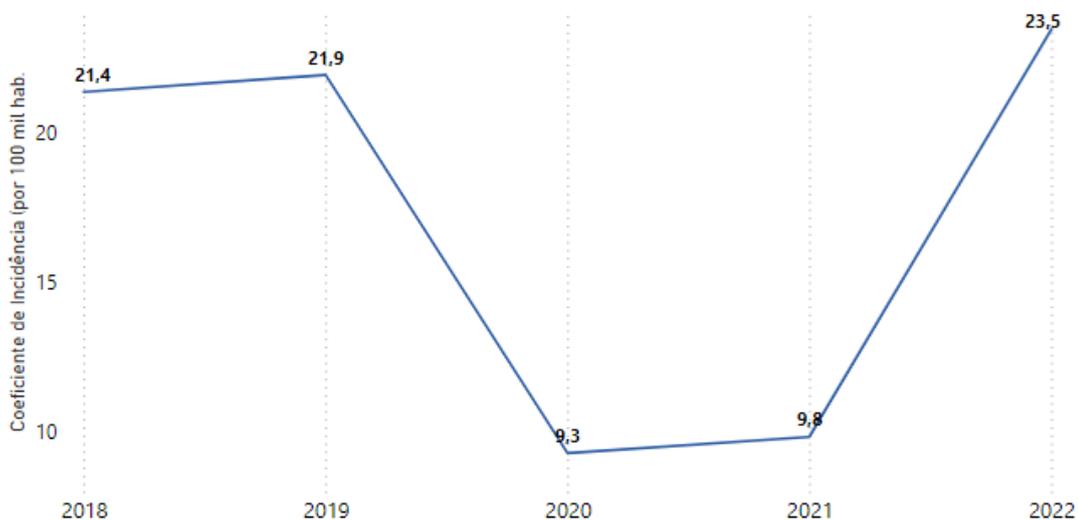
No Dsei, entre 2018 e 2022, foram notificados 46 casos de Tuberculose. O ano de 2022 apresentou o maior coeficiente de incidência de 23,5 casos a cada 100 mil



Ministério da Saúde  
Secretaria de Saúde Indígena  
Gabinete  
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

habitantes. Com relação as faixas etárias, a maior ocorrência foi no grupo de 10 a 49 anos, com 34 casos (74%) e o sexo mais acometido foi o masculino (n=29/63%) (figuras 6 e 7).

