



PLANO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA

2024 - 2027

**Distrito Sanitário Especial Indígena
Araguaia**

SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA – MT, 2024



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Plano Distrital de Saúde Indígena – DSEI Araguaia

Nísia Trindade
Ministra da Saúde

Ricardo Weibe Tapeba
Secretário de Saúde Indígena

Labé Kàlàriki Idjawaru Karajá
Coordenador Distrital de Saúde Indígena DSEI Araguaia

Francisco Nadson Saraiva Cardoso
Chefe da Divisão de Atenção à Saúde Indígena/Substituto

Jeovany Garcês
Chefe da Casa de Apoio à Saúde Indígena

Pâmela Gabriela Ramos
Chefe do Serviço de Contratação de Recursos Logísticos

Manoel Vicente de Oliveira Filho
Chefe de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena

Iwrraru Karaja
Chefe de Serviço de Orçamento e Finanças

Marcos Sobrinho Moraes
Chefe Seção de Apoio Administrativo e Patrimonial

Taroko Edimundo Tapirapé
Presidente do CONDISI



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





Aprovado: Plano Distrital de Saúde Indígena DSEI Araguaia

Resolução 01, de 15 de dezembro de 2023.

Homologação: Boletim de Serviço - Ano 39 - N.34.

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Indígena. Plano Distrital de Saúde Indígena – DSEI Araguaia, 2024-2027



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização geral do DSEI ARAGUAIA	3
Quadro 2 - Características específicas da região do DSEI ARAGUAIA	15
Quadro 3 - Demonstrativo da população por Polo Base	16
Quadro 4 - Distribuição da populacional por Aldeia	18
Quadro 5 - Função social dos indígenas da abrangência do DSEI ARAGUAIA.....	21
Quadro 6 - Característica dos domicílios no DSEI por Polo base (Percentual).....	22
Quadro 7 - Taxa de natalidade do DSEI por ano	23
Quadro 8 - Especificação do tipo e modalidade de execução para estabelecimentos de saúde nas Aldeias Indígenas no DSEI-ARA.....	33
Quadro 10 - Estabelecimentos de saúde para apoio diagnóstico, média e alta complexidade em área de abrangência do Polo base.....	35
Quadro 11 - Estabelecimentos de saúde sem regional de saúde para apoio diagnóstico, média e alta complexidade em área de abrangência do Polo base.	36
Quadro 12 - Demonstrativo da necessidade de ampliação de recursos humano do DSEI ARAGUAIA	40
Quadro 13 - Demonstrativo consolidado da necessidade de ampliação de recursos humano do DSEI ARAGUAIA.....	42
Quadro 14 - Número de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural (PPA)	43
Quadro 15 - Principais temáticas para formação profissional previstas por ano.....	43
Quadro 16 - Número de trabalhadores da atenção qualificados para o aprimoramento do trabalho em saúde por ano.....	44
Quadro 17 - Principais temáticas para formação profissionais por ano	44
Quadro 18 - Previsão de sistema de esgotamento sanitário por aldeia MSD	47
Quadro 19 - Caracterização do meio de transporte entre as unidades de abrangência do DSEI ARAGUAIA.....	50
Quadro 19 - Resultado 1 - Alcançar, em 2023, 90% das crianças menores de 5 anos com esquema vacinal completo de acordo com o calendário indígena de vacinação.....	61
Quadro 20 - Resultado 2 - Alcançar, em 2023, 50,0% das gestantes indígenas com acesso a, no mínimo 6 consultas de pré-natal	62
Quadro 21 - Resultado 3 - Alcançar, em 2023, 60,0% das crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento	64
Quadro 22 - Resultado 4 - Alcançar, em 2023, 92% das crianças indígenas menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional	65

Quadro 23 - Resultado 5 - Alcançar, em 2023, 90,0% de investigação de óbito infantil	66
Quadro 24 - Resultado 6 - Alcançar, em 2023, 92,0% de investigação de óbito maternos	67
Quadro 25 - Resultado 7 - Alcançar, em 2023, 60% da população indígena com primeira consulta odontológica	67
Quadro 26 - Resultado 8 - Alcançar, em 2023, 60% de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica	68
Quadro 27 - Resultado 9 - Reduzir em 5% o número de óbitos por suicídio nos 34 DSEI	69
Quadro 28 - Resultado 10 - Reduzir em 8% a incidência de tuberculos nos 34 DSEI	72
Quadro 29 - Resultado 11. Reduzir em 35% o número de casos novos de malária nos DSEI endêmicos	73
Quadro 30 - Resultado 12. - Alcançar em 50% a participação de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural; e qualificar 70% dos trabalhadores da atenção para o aprimoramento do trabalho em saúde.....	73
Quadro 31 - Resultado 13 - Qualificar 70% dos trabalhadores da atenção para o aprimoramento do trabalho em saúde.....	73
Quadro 32 - Resultado 14 - Alcançar 100% dos estabelecimentos de saúde indígena com sua respectiva força de trabalho cadastrados no CNES e SESA RH.....	74
Quadro 33 - Resultado 1: Ampliar em 7% a cobertura de água potável nas aldeias indígenas até 2023.....	74
Quadro 34 - Resultado 2: Realizar, até 2023, o tratamento da água em 100% das aldeias com infraestruturas de abastecimento de água existentes.	75
Quadro 35 - Resultado 3: Ampliar, até 2023, em 15% a cobertura de aldeias com o monitoramento da qualidade da água.	76
Quadro 36 - Resultado 4: Ampliar, até 2023, em 15% a cobertura de aldeias com gerenciamento de resíduos sólidos domésticos implementados.....	76
Quadro 37 - Resultado 5: Ampliar em 15% a cobertura de aldeias com destino adequado de resíduos sólidos domésticos.....	76
Quadro 38 - Resultado 6: Ampliar, até 2023, em 7% às melhorias das infraestruturas de saneamento de água existentes nas aldeias indígenas	77
Quadro 39 - Estratégia 1: Promover e Qualificar as ações e equipes de atenção e vigilância em saúde indígena.	82
Quadro 40 - Estratégia 2. Melhorias das infraestruturas de saúde e dos serviços de saneamento nas áreas indígenas	84
Quadro 41 - Estratégia 3. Planejamento de bens e serviços adequados à execução das ações de saúde indígena pelo DSEI.....	85

Quadro 42 - Estratégia 4: Monitoramento da execução orçamentária dos recursos empenhados nos Contratos continuados, Atas de Registro de Preços e demais instrumentos celebrados no âmbito dos DSEI.....	85
Quadro 43 - Estratégia 5: Ampliação da articulação Interfederativa e Intersetorial com vistas à integralidade das ações de Atenção à Saúde Indígena.	86
Quadro 44 - Estratégia 6: Fortalecimento das instâncias de controle social do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico, étnico-cultural e linguística dos povos indígenas por Polo Base.....	20
Tabela 2 - Perfil do recebimento de benefício sociais dos indígenas de abrangência do DSEI ARAGUAIA.....	22
Tabela 3 - Taxa de incidência das principais morbidades que acometem os povos indígena do DSEI ARAGUAIA.....	24
Tabela 4 - Causas de mortalidade geral de indígenas no DSEI e Taxa de mortalidade geral por ano, 2020 a 2022 UEH.....	25
Tabela 5 - Causas de mortalidade de crianças indígena < 1 ano no DSEI e taxa de mortalidade infantil por ano, 2020 a 2022	26
Tabela 6 - Causas de mortalidade materna no DSEI e Razão de mortalidade materna por ano, 2020 a 2022	27
Tabela 7 - Principais Especialidades que geram referência para a média e alta complexidade, 2020 a 2022	28
Tabela 8 - Principais especialidades/morbidades que geram referência para a CASAI, 2020 a 2022.....	28
Tabela 8 - Quantitativo de usuários com doenças crônicas não transmissíveis e que necessitam de intervenção/cuidados específicos em 2022.....	30
Tabela 9 - Quantidade atual de estabelecimentos de saúde indígena por descrição do subtipo, Nº de reformas/ampliações e novos estabelecimentos previstos.	32
Tabela 10 - Demonstrativo geral de recursos humano existente no DSEI ARAGUAIA.....	38
Tabela 11 - Capacidade de EMSI instalada atualmente	40
Tabela 12 - Caracterização das aldeias sobre infraestrutura de saneamento.....	45
Tabela 13 - Tecnologias de tratamento de água mais utilizada, 2023	45
Tabela 14 - Tecnologias de tratamento e disposição final de esgotamento mais utilizada, 2023	46
Tabela 15 - Previsão de implantação de infraestrutura de abastecimento de água por aldeia 2024 a 2027	46
Tabela 16 - Previsão de reforma e/ou ampliação de infraestrutura de abastecimento de água por aldeia.....	47
Tabela 17 - Caracterização resumida do acesso às aldeias por tipo de transporte no DSEI ARAGUAIA	56
Tabela 18 - Número de veículos e equipamentos de transporte por tipo.	56
Tabela 19 - Total de conselheiros locais, distritais e assessor indígena no DSEI ARAGUAIA.....	56
Tabela 20 - Previsão de capacitação anual de conselheiros distritais e conselheiros locais do DSEI ARAGUAIA.	57
Tabela 21 - Previsão de Reunião do Conselho Distrital e Conselhos Local do DSEI	57

LISTA DE SIGLAS

AAE	Atenção Especializada à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças prevalentes na Infância
AIS	Agentes Indígenas de Saúde
AISAN	Agente Indígena de Saneamento
ATL	Acampamento Terra Livre
BSE	Boletim de Serviço Eletrônico
CASAI	Casa de Saúde Indígena.
CGCSI	Coordenação Geral de Gestão dos Contratos de Bens, Serviços e Insumos de Saúde Indígena
CIEVS	Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
CLSI	Conferências Locais de Saúde Indígena.
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNSI	Conferência Nacional de Saúde Indígena
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONDISI	Conselhos Distritais de Saúde Indígena.
DDA	Doenças diarreicas agudas
DEAMB	Departamento de Projetos e Determinantes Ambientais da Saúde Indígena
DIAS	Divisão de Atenção à Saúde Indígena
DRSAI	Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado
DSEI	Distrito Sanitário Especiais Indígenas.
DSEI ARA	Distrito Sanitário Especial Indígena Araguaia
EaD	Educação a Distância
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena.
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
Funrural	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
GTVO	Grupo Técnico de Vigilância do Óbito
HÓRUS	Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica
IMR	Instrumento de Medição de Resultado
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MDDA	Monitoramento de Doenças Diarreicas Agudas
MM	Mortalidade Materna
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde.
MVPI	Mês da Vacinação dos Povos Indígenas

ODS	Objetivos De Desenvolvimento Sustentável
PDSI	Plano Distrital de Saúde Indígena.
PIRC	Povos Indígenas de Recentemente Contato
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNS	Plano Nacional de Saúde.
PPA	Plano Plurianual de Saúde.
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RMM	Razão De Mortalidade Materna
RT	Referência técnica
SAA	Sistemas de Abastecimento de Água
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SasiSUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.
SELOG	Serviço de Contratação de Recursos Logísticos
SEOFI	Serviço de Orçamento e Finanças
SEPAT	Setor de Patrimônio e Apoio Técnico Administrativo
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena.
SESANI	Serviço de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena
SG	Síndromes Gripais
SIAS	Sistema de Informação à Atenção indígena
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Terras Indígenas
UBSI	Unidade Básica de Saúde Indígena.
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional

SUMÁRIO

1.	APRESENTAÇÃO.....	1
2.	METODOLOGIA E PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PDSI 2024-2027	2
3.	CARACTERIZAÇÃO GERAL DO DSEI.....	3
3.1.	História da população Indígena	3
	O Povo Indígena Karajá.....	3
	O Povo Indígena Tapuia.....	5
	O Povo indígena Tapirapé.....	6
	O Povo Indígena Kanela do Araguaia.....	8
	O Povo Indígena Maxacali do Araguaia.....	9
	O Povo Indígena Avá-Canoeiro	11
3.2.	Dados Geográficos	12
4.	DETERMINANTES E FATORES DE RISCOS AMBIENTAIS.....	14
4.1.	Dados demográficos.....	15
4.2.	Determinantes Sociais.....	21
4.3.	Perfil epidemiológico.....	23
5.	ESTRUTURAÇÃO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA - Atual e previsão	32
5.1.	Rede de Atenção à Saúde.....	34
5.2.	Gestão do Trabalho e educação na saúde	38
5.2.1.	Força de Trabalho.....	38
5.2.2.	Qualificação profissional	43
5.3.	Infraestrutura de saneamento.....	45
5.4.	Meio de transporte.....	48
5.5.	Controle social.....	56
5.6.	Recursos financeiros	58
6.	AVALIAÇÃO DO PDSI 2020-2023.....	61
6.1.	Estratégia - Atenção à Saúde	61
6.2.	Estratégia - Edificações e Saneamento Ambiental	74
	Análise controle social.....	77
	Avanços.....	79
	Desafios	79
7.	RESULTADOS ESPERADOS	82
7.1.	ATENÇÃO À SAÚDE.....	82
7.2.	INFRAESTRUTURA E SANEAMENTO.....	84
7.3.	PLANEJAMENTO E GESTÃO DE BENS E SERVIÇOS	85
7.4.	MONITORAMENTO ORÇAMENTÁRIO	85

7.5.	ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA	86
7.6.	CONTROLE SOCIAL.....	86
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
9.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88

1. APRESENTAÇÃO

A Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) tem como principal atribuição, no Ministério da Saúde (MS), coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi-SUS) em todo Território Nacional, tendo como principal finalidade promover e ampliar a oferta de ações e serviços de saúde voltados aos diferentes perfis epidemiológicos e contextos culturais da população indígena, fomentando os saberes tradicionais da medicina indígena como principal diretriz do cuidado.