**Coefficiente de incidência de tuberculose, Dsei Interior Sul, 2018-2022\*.**

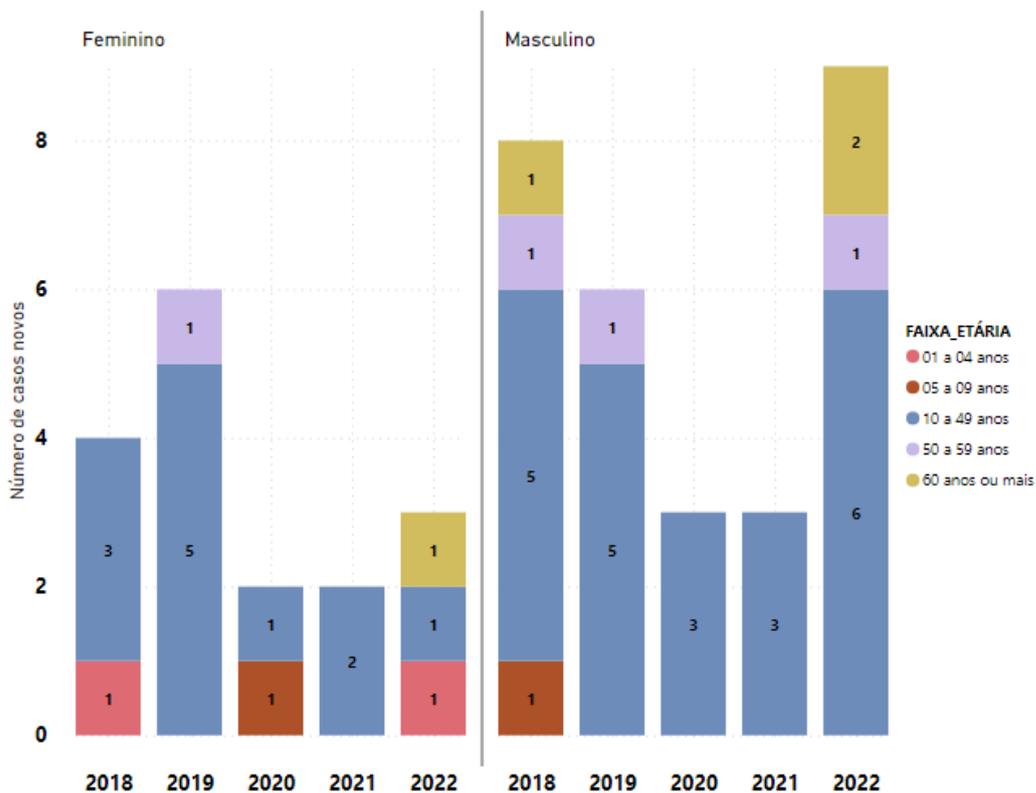


Fonte: SIASI/SESAI/MS data de extração: 2018-2021 06/09/2022; 2022:28/03/2023 \* dados preliminares sujeitos a alteração

**Número de casos de tuberculose por faixa etária e sexo, 2018-2022\*.**



Ministério da Saúde  
Secretaria de Saúde Indígena  
Gabinete  
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade



Fonte: SIASI/SESAI/MS data de extração: 2018-2021 06/09/2022; 2022:28/03/2023 \* dados preliminares sujeitos a alteração

### 3.2 Mortalidade

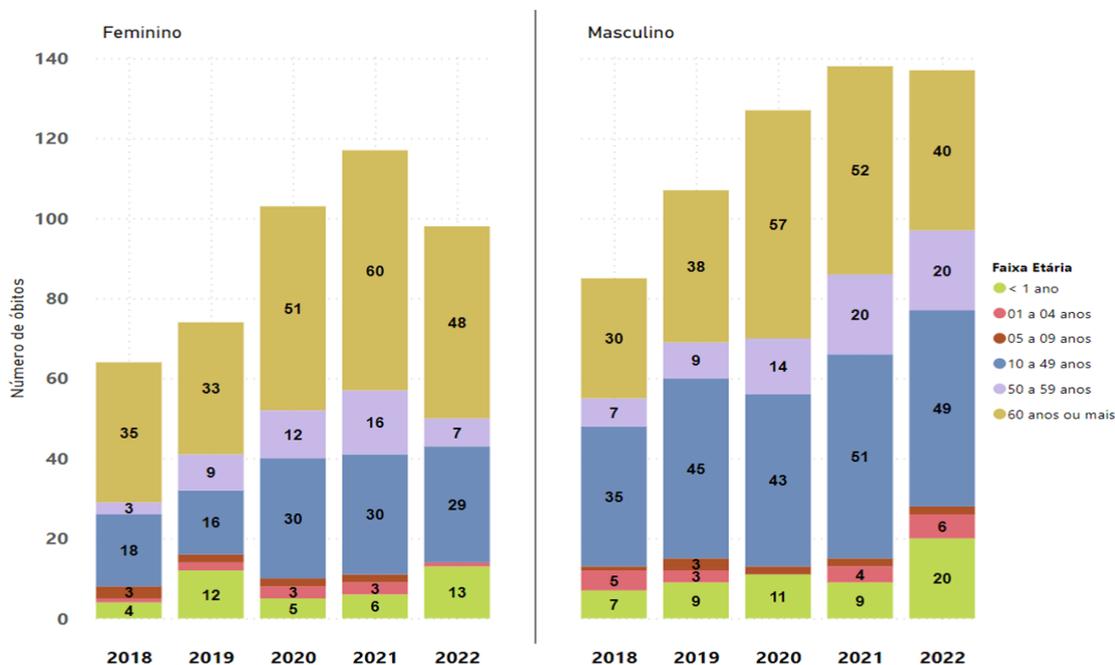
No Dsei Interior Sul, entre 2018 e 2022, ocorreram 1.050 óbitos. A faixa etária com maior ocorrência foi a de 60 anos ou mais de idade com 444 registros (42,3%), seguida da de 10 a 49 anos com 346 notificações (32,9%), e o sexo mais acometido foi o masculino (n=594/56,6%). Os óbitos infantis correspondem a 9,1% (n=96).

**Número de óbitos por sexo e faixa etária. Dsei Interior Sul, 2018-2022\*.**



Ministério da Saúde  
Secretaria de Saúde Indígena  
Gabinete

Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade



Fonte: Siasi/Sesai/MS, extração em: 24/04/2023, \*dados sujeitos a revisão (2020-2022).

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 20,8% (181/871), seguidas por algumas doenças infecciosas e parasitárias 12,3% (107/871), com ênfase em “outras doenças virais” 7,2% (63/871), e do aparelho respiratório 11,5% (100/871).