Para efetivar as ações do Sasi-SUS de forma democrática e participativa, esse ano será construído o Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) 2024-2027, previsto na Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 29 de setembro de 2017.

O PDSI é um instrumento eficaz para o desenvolvimento e aprimoramento do planejamento, do orçamento e da gestão, dando uma especial atenção ao monitoramento e avaliação, no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e integrado ao Plano Plurianual - PPA, Plano Nacional de Saúde (PNS) e ao Planejamento Estratégico da Secretaria de Saúde Indígena para os anos de 2024 a 2027 e em consonância com a Conferência Nacional de Saúde Indígena.

Para garantia do monitoramento e avaliação, após a homologação do PDSI serão criados instrumentos de gestão, que sistematizam esse processo de forma contínua e organizada. O monitoramento envolve o acompanhamento regular das atividades, prazos, custos e qualidade das ações. Deve ser uma prática contínua que permite identificar desvios, problemas ou riscos, bem como fazer ajustes e tomar ações corretivas quando necessário.

A avaliação, por sua vez, é uma análise mais abrangente e sistemática do plano, que busca avaliar o seu desempenho, resultados e impacto alcançados. Ela é realizada em momentos específicos, como o término de fases ou do plano como um todo, e visa verificar se os objetivos foram alcançados e se os benefícios esperados foram obtidos.

Este plano apresenta a estruturação do DSEI, bem como as estratégias, objetivos, metas, produtos e ações a serem desenvolvidos no período de quatro anos.

2. METODOLOGIA E PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PDSI 2024-2027

No DSEI Araguaia foi realizada uma reunião no dia 18/09/2023, onde foi criado o grupo condutor para Construção do PDSI, composto por dois (02) técnicos da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI), dois (02) técnicos do Serviço de Edificações e Saneamento Ambiental (SESANI), dois (02) técnicos dos Serviços Logísticos, Coordenador Distrital, Chefe da DIASI, Ponto focal do PDSI 2024-2027 e CONDISI. Na oportunidade foi apresentado o cronograma de datas, bem com os manuais instrutivos e demais as ferramentas orientativas recebidas do nível central da SESAI para construção do PDSI. Na ocasião, foram definidas também as datas para realização das reuniões de Conselhos Locais de Saúde Indígena CLSI. Foram realizadas quatro (04) reuniões de CLSI os Polos de Santa Terezinha - MT em 25/09/2023, onde participaram 3 conselheiros e 16 lideranças indígenas, São Félix do Araguaia - MT em 28/09/2023, sendo 10 conselheiros e 18 lideranças indígenas, Confresa - MT em 24/10/2023 com a participação de 6 conselheiros e mais 31 participantes entre lideranças e caciques e Goiás em 26/10/2024, houve participação de 2 dos 4 conselheiros locais daquele CLSI e 19 participantes entre lideranças e caciques.

Nas reuniões de CLSI foi apresentado o PDSI 2024-2027 em construção, os conselheiros locais realizaram a inclusão de novas aldeias no plano mediante aprovação da maioria dos mesmos, bem como as necessidades referentes à construções, reformas, ampliações, incremento na quantidade de profissionais que atuam na Sede de Polos Base e nas EMSI junto às comunidades assistidas pelo DSEI Araguaia.

Para definição das prioridades nas reuniões de CLSI os conselheiros optaram por manter as prioridades do PDSI 2020-2023 e as inclusões a partir das maiores necessidades. As áreas técnicas da DIASI, SESANI, SELOG e SEOFI também participaram do processo de construção deste PDSI num processo dinâmico de construção coletiva. Este planejamento seguiu os prazos pré-estabelecidos de envio ao nível central da SESAI para revisões e recomendações, sendo o mesmo homologado em reunião distrital do CONDISI Araguaia realizada nos dias 14 e 15/12/2023, na cidade de São Félix do Araguaia onde estiveram presentes 75 participantes, sendo destes 42 conselheiros distritais de saúde indígena e os demais eram usuários, caciques, lideranças indígenas e trabalhadores do DSEI.

3. CARACTERIZAÇÃO GERAL DO DSEI

Quadro 1 - Caracterização geral do DSEI ARAGUAIA

Caracterização	Descrição
Extensão Territorial	15.375 Km ²
Município sede do DSEI	São Félix do Araguaia - MT
Endereço	Rua do Comércio/Newton Burjack, 322, Centro, CEP: 78670-000
E-mail	dseiara.sesai@saude.gov.br
Município com população indígena em sua jurisdição	11: Santa Terezinha - MT, Pium - TO, Lagoa da Confusão - TO, Formoso do Araguaia, Luciara - MT, Porto Alegre do Norte - MT, Canabrava do Norte - MT, Aruanã - GO, Minaçu - GO, Nova América - GO, Rubiataba - GO.
Total da População Indígena	5.505 habitantes aldeados 977 habitantes desaldeados
Nome das Etnias existentes	Karajá, Tapirapé, Tapuia, Avá-Canoeiro, Krenak Maxacali, Kanela.
Nº de Polos Base	4 (Tipo II)
Nº de UBSI	17
Nº de CASAI	1
Nº de Aldeias	51
Nº de Famílias	1.251
Meios de transporte utilizados, se possível incluir a proporção	Fluvial: 29,41 Terrestre: 70,59

Fonte: SIASI, 02.10.2023.

3.1. História da população Indígena

O Povo Indígena Karajá

O nome deste povo na própria língua é Iny “nós”. O nome Karajá não é a autodenominação original. É um nome tupi que se aproxima do significado de “macaco grande”. As primeiras fontes do século XVI e XVII, embora incerta. Por volta de 1888, já apresentavam as grafias "Caraiaúnas" ou "Carajaúna", pelo Ehrenreich propôs a grafia Carajahí. Em 1908, Krause consagrou-se a grafia em nome de Karajá (Filho, 1999). Os Povos indígenas Iny (Karajá), pertencem ao tronco linguístico Macro-Jê e são divididos em três subgrupos: Javaé, Xambioá e Karajá. (Toral, 1992; Santos, 2002; Rodrigues, 2008).

Sabe-se que Povo Iny (Karajá) tem o rio Araguaia como um eixo de referência mitológica e social. A Ilha do Bananal é conhecida como maior Ilha fluvial do mundo que está no centro da extensão do vale do rio Araguaia e rio Javaé, sendo cerca de

dois milhões de hectares. Suas aldeias estão preferencialmente construídas próximas aos afluentes do rio Araguaia e do rio Javaé, bem como no interior da Ilha do Bananal/TO. Cada aldeia estabelece um local específico de pesca, caça e práticas rituais demarcando internamente espaços culturais conhecidos por todo o grupo.

Em relação ao processo de contato permanente dos povos Iny (Karajá) com a sociedade nacional fez com que eles adotassem bens culturais da sociedade envolvente (alimentação, língua, hábitos, ensino, religião entre outros). Importante ressaltar que o contato permanente trouxe sofrimentos tais como: a tuberculose, o alcoolismo e a subnutrição, que também tem sido alvo fácil de discriminação das populações urbanas.

É notório que a convivência permanente com sociedade envolvente não afastou ou impediu de manter seus costumes tradicionais, como: a língua materna, as bonecas de cerâmicas, as pescarias familiares, os rituais como a festa de Aruanã e da Casa Grande (Hetohoky). Sobretudo, os usos dos enfeites plumários, as pinturas corporais, dois círculos na face, além de artesanatos para comercializar aos turistas, na qual através de vendas de artesanatos vem garantindo a subsistência dos familiares. Há indicativo de que ocorreram duas frentes de contato com os povos indígenas Karajá. A primeira foi representada pelas missões jesuítas da Província do Pará, assinalando a presença do Padre Tomé Ribeiro em 1.658, que se encontrou com os Iny (Karajá) do baixo Araguaia, provavelmente os Xambioá (ou os Karajá do Norte, como prefere ser chamado).

Os Karajá têm ainda uma intrigante chefia que, no passado, parece ter tido duas funções: a ritual e a social. Uma criança, do sexo masculino ou feminino, era escolhida pelo chefe ritual, dentre aquelas a ele ligadas por linha paterna, para ser educada como sua sucessora. Tanto o chefe ritual quanto a criança escolhida ainda hoje recebem as mesmas denominações indígenas de *ióló* e *deridu*.

As divergências políticas entre aldeias são também comuns, mas a manutenção de uma solidariedade entre elas, motivada no passado pelas guerras contra outras etnias e, no presente, pela reivindicação de demarcação das terras, desocupação dos posseiros e fazendeiros da Ilha do Bananal, é reforçada pelos rituais que incentivam e celebram o encontro entre as aldeias.

A alimentação da comunidade é habitualmente a base de peixes, tartarugas e seus ovos, tracajás e seus ovos, oriundos do rio Araguaia e dos lagos. Apreciam

alguns mamíferos e demonstram especial predileção na captura de araras, jaburus e colhereiros para enfeites plumários.

As roças são feitas nas matas-galeria, com a prática da coivara, porém atualmente, poucos indígenas fazem roça. A mandioca é um alimento básico da dieta, e é utilizada para preparar uma variedade de pratos, como o beiju, a tapioca e a farinha. Observa-se ao longo do tempo, uma transição da alimentação tradicional para o consumo de alimentos industrializados pelo povo Iny, sobretudo entre os mais jovens. Os registros etnográficos e históricos citam o cultivo do milho, da mandioca, da batata, da banana, da melancia, do cará, do amendoim e do feijão. Com as facilidades da cidade, estes produtos se reduzem hoje ao milho, banana, mandioca e melancia. Eles aproveitam também a coleta dos frutos do cerrado, como o oiti, mangaba, murici, muricisão e o pequi, e a coleta do mel silvestre.

Os Karajá têm um vasto conhecimento sobre a natureza, e utilizam esse conhecimento para fins medicinais. Eles utilizam plantas, ervas e raízes para tratar uma variedade de doenças, como dor, febre, diarreias, infecções, doenças mentais, dentre outras doenças tidas como culturais (feitiço).

O povo Iny também têm um conhecimento profundo sobre o corpo humano, e utilizam esse conhecimento para realizar tratamentos de cura. Eles praticam massagens, sangrias e rituais de pajelança para tratar doenças e promover a saúde.

O Povo Indígena Tapuia

Os Tapuios são descendentes de quatro grupos indígenas - Xavante, Xerente, Kayapó e Karajá -, além de negros fugidos das fazendas dos senhores - que foram transplantados para o Aldeamento Carretão, construído pela coroa portuguesa na então província de Goiás, em 1788, e desativado no final do século XIX (MOURA, 2008).

Conforme Moura (2008), após dois séculos de miscigenação que resultaram na dispersão do grupo entre a população regional, os Tapuios adquiriram visibilidade pelo nascimento de um novo grupo orgânico de indivíduos. O ressurgimento da comunidade no cenário brasileiro na década de 1980 ocorreu por meio de um processo de emergência étnica que, no Brasil, vem acontecendo desde 1940. Nesse processo, os Tapuios reinterpretem o aldeamento Carretão como a origem mitológica da comunidade, resgatando laços de ancestralidade com seus primeiros habitantes e redefinindo seu espaço territorial.

Moura (2008) ressalta que atualmente, eles são estimados em torno de 200 pessoas e habitam a Terra Indígena Carretão, também conhecida regionalmente como 'fazenda dos Tapuios' 2, situada entre a Serra Dourada (ou do Tombador) e o rio Carretão), nos municípios de Rubiataba e Nova América, no estado de Goiás. A área indígena é composta de duas glebas não contínuas, quais sejam: a Gleba 1, subdividindo-se em Gleba 1-A, localizada no município de Nova América, e Gleba 1-B, localizada no município de Rubiataba, totalizando 1.666 hectares; e a Gleba 2, localizada também no município de Nova América, com uma área de 77 hectares. As duas glebas perfazem um total de 1.743 hectares. Fora da área indígena, há notícias de aproximadamente trezentos Tapuios morando em cidades e fazendas (SIASI, 2019).

Os Tapuia que permanecem no processo de aldeamento, já não praticam mais os rituais tradicionais, bem como a alimentação cultural de seus ancestrais, pois, tais conhecimentos foram se perdendo ao longo do tempo. Com a mudanças de hábitos alimentares observa-se o aumento de doenças como hipertensão arterial e diabetes Mellitus.

O Povo indígena Tapirapé

Os indígenas Tapirapé (Tapi'itawa) são grupos originários do baixo curso dos rios Tocantins e Xingu, onde viveram desde o século XVII. Habitavam a região do médio curso do rio Araguaia, na segunda metade do século XVIII, bem como no mesmo período se fez de presente ao norte do rio Tapirapé (Balduz, 1970). Os Tapirapé têm como tronco linguístico o Tupi, eram considerados nômades, e posterior ao contato, sedentários.

A história do contato do povo Tapirapé com a sociedade não índia, não é diferente dos outros povos indígenas.

No início do século XVII, expedições paulistas direcionadas à escravização de indígenas, dirigiram-se para a região entre o Araguaia e o Tocantins, provocando mudanças na localização dos grupos indígenas do Brasil central. Estas migrações culminaram em brigas e ataques de grupos indígenas que antes conviviam pacificamente, como os Karajá e os Kayapó. Os Tapirapé têm uma série de narrativas históricas que assinalam sua presença secular nas matas da margem esquerda do rio Araguaia, especificamente na região de serras conhecidas como Urubu Branco, que estão localizadas no município de Santa Terezinha/MT.

No século XIX, os Tapirapé encontravam-se divididos - grupos guerreiros (Maakotāwa, Ipirakwaritāwa e Xexotāwa e grupos pacíficos. Uma parte estava na margem esquerda do Araguaia, no estado do Pará, pouco acima de sua divida atual com o Mato Grosso. Suas aldeias iam do Pará até o Norte e arredores do rio Tapirapé já no século XVIII. Outra parte do grupo encontrava-se na Ilha do Bananal (atual estado do Tocantins), em contato com os Javaé. Alcançaram a ponta norte da ilha já em 1775 (Baldus, 1970). Mantinha intensa comunicação com os Javaé, principalmente das aldeias WariWari e Imotxi, com visitas, comércio regular e intercâmbio de canções e rituais.

O território dos Tapirapé em 1993 e pouco antes desta data era compreendido pela margem esquerda do rio Araguaia, até pouco acima da atual divisa dos estados de Mato Grosso com o Pará. Eram aproximadamente 1.500 pessoas vivendo em cinco aldeias, todas localizadas próximas às margens esquerda do Araguaia. O contato existente era basicamente com outras etnias. Com a chegada destes bandeirantes e com os ataques constantes dos Kayapó/Karajá e a intensificação com os não indígenas, trouxe grandes danos, principalmente aparecimento de doenças como a malária, surtos de gripes e outras infecções respiratórias e fez com que no final da década de 40 eles estivessem à beira da extinção.

Na década de 50 chegaram para morar com os Tapirapé, as irmãzinhas de Jesus, vindas da França e o Padre Francisco Jentel, que os ajudariam a restabelecer suas comunidades, aumentando a população gradativamente. Os agravos de saúde atualmente não diferem em seu comportamento epidemiológico da população Karajá, observando-se, porém, uma discreta mudança nos últimos 17 anos em relação aos surtos sazonais de malária, que praticamente foi erradicada. (Plano Distrital do DSEI Araguaia, 2002).

A situação atual de terra do povo Tapirapé ainda é um tanto conflitante, desde 2000 que eles se mudaram da antiga aldeia onde habitavam toda população, se instalaram nas fazendas da terra indígena Tapirapé/Karajá e Urubu Branco, devolvida a eles pela FUNAI. Assim a população se dividiu em sete (07 aldeias), Tapi'Itawa. Akari'itawa e Tawajaãwa, Wirião'tawa. Taipiparamy'tawa e Burity. Porém, os fazendeiros insistem em retomar as antigas fazendas e isso gerou conflitos constantes entre indígenas e fazendeiros. Atualmente eles conseguiram tomar espaço e sobreviver à roça de toco.

Os Tapirapé são um povo muito social. Eles se reúnem para dançar, cantar e contar histórias. Eles também são muito religiosos e acreditam em um espírito supremo chamado "Tupã".

A caça é a principal fonte de proteína para os Tapirapé. Eles caçam animais como veados, tatus, capivaras e pacas. Eles também pescam no rio Tapirapé e coletam frutas, nozes e raízes na floresta.

A mandioca é o alimento básico da dieta Tapirapé. Eles fazem farinha de mandioca, que é usada para fazer uma variedade de pratos, como mingau, bolos e sopa. Eles também cultivam milho e feijão.

Os Tapirapé têm um forte conhecimento da medicina tradicional. Eles usam plantas, ervas e raízes para tratar uma variedade de doenças, como febre, dor de cabeça e dor de barriga. Eles também usam esses remédios para prevenir doenças e manter a saúde.

Os Tapirapé também usam a medicina tradicional para tratar doenças espirituais. Eles acreditam que algumas doenças são causadas por espíritos malignos. Eles usam rituais e remédios para expulsar esses espíritos.

Os Tapirapé estão preocupados com a perda de seu conhecimento tradicional. Eles estão trabalhando para preservar sua cultura e seu modo de vida.

O Povo Indígena Kanela do Araguaia

A etnia Kanela é oriunda do estado do Maranhão, pertencente ao tronco Macro-Jê, também forma grupo de Timbira entre os indígenas Krahô, Apinajé e Gavião: a língua é Timbira Oriental da família Jê. Os Kanela são compostos de cinco nações remanescentes dos Timbira Orientais, dos quais os Kanela são conhecidos e autodenominados de Rankokamenkrá (Memothumré) e os Apanyekrá.

Por volta de 1948 ocorreu o primeiro registro da presença dos Kanela, no noroeste de Mato Grosso. Atualmente vivem em diversos núcleos urbanos, nos municípios de Luciara/MT, Santa Terezinha/MT, Confresa/MT, Canabrava do Norte/MT e aldeias: Porto Velho e Bom Jesus que ficam 40 Km da aldeia Pukanũ, ambas localizadas a margem direita do rio Tapirapé no Município de Luciara - MT e Tapiraká no Município de Santa Terezinha - MT, recém-retomada em 2016, terras de onde sofreram esbulho desde o início da década de 70. Os registros apontam que em meados da década de 50 até final da década de 90, várias famílias foram expulsas das terras que atualmente reivindicam. E sem espaço para sobreviver conforme seus

costumes foram exercer o trabalho na atividade de peão, boia fria e vaqueiros para retireiros da Ilha do Bananal/TO.

Vivendo da criação de gado e da agricultura de subsistência. Segundo relato de Joaquim Pereira dos Santos: “Nós somos indígenas do Maranhão, nós mudamos do Maranhão em 1948. Saímos de lá por causa do massacre, o pessoal queria matar os indígenas - os fazendeiros, meus pais correram mais meus avós se refugiando das perseguições (...). De lá passamos para Goiás e aí mudamos para o estado de Mato Grosso, na beira do Araguaia”.

Em 04 de julho de 2008, o Coordenador Geral de Estudos e Pesquisas da FUNAI, Cláudio do Santo Romero, emitiu Declaração reconhecendo os Senhores: Bernardino Carlos Costa e Joaquim Pereira dos Santos, bem como seus familiares, indígenas da etnia Kanela, oriundos do Maranhão, fruto de uma constante luta e resistência pelo reconhecimento desde 1997, considerando suas origens, uma vez que nunca deixaram apagar da memória de seus ancestrais que conduziram várias famílias na trajetória do Estado do Maranhão ao noroeste de Mato Grosso. Desta forma os remanescentes do grupo se organizam e buscam resgatar suas identidades étnicas, bem como a âncora de uma terra indígena na região, onde possam se fixar como grupo étnico, conhecidos como KANELA DO ARAGUAIA, cuja identidade cultural originária é o grupo Apanyekrá Timbira originários do Maranhão.

Os Kanela do Araguaia, ainda não possuem terra indígena demarcada, entretanto, vivem em aldeamentos localizados na terra, onde aguardam pela demarcação. Este povo está fazendo um trabalho de resgate da língua, costumes e tradições culturais e alimentares por meio de intercâmbios com o grupo Kanela de Maranhão e com outras etnias promovidos em parceria com a FUNAI.

O Povo Indígena Maxacali do Araguaia

Os Maxakali enfrentam hoje o grande desafio de superarem as dificuldades decorrentes de sucessivas administrações autoritárias, o que se tem refletido nos graves problemas de embriaguez, desajustes sociais e marginalização econômica. A forma de luta adotada pelo grupo tem sido a de opor resistência sistemática a casamentos interétnicos e a mudanças na organização social e no seu universo cultural, optando pela entropia e isolamento como ordenadores das suas relações interétnicas. Segundo o etnólogo Nimuendajú (1958), os remanescentes Maxakali do Vale do Mucuri, em Minas Gerais, se autodenominam Mônaco. Entretanto de acordo

com o antigo chefe de posto conhecedor da língua, da organização social e da história dos Maxakali. A origem do termo "maxakali" é desconhecida. Não surgiu do próprio povo, pois nem consegue pronunciá-lo com facilidade. Segundo Nimuendajú, o termo que usavam para designar a si próprios era "Monacóbm" (1958:54). É bem possível que ele estivesse se referindo ao termo para "antepassado" mōñāyxop. O termo usado para autodesignação é tikmũ'ũn que é também um coletivo "nós".

A língua Maxakali foi classificada por Loukotka como "Paleo-American", uma divisão do Brasil Central (1968:68, 218). Mason, no entanto, usou o termo Macro-Gê. Este geralmente classificava de modo vago todas as línguas dessa parte do mundo que não haviam sido classificadas anteriormente. Ele incluiu a família de línguas "Mashacali" que segundo ele, era composta de seis grupos distintos: 1) Capashó, 2) Cumanshó, 3) Macuni, 4) Mashacali, 5) Monoshó, e 6) Panyamé (Mason, 1946:288, 295). Os Maxakali (palavra em língua desconhecida, aplicada pela primeira vez na área do rio Jequitinhonha) não podem ser identificados como um único grupo, mas como um conjunto de vários grupos aparentados, falantes de línguas próximas e hoje identificados como pertencentes à família linguística Maxakali.

A denominação decorre desses grupos se articularem politicamente como aliados e terem sido aldeados conjuntamente, sobretudo após 1808, ocorreram à invasão pelos indígenas Botocudos em defesa de seus territórios, o que resultou nas mortes de muitos indígenas. Os Maxakali do Araguaia são originários desta região e deste grupo étnico: se instalaram no Vale do rio Araguaia, como os funcionários do antigo SPI e posteriormente da FUNAI, quando estes nas décadas de 40 e 50, nos governos de Getúlio Vargas e Juscelino Kubistchek. No mesmo período marcou a intensa atuação das políticas de integração nacional, dentre elas as operações Roncador - Xingu e ocupação da Ilha do Bananal, onde o SPI juntamente com a FUNDAÇÃO BRASIL CENTRAL intensificou as ocupações e destruição de terras do estado do Mato Grosso a grandes turísticas.

Nesse período foi marcada forte pressão de tentativa de integrar os índios do território brasileiro à sociedade nacional. Apesar da criação do SPI para garantir seus direitos e zelar do seu bem comum, isto significa que os gestores não respeitaram os critérios estabelecidos no regimento institucional. Visto que a maioria dos servidores do SPI passou a usurpar as terras e vender para latifundiários. Efetivamente se tornaram donos da terra e hoje se tornaram problemas sérios.

Neste processo de deslocamento ao longo dos anos, estes indígenas perderam a língua materna, bem como os costumes e tradições culturais. E como observado em outras etnias que passaram por processos semelhantes essas mudanças impactaram no processo de saúde e doença devido à mudança nos hábitos alimentares, tornando-os mais susceptíveis às doenças decorrentes da mudança de hábitos alimentares e ausência de atividades físicas como diabetes e hipertensão arterial.

O Povo Indígena Avá-Canoeiro

A partir da década de 1970, os Avá-Canoeiro passaram a ter contato permanente com a sociedade envolvente. Alguns grupos, porém, continuam isolados. O quadro atual desse povo é bastante crítico, devido ao pequeno número de pessoas e à precariedade das condições de vida a que estão sujeitas. Sua capacidade de adaptação tem sido sua maior arma na sobrevivência, já que desde o início do século XIX, a ocupação de seu território tradicional por fazendas, garimpos, vilas e cidades obrigaram os Avá-Canoeiro a deslocamentos contínuos por diversos ecossistemas e contextos.