**Número e percentual de óbitos por agrupamento de causas. Dsei Interior Sul, 2018 a 2022\***

Principais causas de óbito por agrupamento de CID-10	2018		2019		2020		2021		2022		Total Geral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Outras formas de doença do coração (I30-I52)	7	5,79	12	8,33	14	7,04	13	6,07	21	10,88	67	7,69
Outras doenças virais (B25-B34)		0,00		0,00	25	12,56	34	15,89	4	2,07	63	7,23
Doenças cerebrovasculares (I60-I69)	13	10,74	8	5,56	12	6,03	10	4,67	13	6,74	56	6,43
Influenza [gripe] e pneumonia (J09-J18)	10	8,26	13	9,03	8	4,02	10	4,67	14	7,25	55	6,31
Outras doenças do aparelho respiratório (J95-J99)	14	11,57	6	4,17	12	6,03	3	1,40	10	5,18	45	5,17
Outras doenças bacterianas (A30-A49)	6	4,96	11	7,64	4	2,01	8	3,74	15	7,77	44	5,05
Doenças isquêmicas do coração (I20-I25)	8	6,61	3	2,08	12	6,03	7	3,27	7	3,63	37	4,25
Doenças do fígado (K70-K77)	4	3,31	4	2,78	7	3,52	7	3,27	4	2,07	26	2,99
Insuficiência renal (N17-N19)	3	2,48	3	2,08	5	2,51	4	1,87	6	3,11	21	2,41
Doenças hipertensivas (I10-I15)	4	3,31	2	1,39	4	2,01	6	2,80	5	2,59	21	2,41
Demais óbitos por causas definidas	52	42,98	82	56,94	96	48,24	112	52,34	94	48,70	436	50,06
<b>Total Geral</b>	<b>121</b>	<b>100,00</b>	<b>144</b>	<b>100,00</b>	<b>199</b>	<b>100,00</b>	<b>214</b>	<b>100,00</b>	<b>193</b>	<b>100,00</b>	<b>871</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Siasi/Sesai/MS, extração em: 24/04/2023, \*dados sujeitos a revisão (2020-2022).



Ministério da Saúde  
Secretaria de Saúde Indígena  
Gabinete  
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

#### 4. INDICADORES DE SAÚDE

- **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 situação vacinal de cada indivíduo, considerando todas as vacinas preconizadas de acordo com a sua idade. Para este indicador, o Dsei Interior Sul alcançou as metas pactuadas em todos os anos analisados.

**Percentual de crianças menores de 5 anos com Esquema Vacinal Completo, em relação à meta pactuada. Dsei Interior Sul, 2018 a 2022.**

Meta / Ano	2018	2019	2020	2021	2022
Pactuado	82	85	86	87,5	88,5
Alcançado	86,3	74,5	77,7	84,91	90,2

Fonte: Planilhas padronizadas DSEI/Sesai, dados sujeitos a alterações.

- **Saúde Bucal**

**Percentual da população indígena com primeira consulta odontológica programática**

Este indicador 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.



Ministério da Saúde  
Secretaria de Saúde Indígena  
Gabinete  
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

**Meta e % alcançado de Primeira consulta odontológica programática, de 2018 a 2022.**

<b>INDICADOR: Percentual da população indígena com primeira consulta odontológica programática</b>					
<b>Ano</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
Meta (%)		60	45	25	30
% alcançado	33,2	47,1	28,6	29,0	40,3

Fonte: Siasi/Sesai/MS. 2018: Extração 03/01/2023; 2019: Extração 14/02/2022; 2020\*: Extração 31/05/2022; 2021\*: Extração 18/04/2022; 2022: Extração 28/03/2023. \*Dados preliminares sujeitos à alteração.

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.

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, podemos observar que o % alcançado do indicador população indígena com primeira consulta odontológica programática alcançou as metas pactuadas em 2021 (29,0%) e 2022 (40,3%). Apresentou o menor alcance em 2020 (28,6%).

Já para o percentual do indicador tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta, observou-se que o Dsei não superou as metas pactuadas de 2020 a 2023. Apresentou 73,4% em 2018 e 65,6% em 2019.

**Percentual de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica programática**



Ministério da Saúde  
Secretaria de Saúde Indígena  
Gabinete  
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

Este indicador 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.**

INDICADOR: Percentual de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica programática					
Ano	2018	2019	2020	2021	2022
Meta (%)			55	52	55
% alcançado	73,4	65,6	48,0	50,0	44,7

Fonte: Siasi/Sesai/MS. 2018: Extração 03/01/2023; 2019: Extração 14/02/2022; 2020\*: Extração 31/05/2022; 2021\*: Extração 18/04/2022; 2022: Extração 28/03/2023. \*Dados preliminares sujeitos à alteração.