O contato com o povo Avá-canoeiro se dá em dois momentos. O primeiro se deu quando o sertanista José de Apoena Meirelles estabelece contato com um grupo de 12 indivíduos que se encontram na “Mata do Mamão”, no interior da Ilha do Bananal - TO, habitando junto ao povo indígena Javaé da aldeia Canoanã. Atualmente vivem 16 pessoas, após integração interétnica com o grupo dominante Javaé. Ressalte-se que um grupo permaneceu no município de Minaçu-GO.

Existe ainda um grupo de Avá-Canoeiro sem contato. Segundo moradores da região da Ilha do Bananal/TO, disse que estão vivendo no norte da Ilha do Bananal, nas áreas do Parque Indígena e do Parque Nacional do Araguaia. Em 1991, FUNAI iniciou o processo de desintrusão do Parque Indígena do Araguaia, totalmente ocupado por pequenos criadores de gado. A cerca de 900 ocupantes e invasores, restam aproximadamente 208, na maioria reunida na parte sul da Ilha do Bananal.

Os que ainda não foram constatados suspeita-se que estejam perambulando pela região da Mata do Mamão (na parte sul da Terra Indígena Inãwébohona) que é a maior área de mata nativa da Ilha do Bananal. Lá foram encontrados diversos vestígios, tais como alguns potes de cerâmica. A partir dos anos 1990, os Avá-Canoeiro do Tocantins sofreram o duro impacto da formação do reservatório de Serra da Mesa, concluída em 24 de maio de 2002.

A terra Avá-Canoeiro, localizada nos municípios de Minaçu e Colinas do Sul, no norte goiano, foi uma das seis terras indígenas demarcadas pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva (PT), em 28 de abril de 2023. A área de mais de 31,4 mil hectares é lar de oito Avá Canoeiro e um Tapirapé. Ambas as etnias, falam suas línguas maternas. Quanto aos hábitos alimentares não há mais cultivo de roças, as atividades de caça e pesca também são bem raras. Os alimentos são predominantemente adquiridos na cidade (mercados e açougues), com a introdução de produtos industrializados e ultraprocessados.

As duas indígenas mais idosas deste grupo são portadoras de doenças relacionadas à mudança de hábitos alimentares como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. É um grupo populacional pequeno, porém em risco de vulnerabilidade, sobretudo, pelo fato dos dois adultos jovens em idade reprodutiva são irmãos. Há quatro crianças frutos do casamento da adulta jovem Avá Canoeiro com um indígena Tapirapé. A presença da fogueira intradomiciliar no período noturno faz parte da cultura dos Avá e ainda é praticada na casa das idosas, a exposição à fumaça diariamente, em ambiente fechado, ao longo do tempo causou comprometimento pulmonar em ambas.

3.2. Dados Geográficos

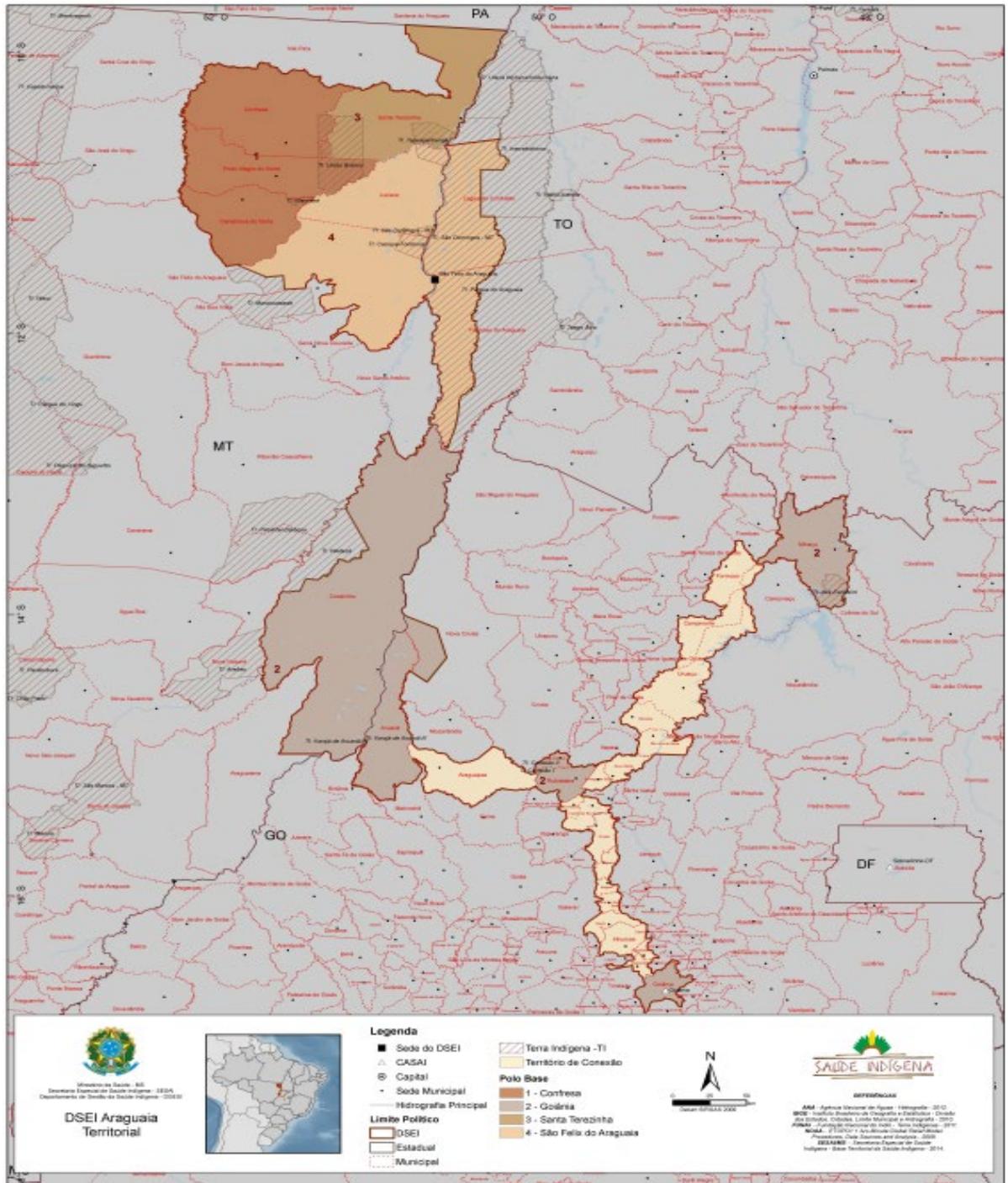
O Distrito Sanitário Especial Indígena do Araguaia (DSEI Araguaia) com sede em São Félix do Araguaia - MT, abrange uma extensão territorial de 15.375 km², onde as aldeias ficam localizadas e distribuídas em três Estados da Federação: Goiás, Mato Grosso e Tocantins. A maior parte das aldeias localizam-se às margens do Rio Araguaia, na Ilha do Bananal, divisa entre os estados de Mato Grosso e Tocantins. Sendo assim, os indígenas estão vinculados aos municípios desses estados onde realizam suas atividades básicas e exercem seus direitos/deveres.

Distribuem-se pelo território jurisdicionado ao DSEI Araguaia os povos indígenas Karajá, Tapirapé, Tapuia, Krenak/Maxacali, Kanela e Avá-Canoeiro. São 5.505 indígenas (SIASI, 2023) que vivem em 53 aldeias. O DSEI possui em sua jurisdição territorial 13 municípios: Aruanã-GO, Nova América-GO, Rubiataba-GO, Minaçu-GO, Formoso do Araguaia - TO, Lagoa da Confusão - TO, Pium - TO, São Félix do Araguaia - MT, Luciara - MT, Santa Terezinha-MT, Confresa-MT, Canabrava do Norte-MT, Porto Alegre do Norte-MT. Sua estrutura é composta por uma sede

localizada em São Félix do Araguaia - MT; 04 Polos Base tipo II (São Félix do Araguaia - MT, Confresa-MT, Santa Terezinha-MT e Goiânia-GO); 17 UBSI localizados dentro das terras indígenas, nas quais as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena - EMSI são distribuídas para garantir cobertura assistencial de 100% da população do Distrito.

Conhecer o território implica em um processo permanente de reconhecimento e apropriação do espaço local e das relações da população da área de abrangência com as equipes de saúde, levando em consideração dados como perfil demográfico e epidemiológico da população, contexto histórico e cultural, equipamentos sociais, lideranças locais e outros aspectos considerados relevantes para intervenção do processo saúde-doença.

Figura 1 - Mapa territorial do DSEI ARAGUAIA



Fonte: SESANI ARA, 2023.

4. DETERMINANTES E FATORES DE RISCOS AMBIENTAIS

As condições de vida de cada indivíduo e da comunidade vão determinar a saúde da população, conhecer o território implica em um processo permanente de reconhecimento e apropriação do espaço local e das relações da população da área de abrangência com as equipes de saúde, levando em consideração dados como perfil demográfico e epidemiológico da população, contexto histórico e cultural,

equipamentos sociais, lideranças locais e outros aspectos considerados relevantes para intervenção do processo saúde-doença.

Quadro 2 - Características específicas da região do DSEI ARAGUAIA

Caracterização	Descrição
Bioma	Cerrado-Amazônia
Sazonalidade	Dezembro - abril período de cheia dos rios Maio - junho vazão dos rios Julho - outubro período de seca dos rios
Barreiras Geográficas	Rio Araguaia, Rio Tapirapé e complexo Serra da Mesa

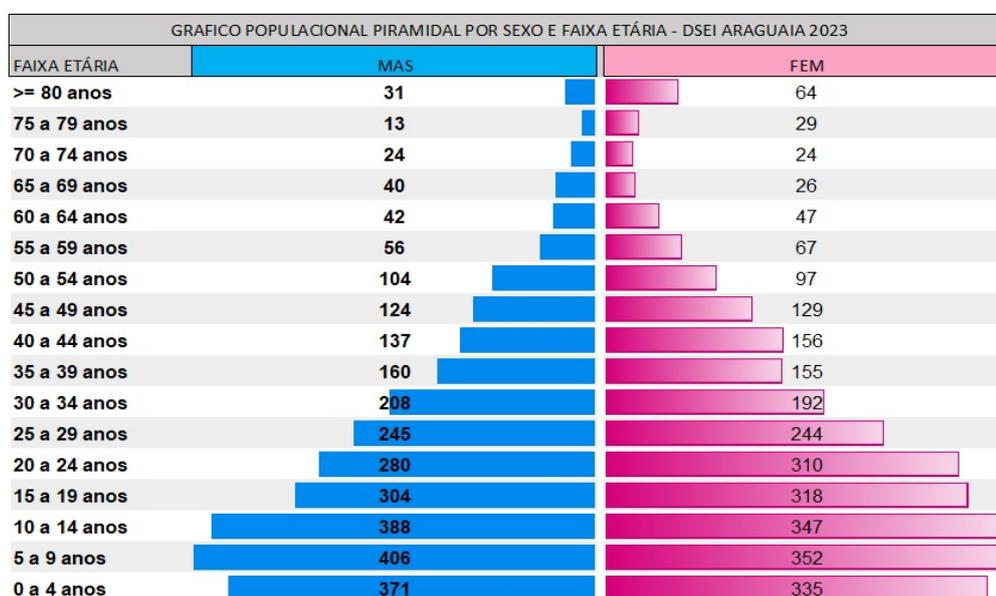
Fonte: DSEI Araguaia, extraído em 02.10.2023.

4.1. Dados demográficos

A estrutura do DSEI é composta por uma sede localizada na cidade de São Félix do Araguaia - MT; 04 Polos Base tipo II (São Félix do Araguaia - MT, Confresa-MT, Santa Terezinha MT e Goiás (em fase de implantação em Aruanã-GO); 19 UBSI localizados dentro das terras indígenas, nas quais as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena - EMSI são distribuídas para garantir cobertura assistencial de 100% da população do Distrito, bem como 01 CASAI localizada na cidade de Goiânia - GO.

Abaixo seguem dados sobre a distribuição demográfica e informações estatísticas da população assistida pelo DSEI Araguaia.

Figura 2 - Pirâmide etária da população das aldeias atendida pelo DSEI ARAGUAIA



Fonte: SIASI, 2023.

A população do Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena Araguaia é predominantemente jovem, com uma idade média de 24 anos. A população feminina é maior que a masculina em todas as faixas etárias, com uma diferença mais acentuada nas faixas mais jovens. As faixas etárias mais velhas representam uma parcela menor da população.

Esse perfil demográfico implica que os investimentos em saúde devem ser direcionados principalmente para as faixas etárias mais jovens, que representam a maioria da população. No âmbito da atenção primária à saúde, por exemplo, é importante fortalecer a cobertura de serviços de saúde materno-infantil, vacinação, controle de doenças crônicas e promoção da saúde. Também é importante investir na formação e qualificação de profissionais de saúde para atender às necessidades específicas da população indígena.

Assim sendo, o DSEI entende que deverá realizar planejamento em saúde priorizando as seguintes áreas temáticas:

- Reduzir a mortalidade infantil e materna
- Melhorar o acesso à vacinação
- Prevenir e controlar as doenças crônicas
- Promover a saúde e o bem-estar

Neste contexto, a pirâmide etária do DSEI Araguaia indica que a população é jovem e que os investimentos em saúde devem ser direcionados para as faixas etárias mais jovens, com foco na redução da mortalidade infantil e materna, no acesso à vacinação, no controle das doenças crônicas e na promoção da saúde e do bem-estar.

Quadro 3 - Demonstrativo da população por Polo Base

Polo Base	População	%
Goiás - GO	497	9,03
Confresa - MT	999	18,15
Santa Terezinha - MT	1355	24,61
São Félix do Araguaia - MT	2654	48,21
Total	5505	100%

Fonte: SIASI, 2023.

No Polo Base de São Félix do Araguaia predominam as etnias Karajá e Kanela do Araguaia, sua sede está localizada na cidade de São Félix do Araguaia-MT que têm sob sua jurisdição a maior população dos quatro polos, distribuídas nos

Municípios de Lagoa da Confusão/TO, Formoso do Araguaia/TO e Luciara/MT. Insta salientar que o município sede do polo não possui população indígena pertencente ao DSEI Araguaia.

Santa Terezinha é o segundo polo base em contingente populacional do DSEI, está sediado na cidade de Santa Terezinha/MT, atendendo a populações pertencentes às etnias Karajá, Tapirapé e Kanela do Araguaia, residentes em aldeias daquele município, bem como no município de Pium/TO, a fronteira de Estado é o rio Araguaia, onde a sede polo está mais próxima da aldeia do que a sede do seu município.

O Polo de Confresa presta assistência às etnias Tapirapé e Maxacali/Krenak. Aldeias pertencentes ao polo estão distribuídas nos municípios de Cana Brava do Norte/MT, Porto Alegre do Norte/MT e Santa Terezinha/MT. Este Polo possui a mesma peculiaridade de São Félix, pois não há aldeia pertencente ao município de Confresa/MT, onde está sediado o Polo Base.

O Polo de Goiás, atualmente sem sede definida, porém com proposta de implantação na cidade de Aruanã/GO, conforme já foi deliberado com o Conselho Local de Saúde daquela região, Conselho Distrital de Saúde Indígena e gestão do DSEI Araguaia. A previsão de implantação da sede do Polo está prevista no PDSI 2024-2027, com intuito de melhorar a organização dos processos de trabalhos das EMSI, qualificar melhor o monitoramento das ações de saúde e ao mesmo tempo, oferecer mais qualidade nos serviços prestados às comunidades das 4 aldeias pertencentes àquele polo que além de estar sediado no estado de Goiás possui aldeia com aproximadamente 1000 km da sede do DSEI.

O Polo já teve sua sede em Goiânia, onde alguns servidores eram lotados e funcionava numa sala na CASAI, entretanto, com o passar dos anos estes servidores foram aposentando e, como a sede ficava muito distante das aldeias, ao longo do tempo Goiânia perdeu a referência de sede polo. Em Goiás estão as etnias Karajá, Tapuia e Avá Canoeiro, distribuídas em aldeias pertencentes aos municípios de Aruanã/GO, Nova América/GO, Rubiataba/GO e Minaçu/GO, respectivamente.

Quadro 4 - Distribuição da populacional por Aldeia

Estado	Polo	Município	Aldeia	Pop. Aldeia
MT	CONFRESA	SANTA TEREZINHA	AKARA'ITÁWA (SANTA LAURA)	75
MT	CONFRESA	SANTA TEREZINHA	BURITI II	87
MT	CONFRESA	SANTA TEREZINHA	TAPIPARANYTÁWA (CÓRREGO DA ONÇA)	140
MT	CONFRESA	SANTA TEREZINHA	TAPI'TÁWA (URUBU-BRANCO)	443
MT	CONFRESA	PORTO ALEGRE DO NORTE	INATAO'TÁWA (SANTA LUZIA)	13
MT	CONFRESA	PORTO ALEGRE DO NORTE	TOWAJAÁWA (SAPEVA)	54
MT	CONFRESA	PORTO ALEGRE DO NORTE	WIRIAOTÁWA CODEBRA 2	60
MT	CONFRESA	PORTO ALEGRE DO NORTE	WIRIAOTÁWA (CODEBRA)	21
MT	CONFRESA	CANABRAVA DO NORTE	KREHELE (RIO PRETO)	21
GO	GOIÁS	MINAÇU	(JATOBÁ) AVÁ CANOEIRO	9
GO	GOIÁS	ARUANÃ	BDE-BURÉ	86
GO	GOIÁS	ARUANÃ	BURIDINA	185
GO	GOIÁS	RUBIATABA/NOVA AMERICA	CARRETÃO	217
MT	SANTA TEREZINHA	SANTA TEREZINHA	HAWALORÁ	145
MT	SANTA TEREZINHA	SANTA TEREZINHA	MAJTYRI' TAWA	54
MT	SANTA TEREZINHA	SANTA TEREZINHA	XEXOTAWA	85
MT	SANTA TEREZINHA	SANTA TEREZINHA	TORIWANI	28
MT	SANTA TEREZINHA	SANTA TEREZINHA	ITXALÁ	330
MT	SANTA TEREZINHA	SANTA TEREZINHA	MAUTARI-CADETE	6
MT	SANTA TEREZINHA	SANTA TEREZINHA	LAGO GRANDE	17
MT	SANTA TEREZINHA	SANTA TEREZINHA	TAPIRAKA	47
TO	SANTA TEREZINHA	PIUM	KURIARU	8
TO	SANTA TEREZINHA	PIUM	HAKOTXI	18
TO	SANTA TEREZINHA	PIUM	MAHIKE	14
TO	SANTA TEREZINHA	PIUM	IBUTUNA	108
TO	SANTA TEREZINHA	PIUM	KUTARIA	36
TO	SANTA TEREZINHA	PIUM	MACAÚBA	483
TO	SANTA TEREZINHA	PIUM	NOVA ALIANÇA LARIWANA	4
TO	SANTA TEREZINHA	PIUM	SÃO JOÃO	31
TO	SANTA TEREZINHA	LAGOA DA CONFUSAO	WANI	26
TO	SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	LAGOA DA CONFUSAO	AXIWÉ	41
TO	SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	LAGOA DA CONFUSAO	FONTOURA	797
TO	SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	LAGOA DA CONFUSAO	KURIAWA	17

Estado	Polo	Município	Aldeia	Pop. Aldeia
TO	SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	LAGOA DA CONFUSAO	SANTA ISABEL DO MORRO	843
TO	SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	FORMOSO DO ARAGUAIA	JK	120
TO	SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	FORMOSO DO ARAGUAIA	KAXIWERA (SÃO PEDRO)	9
TO	SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	FORMOSO DO ARAGUAIA	ITXEÓ	28
TO	SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	FORMOSO DO ARAGUAIA	KURIALA	3
TO	SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	FORMOSO DO ARAGUAIA	KUTARIA - M	27
TO	SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	FORMOSO DO ARAGUAIA	MIRINDIBA	29
TO	SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	FORMOSO DO ARAGUAIA	WATAÚ	104
TO	SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	FORMOSO DO ARAGUAIA	HATANA	8
TO	SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	FORMOSO DO ARAGUAIA	WEREBIA	86
TO	SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	FORMOSO DO ARAGUAIA	WERRERIA	40
TO	SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	FORMOSO DO ARAGUAIA	BREBUNA	4
TO	SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	FORMOSO DO ARAGUAIA	NOVA TYTEMÃ	38
MT	SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	LUCIARA	BOM JESUS	45
MT	SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	LUCIARA	NOVA PUKANU	149
MT	SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	LUCIARA	PORTO VELHO	31
MT	SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	LUCIARA	SÃO DOMINGOS	209
MT	SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	LUCIARA	TERIBRÉ	26
TO	SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	FORMOSO DO ARAGUAIA	BELA WERRERIA	-
TO	SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	FORMOSO DO ARAGUAIA	NOWEKIHW	-
TOTAL				5505

Fonte: SIASI, 2023.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico, étnico-cultural e linguística dos povos indígenas por Polo Base

Polo Base	Nome dos Municípios	Nº Aldeia	Nº Povo / Etnia	Masculino						Feminino						Pop. 505	% de Comunicação em português
				<1	1-4	5-9	10-49	50-59	>=60	<1	1-4	5-9	10-49	50-59	>=60		
Confresa - MT	Canabrava do Norte Porto Alegre do Norte Santa Terezinha	9	4	9	75	79	304	22	25	10	52	71	350	18	20	999	80%
Goiás - GO	Aruanã Rubiataba Nova América Minaçu	04	3	4	5	27	185	24	20	4	6	22	169	22	18	497	90%
Santa Terezinha - MT	Pium Santa Terezinha	16*	4	10	80	133	453	42	25	6	70	104	474	33	45	1355	70%
São Félix do Araguaia - MT	Lagoa da Confusão Formoso do Araguaia Luciara	21*	Karajá; Kanela.	16	151	185	939	69	83	13	149	170	887	88	100	2654	80%

Fonte: SIASI, extração em 02.10.2023.

4.2. Determinantes Sociais

São determinantes estruturais das condições da vida que impactam diretamente na situação de saúde, e são responsáveis pela maior parte das iniquidades em saúde.

Neste sentido o DSEI Araguaia não possui dados específicos sobre IDH, renda, escolaridade e acesso aos cadastros de beneficiários de programas de transferência de renda das etnias assistidas. Logo as informações foram levantadas junto às Secretarias Municipais de Assistência Social, Secretarias Estaduais e Municipais de Educação, por exemplo.

Sabendo que os determinantes sociais são fatores que podem influenciar diretamente no processo de saúde e doença da população, o DSEI irá buscar mecanismos que permitam apropriar de tais informações, visando, oferecer ferramentas para subsidiar os planejamentos das ações em saúde. Tais informações, serão levantadas a partir de articulações Inter federativas, junto aos municípios e estados, onde estão inseridas essas populações.

Quadro 5 - Função social dos indígenas da abrangência do DSEI ARAGUAIA

Setor de Atividades	%
Agricultura	15,68
Professor	0,79
AIS	0,65
AISAN	0,63
Parteira	0,67
Serviços	Pilotos: 0,34 Téc. de Enfermagem: 0,63 Téc. Administrativo: 0,09 Motoristas: 0,07 Servidores: 0,12 Enfermeiros: 0,09 Vigilante: 0,43 Serviços Gerais: 0,12 Merendeiras: 0,12 Agente de endemias: 0,09
Outro, especificar:	Criação de gado: 12 aldeias Arrendamento de pasto: 14 aldeias Pesca: 24 aldeias Artesanato: 33 aldeias Turismo: 03 aldeias

Fonte: DSEI Araguaia, extração em 02.10.2023.

A população indígena da abrangência do DSEI tem um perfil que pode contribuir para as ações de promoção e prevenção da saúde. A agricultura é a principal atividade econômica, o que fornece alimentos saudáveis e promove a atividade física. Além disso, muitas pessoas trabalham na área da saúde, o que facilita o acesso a serviços de saúde.

No entanto, o perfil da população indígena também apresenta alguns desafios para as ações de promoção e prevenção da saúde. Algumas atividades econômicas, como a pesca e o turismo, podem expor os indivíduos a riscos de doenças. Além disso, muitas pessoas vivem em áreas remotas, o que dificulta o acesso a serviços de saúde.

Para aproveitar os benefícios do perfil da população indígena para a saúde, é importante investir em atividades econômicas que promovam a saúde, como a agricultura sustentável. Além disso, é importante facilitar o acesso a serviços de saúde, especialmente em áreas remotas, bem como realizar pactuações com instâncias municipais e estaduais que prestam assistência social a famílias de baixa renda, visando mitigar as desigualdades sociais que muitas vezes impactam as condições de saúde dessas populações.