- **Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Vigilância Alimentar e Nutricional**

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

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



Ministério da Saúde  
Secretaria de Saúde Indígena  
Gabinete

Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

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.

### Crescimento e Desenvolvimento Infantil

INDICADOR: Percentual de crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento (CeD)					
Dsei xx	2018	2019	2020	2021	2022
Meta (%)			40,0	44,0	52,0
% alcançado	62,4	58,5	51,1	47,7	55,3

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)

### 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.



Ministério da Saúde  
Secretaria de Saúde Indígena  
Gabinete  
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

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 Interior Sul, de 2018 a 2022.**

Dsei	2018	2019	2020	2021	2022
Meta (%)	85,0	90,0	85,0	88,0	90,0
% alcançado	67,2	82,3	83,0	90,3	93,6

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)

**Proporção do estado nutricional de crianças indígenas, menores de 5 anos, segundo indicador de peso por idade. Dsei Interior Sul, de 2018 a 2022.**

Ano	% de crianças com muito baixo peso	% de crianças com baixo peso	% de crianças com peso adequado	% de crianças com peso elevado
2018	0,6	1,8	92,8	4,8
2019	0,3	1,5	92,8	5,4
2020	0,4	1,3	91,3	7,0
2021	0,8	1,5	91,0	6,7
2022	0,4	1,6	91,3	6,7

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)

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

Este indicador 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



Ministério da Saúde  
Secretaria de Saúde Indígena  
Gabinete

Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

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.

**Gestantes com no mínimo 6 consultas.**

INDICADOR: 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	35,9	49,6	60,8	63,8	69,5

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)

## 5. INFRAESTRUTURA E SANEAMENTO

Fonte	Informação	INTERIOR SUL
[1]	Número de SAAs	181
	Número de SAAs de gestão da SESAI	152
[1]	Aldeias atendida por concessionária	29
[1]	População atendida por SAAs	35.626
	Percentual de aldeias com SAAs	92%
	Percentual da População com SAAs	98%
[1]	Aldeias com coleta de resíduos pela prefeitura	195
[1]	Número de Polos Base	12
[2]	Número de Polos Base ( <b>sedes</b> )	12
[2]	Número de UBSI	72
[3]	Número de CASAI	0
[4]	Sede do DSEI	São José (SC)
[2]	Número de alojamentos	0
[1]	Número de aldeias com MSD	112
[7]	Número de AISAN*	154

Fontes das informações



Ministério da Saúde  
Secretaria de Saúde Indígena  
Gabinete  
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

- [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 de educação permanente são realizadas levando em consideração o perfil epidemiológico da população, como exemplo, citamos que para a elaboração do Plano de Trabalho do ano 2023 foram contempladas as áreas técnicas envolvendo saúde da mulher, saúde da criança, vigilância alimentar e nutricional, saúde mental, saúde bucal, infecções sexualmente transmissíveis HIV/AIDS, hepatites virais e tuberculose, imunização e vigilância do óbito. Em paralelo as ações previstas no Plano de Trabalho, as (EMSI) e (NASI) são orientadas de forma contínua para a importância da realização da qualificação para aprimoramento do trabalho em saúde e contexto intercultural, bem como sobre as metas previstas em cada eixo.

Informamos que além das ações de Educação Permanente contidas no Plano de Trabalho anual, as EMSI, NASI e DIASI permanecem realizando articulações com os Estados e municípios, buscando sempre oportunidades para qualificação profissional.

## 7. CONTROLE SOCIAL

### Número de Conselhos Locais de Saúde Indígena - CLS e Número de Respetivos Conselheiros

DSEI INTERIOR SUL		
QUANT	CLSI	Nº MEMBROS
1	ARAQUARI	10
2	JOSÉ BOITEUX	10
3	FLORIANÓPOLIS	11
4	IPUAÇU	10
5	CHAPECÓ	8
6	NONOAI	9
7	GUARITA	17



Ministério da Saúde  
Secretaria de Saúde Indígena  
Gabinete  
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

8	PASSO FUNDO	24
9	BARRA DO RIBEIRO	14
10	PORTO ALEGRE	25
11	VIAMÃO	14
12	OSÓRIO	8
TOTAL	CONSELHEIROS LOCAIS	160

Fonte: CGCSI/SESAI/MS, 2023.

**Número de Conselheiros Distritais de Saúde Indígena - CONDISI**

CONDISI INTERIOR SUL	
Nº	Nº MEMBROS
1	72

Fonte: CGCSI/SESAI/MS, 2023.

**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 Pnaspi.

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.