Tabela 2 - Perfil do recebimento de benefício sociais dos indígenas de abrangência do DSEI ARAGUAIA

Programa Social	%
Bolsa Família	12,3%
Benefício Prestação Continuada	0,38%
Aposentadoria	0,91%

Fonte: CRAS dos municípios, extração em 03.10.2023

Os programas sociais do Brasil são importantes para a redução da pobreza e da desigualdade. No entanto, o país ainda tem um longo caminho a percorrer para garantir a proteção social a todos os cidadãos. O sistema previdenciário brasileiro é deficitário e representa um risco para a sustentabilidade das finanças públicas.

Caracterização da infraestrutura domiciliar por polo base:

Quadro 6 - Característica dos domicílios no DSEI por Polo base (Percentual)

Polo Base	Infraestrutura domiciliar	Geração de energia	Segurança
Confresa - MT	Ocas (palha), alvenaria, adobe	Elétrica, Fotovoltaica	-
Goiás - GO	Ocas (palha), alvenaria, madeira	Gerador, Elétrica, Fotovoltaica	-

Santa Terezinha - MT	Ocas (palha), alvenaria, adobe	Elétrica, Fotovoltaica	-
São Félix Araguaia - MT	Ocas (palha), alvenaria, adobe, madeira	Elétrica, Fotovoltaica	-

Fonte: DSEI Araguaia, 02.10.2023.

4.3. Perfil epidemiológico

A análise do perfil epidemiológico é uma ferramenta essencial para a promoção da saúde pública. Ao identificar os principais problemas de saúde de uma população, é possível elaborar ações mais efetivas para prevenir e tratar essas doenças.

Quadro 7 - Taxa de natalidade do DSEI por ano

Taxa de Natalidade	2020	2021	2022
Taxa de Natalidade no DSEI	24,08	26,44	20,23

Fonte: SIASI, 2023..

O quadro acima apresenta a taxa de natalidade do DSEI nos anos de 2020, 2021 e 2022. Observa-se que a taxa de natalidade do DSEI foi de 24,08 em 2020, 26,44 em 2021 e 2023 em 2022.

O DSEI atende uma população indígena diversificada, com diferentes culturas e tradições. É importante que as ações de saúde sexual e reprodutiva sejam adaptadas às diferentes realidades dos povos indígenas.

A implementação de ações de saúde sexual e reprodutiva de qualidade é essencial para melhorar a saúde da população indígena, reduzindo a mortalidade materna e infantil e garantindo o direito à saúde sexual e reprodutiva, além disso, é importante que as ações de saúde sexual e reprodutiva sejam desenvolvidas em parceria com as comunidades indígenas.

- Sendo incentivar a participação de lideranças indígenas no planejamento e implementação das ações;
- Realizar consultas com as comunidades indígenas para identificar suas necessidades e prioridades, utilizar materiais educativos e informativos adaptados às diferentes culturas e tradições indígenas, fortalecer os serviços de saúde indígenas para garantir o acesso a métodos contraceptivos e atenção ao planejamento familiar;
- Fortalecer a rede de serviços de saúde sexual e reprodutiva. Isso inclui a expansão da oferta de métodos contraceptivos, incluindo métodos modernos e tradicionais, bem como a melhoria da qualidade da atenção ao planejamento familiar;

- Promover a educação sexual e reprodutiva. Essa educação deve ser adaptada às diferentes culturas e tradições indígenas, e deve abordar temas como a prevenção da gravidez não planejada, a saúde sexual e a saúde reprodutiva;
- Reduplicar os esforços para combater a violência sexual contra mulheres indígenas. A violência sexual é um problema grave que afeta a saúde sexual e reprodutiva das mulheres indígenas. É importante desenvolver ações para prevenir e combater a violência sexual, incluindo a conscientização sobre o problema e o fortalecimento dos serviços de apoio às vítimas.

Tabela 3 - Taxa de incidência das principais morbidades que acometem os povos indígena do DSEI ARAGUAIA

Morbidade	Taxa de Incidência		
	2020	2021	2022
HIV	0	0	0,45
Sífilis	0	0,94	0
Diarreia	9,1	21,8	89,0
COVID-19	6,1	1,5	3,9
Tuberculose	2,5	1,8	3,2
Pneumonia	0	3,6	0,9

Fonte: SIASI, extração em 03.10.2023.

No quadro acima, pode-se observar o aumento da incidência de doenças infecciosas, como diarreia, tuberculose e pneumonia, e a diminuição da incidência de doenças sexualmente transmissíveis, como HIV e sífilis. Devendo fortalecer as ações de prevenção e controle de doenças infecciosas e investir em medidas de prevenção e controle das doenças com incidência. Investigar a causa da diminuição da taxa de incidência de sífilis, são formas para diminuir essas doenças. Observa-se a ausência de dados sobre a sífilis no ano de 2020 e 2022 o que pode ser falta de notificação no sistema o que pode ser um problema significativo.

A situação de saúde dos povos indígenas é marcada por avanços e desafios. É importante investir em ações de prevenção e controle das doenças. Dados incompletos sobre pneumonia no ano de 2020 pode ser explicado devido à ocorrência da pandemia de COVID-19, que prejudicou os serviços de saúde; outro fator de relevância importante é a deficiência de recurso humano, onde no DSEI-Araguaia, há somente um digitador para lançar os dados epidemiológicos no sistema.

Tabela 4 - Causas de mortalidade geral de indígenas no DSEI e Taxa de mortalidade geral por ano, 2020 a 2022 UEH

Óbito Geral	2020		2021		2022	
	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade
Coefficiente Geral de Mortalidade	34	6,17	25	4,54	30	5,44
Principais Causas de Óbito	Nº de óbitos		Nº de óbitos		Nº de óbitos	
X70 - Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação	3		3		3	
E46 - Desnutrição proteico-calórica grave não especificada	0		3		3	
I46 - Parada cardíaca não especificada	3		3		3	
U07.1 -Diagnóstico de doença respiratória aguda pelo novo coronavírus	6		1		0	
J18.9 - Pneumonia não especificada	2		0		0	

Fonte: SIASI, 2023.

O número de óbitos entre indígenas no DSEI aumentou 20% em 2022 em relação ao ano de 2021.

Causas de óbito mais comuns entre indígenas no DSEI são: lesões auto provocadas, desnutrição e parada cardíaca.

Ações necessárias para reduzir a mortalidade entre indígenas incluem: investimentos em saúde, educação e infraestrutura nas comunidades indígenas; promoção de ações de saúde mental e prevenção de suicídios; e melhoria do acesso a serviços de saúde, incluindo vacinas e medicamentos. Além disso, as causas infecciosas e parasitárias, como a COVID-19, também são responsáveis por uma parcela maior dos óbitos entre indígenas do que entre a população geral. Isso pode ser explicado por fatores como a vulnerabilidade socioeconômica dos indígenas, o acesso limitado a serviços de saúde e a dificuldade de acesso a vacinas e medicamentos.

Os dados apresentados apontam para a necessidade de ações de prevenção e controle das causas de mortalidade entre indígenas no DSEI Araguaia. Essas ações devem incluir:

- Investimentos em saúde, educação e infraestrutura nas comunidades indígenas;
- Promoção de ações de saúde mental e prevenção de suicídios;
- Melhoria do acesso a serviços de saúde, incluindo vacinas e medicamentos.

Ações nesse sentido contribuirão para a redução da mortalidade entre indígenas e a melhoria da qualidade de vida dessa população.

Tabela 5 - Causas de mortalidade de crianças indígena < 1 ano no DSEI e taxa de mortalidade infantil por ano, 2020 a 2022

Óbito Infantil	2020		2021		2022	
	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade
Total de Mortalidade Infantil	5	33,33	3	18	3	22,72
Principais Causas de Óbito	Nº de óbitos		Nº de óbitos		Nº de óbitos	
Pneumonia não especificada	1		0		0	
Afecções originadas no período perinatal não especificadas	1		0		0	
Aspiração neonatal de mecônio	1		0		0	
Septicemia bacteriana do recém-nascido	1		0		0	
Choque não especificado	1		0		1	
Outras mortes subitas de causa desconhecida	0		1		0	
Malformação congênita não especificada de septo cardíaco	0		1		0	
Algumas afecções originadas no período perinatal	0		1		0	
Desnutrição proteico-calórica não especificada	0		0		1	
Desconforto não especificado do recém-nascido	0		0		1	

Fonte: SIASI, 03.10.2023, dados preliminares e sujeito a alterações;

A taxa de mortalidade infantil de crianças indígenas com menos de um ano de idade no DSEI Araguaia, é significativamente maior do que a taxa de mortalidade infantil brasileira. Em 2022, a taxa de mortalidade infantil do DSEI foi de 22,22 óbitos por 1.000 nascidos vivos, enquanto a taxa de mortalidade infantil brasileira foi de 14,4

óbitos por 1.000 nascidos vivos. Vale destacar que os dados referentes ao quadro acima não estão fechados completamente ainda.

As principais causas de mortalidade de crianças indígenas com menos de um ano de idade no DSEI são:

- Infecções respiratórias: pneumonia, aspiração neonatal de mecônio e sepse bacteriana do recém-nascido;
- Infecções do período perinatal: afecções originadas no período perinatal não especificadas e algumas afecções originadas no período perinatal;
- Malformações congênitas: malformação congênita não especificada de septo cardíaco.

Para reduzir a mortalidade infantil de crianças indígenas no DSEI Araguaia, é necessário implementar medidas para melhorar o acesso a cuidados de saúde adequados, incluindo cuidados pré-natal, parto e puerpério, e cuidados neonatais. Também é necessário melhorar o acesso a alimentos nutritivos e condições sanitárias adequadas. Algumas medidas específicas que podem ser tomadas incluem:

- Fortalecer a rede de atenção à saúde indígena, incluindo a expansão da cobertura da atenção pré-natal, parto e pós-parto, e da atenção neonatal;
- Implementar programas de educação em saúde para promover a prevenção de infecções e a promoção de hábitos alimentares saudáveis;
- Melhorar as condições sanitárias nas comunidades indígenas.

Tabela 6 - Causas de mortalidade materna no DSEI e Razão de mortalidade materna por ano, 2020 a 2022

Óbito materno	2020		2021		2022	
	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade
	5	33,33	3	18	3	22,72
Principais Causas de Óbito	Nº de óbitos		Nº de óbitos		Nº de óbitos	
Retenção da placenta e das membranas	0		1		0	

Fonte: SIASI, 03.10.2023, dados preliminares e sujeito a alterações;

A principal causa de mortalidade materna no DSEI Araguaia, em todos os anos analisados, foi a retenção da placenta e das membranas, sem hemorragias. Insta salientar que os dados referentes ao quadro acima, ainda não estão todos fechados.

Em 2021, a razão de mortalidade materna no DSEI aumentou de 0 para 595,2 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

Para reduzir a mortalidade materna o DSEI Araguaia irá:

- Fortalecer o sistema de saúde: investir em profissionais, equipamentos e infraestrutura;
- Garantir acesso à atenção pré-natal: todas as mulheres devem ter acesso a pelo menos seis consultas;
- Educar as mulheres sobre a saúde sexual e reprodutiva: divulgar informações sobre os riscos da gravidez e do parto.

Tabela 7 - Principais Especialidades que geram referência para a média e alta complexidade, 2020 a 2022

Morbidades referenciadas	Número de indígenas encaminhados		
	2020	2021	2022
Desnutrição proteico - calórica de graus - moderado e leve	03	01	0
Tuberculose extrapulmonar	0	0	03
Tuberculose ganglionar	0	01	01
Cardiopatas e outras patologias cardíacas	8	5	7
Fraturas	13	11	14
Transtorno saúde mental	3	5	7
Transtornos falciformes	0	2	2
Transtornos renais	6	2	5
Transtorno depressivo	2	2	4
Infecções das vias aéreas	35	28	38
Transtornos intestinais	22	33	18
Catarata	7	27	30
Colecistite calculosa	1	3	2
Dependência química não especificada	2	4	3
Câncer de mama	0	1	0
Pneumonia	5	9	6

Fonte: Polos Base, 03.10.2023, dados preliminares e sujeito a alterações;

Tabela 8 - Principais especialidades/morbidades que geram referência para a CASAI, 2020 a 2022

Morbidades	Proporção de morbidades referenciadas para CASAI		
	2020	2021	2022
Transtorno Mental (CID F31/F 06.8/G40/ G63.8/F20.0/ F31.2+F32+F19/ F20.5/ F20.1	8	18	19
Pênfigo	5	9	9
HAS e Diabetes	3	3	1
Gastrite	1	0	0
HIV	2	2	2
Gestação de alto risco	2	5	1
Estrabismo	1	0	1

Morbidades	Proporção de morbidades referenciadas para CASAI		
	2020	2021	2022
Câncer de Colo uterino	3	3	3
Sequela de Tuberculose e hiperatividade brônquica	1	0	1
Déficit cognitivo	1	0	0
Déficit Neurológico	1	2	2
Síndrome Nefrótica	1	4	0
Insuficiência Cardíaca	1	2	0
Catarata Congênita	1	1	1
Osteoporose e Osteoartrose	1	1	1
Dependência Química	1	0	0
Leishmaniose Tegumentar	2	0	1
Insuficiência Renal Crônica	1	1	4
Epilepsia	2	1	2
Psoríase	2	3	3
Artrite Psoriática	1	1	1
Artrite Reumatóide	0	1	1
Bronquite asmática	1	1	0
Sequela COVID 19	2	1	0
Carcinoma Nasal	1	1	1
Câncer de Pele	1	1	0
Anemia grave	1	1	1
Anemia nutricional	0	0	1
Esquizofrenia	1	2	3
Artrose	1	0	0
Hemangioma	1	0	1
Hepatite B	1	2	0
Cirrose Hepática	1	0	1
Pterígio	0	3	0
Cálculo Renal	0	1	0
Espondilodiscite	0	1	0
Desnutrição	0	2	2
Tuberculose Pulmonar	0	2	3
Hepatopatia Grave	0	1	1
HTLV	0	1	0
Trombose Venosa Profunda	0	1	1
Hipogonadismo hipergonadotrófico	0	1	1
Disgenesia gonadal XX	0	2	2
Trauma da Coluna Lombar	0	1	0
Gonartrose do Joelho	0	1	0
DPOC	0	1	1
Estenose arterial renal esquerda	0	1	0
Glaucoma	0	1	21
Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico	0	1	0
Câncer de Próstata	0	1	1
Hérnia inguinal	0	1	0
Catarata pós trauma	0	1	0
Sequela de Trauma Epitelial do MIE	0	1	0
Hidronefrose	0	0	1
Encefalopatia Crônica CID-G80	0	0	1
Icterícia neonatal não especificada	0	0	1
Síndrome de Down	0	0	2
Trauma Ocular/Deficiência Visual	0	0	1

Fonte: CASAI Goiânia, 2023.

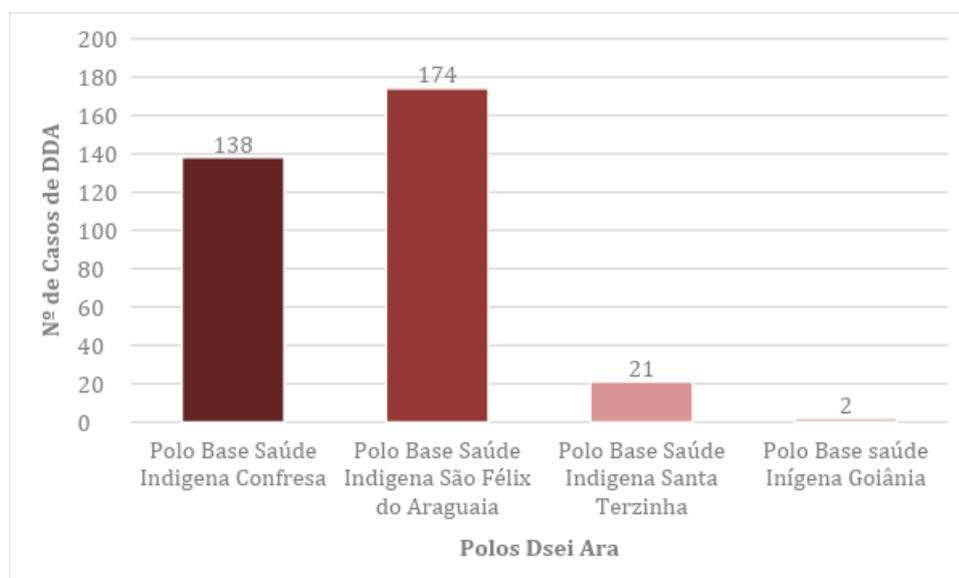
Tabela 8 - Quantitativo de usuários com doenças crônicas não transmissíveis e que necessitam de intervenção/cuidados específicos em 2022

Cronicidade	Total
Transplantes	0
Hemodiálise	0
Doenças hematológicas	0
Câncer	04
Hipertensão Arterial	177
Diabetes	39
Cardiopatía Congênita	01
Hiperinsulinismo Congênito	01
Lupus	02
Transtorno Digestivo (Não Especificado)	03
Esquizofrenia	02
Transtorno de Humor/Afetivo	02
Depressão Grave	12
Usuário crônico de álcool	03

Fonte: SIASI, 10.10.2023, dados preliminares e sujeito a alterações.

Houve aumento expressivo de registros de violências domésticas (físicas, psicológicas, moral, assédio e bullying), via notificação. A proporção em relação aos anos anteriores, é considerada alta. Principalmente após o início da Pandemia e pós Pandemia. Sendo as mulheres e crianças os mais afetados com esse agravo. Os indígenas da etnia Karajá “Ilha do Bananal”, foram os mais afetados quando comparados com as outras etnias. Muitas das informações que antes eram dispersas, depois do matriciamento das EMSI, melhorou e aproximou os dados de acordo com a realidade em território.

Figura 3 - Número de Doenças Diarreicas Agudas DDA do DSEI por polos dos últimos 3 anos



Fonte: DSEI, 2023.

A diarreia é uma doença infecciosa causada por uma variedade de agentes patogênicos, incluindo bactérias, vírus e protozoários.

As principais causas de diarreia no DSEI Araguaia são:

- Contato com água ou alimentos contaminados;
- Falta de saneamento básico;
- Práticas inadequadas de higiene pessoal.

O DSEI Araguaia é uma área remota e com altos índices para propagação de diarreia. A dificuldade de implementação de saneamento básico é um problema grave na região, o que contribui para a doença diarreica e doenças infecciosas causadas através dos agentes transmissores. Além disso, as populações indígenas costumam ter hábitos alimentares e costumes que aumentam o risco de contrair as doenças diarreicas, como o consumo de água sem tratamento e de alimentos mal preparados. Para reduzir a incidência de diarreia e outras doenças infecciosas, é necessário investir em saneamento básico, educação em saúde e promoção da higiene pessoal. As ações de saneamento básico devem incluir a construção de sistemas de abastecimento de água potável, nas aldeias que ainda não dispõem de água tratada, coleta e tratamento de esgoto e manejo de resíduos sólidos. As ações de educação em saúde devem conscientizar a população sobre a importância da higiene pessoal e da ingestão de água potável, coleta do lixo, e a destinação final adequada para o lixo.

As ações de promoção da higiene pessoal devem fornecer informações sobre como lavar as mãos corretamente e como preparar alimentos de forma segura.

Ações específicas que podem ser implementadas para reduzir a incidência de diarreia incluem:

- Construção de cisternas para o armazenamento de água potável;
- Implementação de programas de educação em saúde nas escolas e nas comunidades indígenas;
- Fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica e controle de doenças.

A implementação dessas ações contribuiria para melhorar a qualidade de vida das populações indígenas e reduzir o risco de contrair doenças diarreicas e infecciosas causadas através dos vetores, que impactam devido a deficiência das infraestruturas do meio ambiente e saneamento básico.

5. ESTRUTURAÇÃO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA - Atual e previsão

Tabela 9 - Quantidade atual de estabelecimentos de saúde indígena por descrição do subtipo, N° de reformas/ampliações e novos estabelecimentos previstos.

Estabelecimento	Quant. Atual	N° de reformas/ampliações previstas	ANO	N° de novos estabelecimentos previstos	ANO
CASAI	01	01	2024	01	2025
UBSI Tipo I	19	09	2024	02	2024
		-	2025	03	2025
		02	2026	05	2026
		01	2027	04	2027
UBSI Tipo II	-	-	-	-	-
UBSI Tipo III	-	-	-	05	2024
				-	2025
				01	2026
				-	2027
Polo Base tipo I	-	-	-	-	-
Polo Base tipo II	04	01	2024	01	2024
		01	2023		
Sede do DSEI	01	-	-	01	2027
TOTAL	25	15	-	23	-

Fonte: DSEI-ARA, 2023.

Quadro 8 - Especificação do tipo e modalidade de execução para estabelecimentos de saúde nas Aldeias Indígenas no DSEI-ARA.

Tipo de Estabelecimento	Polo Base ou Município (estabelecimentos não aldeados)	Nome da Aldeia	Implantação/reforma/ampliação/reforma e ampliação	Ano
Polo Base Tipo 2	Santa Terezinha/MT	Cidade de Santa Terezinha	Reforma	2024
UBSI Tipo 3 com Alojamento	São Félix do Araguaia	Santa Isabel	Implantação	2024
UBSI Tipo 3 com Alojamento	Santa Terezinha	Macaúba	Implantação	2024
UBSI Tipo 1 com Alojamento	Santa Terezinha	Itxalá	Reforma	2024
UBSI Tipo 1 com Alojamento	Santa Terezinha	Majtyri'tawa	Reforma	2024
UBSI Tipo 3 com Alojamento	São Félix do Araguaia	Fontoura	Implantação	2024
UBSI Tipo 1 com Alojamento	Santa Terezinha	Hawalorá	Reforma	2024
UBSI Tipo 3 com Alojamento	Goiás	Carretão I e II	Implantação	2024
UBSI Tipo 1 com Alojamento	São Félix do Araguaia	São Domingos	Reforma e Ampliação	2024
UBSI Tipo 3 com Alojamento	Confresa	Urubu Branco	Implantação	2024
UBSI Tipo 1	Confresa	Sapeva	Reforma	2024
Polo Base Tipo 2	Goiás	Cidade de Aruanã	Implantação	2024
UBSI Tipo 1	Confresa	Santa Laura	Reforma	2024
UBSI Tipo 1	Confresa	Codebra	Reforma	2024
CASAI	Goiás	Cidade de Goiânia	Reforma	2024
CASAI	Confresa	Cidade de Confresa	Implantação	2025
Polo Base Tipo 2	Santa Terezinha/MT	Cidade de Santa Terezinha	Reforma	2025
UBSI Tipo 1	Santa Terezinha	Ibutuna	Reforma	2025
UBSI Tipo 1 com Alojamento	São Félix do Araguaia	Mirindiba, Kobihete (Itxeo), Kaxiwerá e Brebuna	Implantação	2025
Polo Base Tipo 2	São Félix do Araguaia	Cidade de São Félix do Araguaia	Reforma	2025
CASAI	Confresa	Cidade de Confresa	Implantação	2025
UBSI Tipo 1 com Alojamento	Goiás	Jatobá (Ava Canoeiro)	Reforma e Ampliação	2025
UBSI Tipo 1 com Alojamento	Confresa	Santa Luzia	Implantação	2025
UBSI Tipo 1 com Alojamento	São Félix do Araguaia	Nova Tytemã e Werreria	Implantação	2025

Tipo de Estabelecimento	Polo Base ou Município (estabelecimentos não aldeados)	Nome da Aldeia	Implantação/reforma/ampliação/reforma e ampliação	Ano
UBSI Tipo 1	Santa Terezinha	São João, Kuriaru e Nova Aliança Lariwana	Implantação	2025
UBSI Tipo 1	Santa Terezinha	Aldeia Kutaria	Implantação	2025
UBSI Tipo 1 com Alojamento	Santa Terezinha	Tapiraka	Implantação	2026
UBSI Tipo 1	São Félix do Araguaia	Werebia	Reforma	2026
UBSI Tipo 1 com Alojamento	Goiás	Buridina	Reforma e Ampliação	2026
UBSI Tipo 1 com Alojamento	Confresa	Krehele Rio Preto	Implantação	2026
UBSI Tipo 1 com Alojamento	São Félix do Araguaia	JK e Watau	Implantação	2026
UBSI Tipo 1	São Félix do Araguaia	Teribré	Implantação	2026
UBSI Tipo 1	Goiás	Arica (Bde-buré)	Implantação	2026
UBSI Tipo 1 com Alojamento	Confresa	Buriti II	Implantação	2026
UBSI Tipo 3 com Alojamento	Santa Terezinha	Itxalá, Majtyri'tawa, Mautari-Cadete, Hawalorá e Toriwani	Implantação	2027
UBSI Tipo 1	Santa Terezinha	Xexotãwa	Implantação	2027
UBSI Tipo 1 com Alojamento	São Félix do Araguaia	Kuriala e Kutaria M	Implantação	2027
Sede do DSEI	São Félix do Araguaia	-	Implantação	2027
UBSI Tipo 1 com Alojamento	Confresa	Codebra II	Implantação	2027
UBSI Tipo 1	Confresa	Córrego da Onça	Reforma	2027

Fonte: Reunião CONDISI do Distrito Especial de Saúde Indígena do Araguaia, 2023.

5.1. Rede de Atenção à Saúde

Pacientes indígenas que necessitam de atendimento de média e alta complexidade são inseridos na regulação via SISREG, ou seja, diante do encaminhamento do médico da atenção básica, o serviço de agendamento do seu Polo Base de origem, realiza a inserção do mesmo junto à regulação municipal, onde sua aldeia está inserida e/ou regulação do município de sede do seu Polo Base de referência.

O DSEI Araguaia possui sua área de jurisdição distribuída nos estados de Mato Grosso, Goiás e Tocantins. Neste contexto muitas aldeias encontram-se na fronteira

de município/estado, como por exemplo aldeias de municípios tocantinenses localizadas na divisa com municípios mato-grossenses, distante da sede do seu município de origem, onde suas populações possuem como referência município vizinho seja para aquisição de bens e serviços, como também na busca de atendimentos de saúde, o que acaba sobrecarregando o serviço de saúde. A ausência de pactuação Interfederativa entre os estados, tem gerado muitos gargalos, no que diz respeito a resolutividade da assistência destas comunidades indígenas referente à regulação.

No que tange a disponibilidade de transporte para transferência de pacientes para os serviços de atenção especializada, média e alta complexidade, o DSEI Araguaia enfrenta grandes empecilhos, pois não possuímos veículo tipo ambulância, uma vez que prestamos serviços apenas atenção primária dentro dos territórios. Quando um paciente oriundo de aldeia, pertencente a município do estado de Tocantins é atendido e regulado em hospital de Município de Mato Grosso e, necessita ser removido de transporte terrestre tipo ambulância, a responsabilidade do transporte é do município de origem do paciente, entretanto, na maioria das vezes a sede do município além de estar bem distante da aldeia ainda, existem barreiras físicas e geográficas como cheias de rios, estradas de terra em péssimo estado de conservação, que são fatores complicadores para que o município realize o deslocamento emergência do paciente.

Quando o paciente necessita ser removido de UTI Aérea o Estado realiza tal deslocamento. Pacientes que são regulados para atendimentos eletivos de média e alta complexidade na rede de referência, são deslocados em veículos que prestam serviços para o DSEI Araguaia, seguindo os fluxos de organização de Polos Base e CASAI.

Quadro 10 - Estabelecimentos de saúde para apoio diagnóstico, média e alta complexidade em área de abrangência do Polo base.

Regional de saúde	Município/UF	Nome do estabelecimento	Polo base que atende	Tipo de estabelecimento *	Referência Polo base
Porto Alegre do Norte	Porto Alegre do Norte/MT Santa Terezinha/MT Canabrava do Norte/MT	Hospital Municipal de Confresa e de Porta Alegre do Norte Consórcio Inter Municipal Araguaia Xingu, SAE/CTA	Confresa Santa Terezinha São Félix do Araguaia	Apoio diagnóstico e média complexidade	Confresa, São Félix do Araguaia e Santa Terezinha

Regional de saúde	Município/UF	Nome do estabelecimento	Polo base que atende	Tipo de estabelecimento *	Referência Polo base
São Félix do Araguaia	São Félix do Araguaia/MT e Luciara/MT	Hospital Municipal Prefeito João Abreu Luz Consórcio Inter Municipal Araguaia	São Félix do Araguaia	Apoio diagnóstico e média complexidade	São Félix do Araguaia
Rio Vermelho	Aruanã/GO	Hospital municipal de Aruanã/GO e CAPS;	Goiás	Apoio diagnóstico e média complexidade	Goiás
São Patricio I	Rubiataba/GO e Nova América/GO e Ceres/GO	Hospital Menino Jesus — Ceres/GO	Goiás	apoio diagnóstico, média e alta complexidade	Goiás
Região de Saúde Norte	Minaçu/GO, Uruaçu/GO	Hospital Municipal de Minaçu; Hospital Regional Centro Norte Goiano (HCN)	Goiás	Apoio diagnóstico, média e Alta Complexidade	Goiás
Central	Goiânia/GO	CAIS, Hospital Geral de Goiânia, Hospital da Criança, Materno Infantil, HDT em Goiânia-GO - Rede de Assistência do SUS nos municípios de Goiânia-GO CAPS Novo Mundo	Confresa/MT Santa Terezinha/MT São Félix do Araguaia/MT Goiás	Apoio diagnóstico, Média e Alta Complexidade	Todos os Polos Base
Paraíso do Tocantins	Pium /TO, Lagoa da Confusão/TO e Formoso do Araguaia	Hospital Regional de Gurupi, Hospitais Municipais de: Pium, Lagoa da Confusão e Formoso do Araguaia; SAE/CTA de Paraíso .	Santa Terezinha/MT São Félix do Araguaia/MT	Apoio diagnóstico, Média e Alta Complexidade	Santa Terezinha/MT São Félix do Araguaia/MT

Fonte: DSEI Araguaia, extração em 23.10.2023.

Quadro 11 - Estabelecimentos de saúde sem regional de saúde para apoio diagnóstico, média e alta complexidade em área de abrangência do Polo base.

Nome do estabelecimento	Polo base que atende	Tipo de estabelecimento*	Referência Polo base
Laboratório Municipal de Saúde de São Félix do Araguaia - MT.	São Félix do Araguaia.	Apoio diagnóstico da Atenção Primária	São Félix do Araguaia - MT.
Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISA)	São Félix do Araguaia.	Apoio diagnóstico da Atenção Primária e Média complexidade	São Félix do Araguaia - MT.
Laboratório Municipal de Saúde de Confresa - MT	Confresa e Santa Terezinha.	Apoio diagnóstico da Atenção Primária e Média complexidade	Confresa - MT.
Consórcio Intermunicipal de Saúde Araguaia Xingu (CISAX)	Confresa e Santa Terezinha.	Apoio diagnóstico da Atenção Primária e Média complexidade	Confresa - MT.
Laboratório Municipal de Saúde de Santa Terezinha - MT	Santa Terezinha.	Apoio diagnóstico da Atenção Primária	Santa Terezinha - MT.

Nome do estabelecimento	Polo base que atende	Tipo de estabelecimento*	Referência Polo base
Laboratório Municipal de Saúde de Aruanã - GO	Goiás	Apoio diagnóstico da Atenção Primária	Goiás
Laboratório Municipal de Saúde de Nova América - GO	Goiás	Apoio diagnóstico da Atenção Primária	Goiás
Laboratório Municipal de Saúde de Rubiataba - GO	Goiás	Apoio diagnóstico da Atenção Primária	Goiás
Laboratório Municipal de Saúde de Minaçu - GO	Goiás	Apoio diagnóstico da Atenção Primária	Goiás
CAPS Novo Mundo	Confresa e Santa Terezinha, São Félix do Araguaia e Goiás	Média e alta complexidade	Goiás
Laboratório Municipal de Saúde de Pium - TO	Santa Terezinha	Apoio diagnóstico da Atenção Primária e Média complexidade	Santa Terezinha - MT.
Laboratório Municipal de Saúde de Lagoa da Confusão - TO	Félix do Araguaia	Apoio diagnóstico da Atenção Primária e Média complexidade	Félix do Araguaia - MT.
Laboratório Municipal de Saúde de Formoso do Araguaia - TO.	Félix do Araguaia	Apoio diagnóstico da Atenção Primária e Média complexidade	Félix do Araguaia - MT.

Fonte: DSEI Araguaia, 23.10 2023.

*Média, alta complexidade ou apoio diagnóstico da Atenção Primária

Os serviços de alta complexidade referentes a rede de atenção especializada como hematologia, transplante, oncologia, cardiologia, dentre outros são acessados a partir do atendimento primário, onde é gerado encaminhamento médico para a especialidade que o paciente necessita. O encaminhamento é inserido no SISREG em municípios do estado de Mato Grosso, Goiás e Tocantins a depender da aldeia de origem deste paciente. Este sistema de regulação vai autorizar a vaga, onde houver oferta da especialidade, mas geralmente tais atendimentos são direcionados, para Cuiabá, Goiânia e Palmas. Hoje o DSEI não consegue acessar o SISREG a partir do Polo Base, para inserir suas solicitações de vaga no próprio sistema. Se houvesse tal possibilidade, poderia agilizar o atendimento dos indígenas que necessitam de atendimentos especializados.

5.2. Gestão do Trabalho e educação na saúde

5.2.1. Força de Trabalho

Tabela 10 - Demonstrativo geral de recursos humano existente no DSEI ARAGUAIA

RH	Lotação					Vínculo		
	Total	Polo Base tipo I	Polo base Tipo II	CASAI	DSEI	Servidor	Convênio	Terceirizado
Médico (a)	8	0	8	0	0	0	0	0
Enfermeiro (a)	22	0	13	5	4	0	22	0
Enfermeiro (a) jovem indígena	1	0	1	0	0	0	1	0
Agente de combate a endemias	5	0	2	0	3	0	5	0
Agente Indígena de Saneamento	36	0	36	0	0	0	36	0
Agente Indígena de Saúde	36	0	36	0	0	0	36	0
Agente comunitário de Saúde	4	0	4	0	0	0	0	0
Apoiador Técnico de Saneamento	1	0	0	0	0	0	1	0
Apoiador Técnico de Atenção à Saúde	1	0	0	0	0	0	1	0
Assessor Técnico Indígena	2	0	2	0	0	0	2	0
Assistente Social	3	0	1	1	1	0	3	0
Auxiliar de Enfermagem	8	0	8	0	0	0	8	0
Cirurgião Dentista	5	0	4	0	1	0	5	0
Engenheiro	1	0	0	0	1	0	1	0
Farmacêutico	4	0	2	1	1	0	4	0
Fisioterapeuta	1	0	1	0	0	0	1	0
Gestor de Saneamento Ambiental	1	0	0	0	1	0	1	0
Nutricionista	4	0	2	1	1	0	3	0

RH	Lotação					Vínculo		
	Total	Polo Base tipo I	Polo base Tipo II	CASAI	DSEI	Servidor	Convênio	Terceirizado
Psicólogo	4	0	3	0	1	0	4	0
Secretário Executivo do CONDISI	1	0	0	0	1	0	1	0
Técnico de Saneamento Ambiental	2	0	2	0	0	0	2	0
Técnico Edificações	1	0	0	0	1	0	1	0
Técnico em Saúde Bucal	4	0	4	0	0	0	4	0
Técnico em Enfermagem	45	0	39	5	1	2	45	0
Técnico em Enfermagem Jovem Indígena	1	0	1	0	0	0	1	0
Motorista	53	0	47	5	1	1	0	52
Vigilante	26	0	18	4	4	0	0	26
Auxiliar de Serviços Gerais	04	0	0	4	0	0	0	4
Técnico de Suporte II	22	0	3	1	18	0	0	18
Piloto de Embarcação Fluvial	25	0	23	0	2	0	0	25
Atendente de Enfermagem	4	0	0	2	2	4	0	0
Guarda de Endemias	1	0	0	0	1	1	0	0
Agente de Saúde Pública	1	0	0	0	1	1	0	0
Auxiliar de Saneamento	2	0	0	0	2	2	0	0
Coordenador Distrital de Saúde Indígena	1	0	0	0	1	1	0	0

Fonte: Planilhas: *Conveniada, Terceirizadas e Núcleo do MS, 2023*.

As informações referentes à força de trabalho do DSEI Araguaia foram extraídas junto à Conveniada responsável pela contratação dos profissionais que atuam na área fim, empresas terceirizadas responsáveis pelos contratos dos profissionais que atuam na área meio e o Núcleo do Ministério da Saúde onde estão lotados os

servidores, haja visto, que o SESAI RH está bastante desatualizado, portanto não condiz com a realidade força de trabalho existente atualmente na instituição. É importante ressaltar que o DSEI estava sem ponto focal no SESAI RH até 04.12.2023, fato que este impossibilitou atualização da força de trabalho no sistema. É importante salientar que a atual gestão não tinha conhecimento sobre o status de atualização do sistema, nem tão pouco da ausência de ponto focal do mesmo dentro do DSEI.

No atual cenário, o DSEI está realizando os trâmites necessários para nomeação de uma servidora para atuar como ponto focal do sistema. Tão logo seja sanada nomeação dela, será realizada atualização da força de trabalho junto ao referido sistema de gestão de recursos humanos.

Tabela 11 - Capacidade de EMSI instalada atualmente

Polo Base	EMSI	Perfil EMSI							
		Enf.	Médico	CD	Téc. Enf.	ASB/ TSB	AIS	AISAN	Aldeias Atendidas
São Félix do Araguaia	EMSI 1	1	1	1	5	1	6	6	5
	EMSI 2	1	1		4		4	2	1
	EMSI3	1			4		4	8	
	EMSI 4	1			0		3	2	7
Santa Terezinha	EMSI 1	1	1	1	2	1	4	5	9
	EMSI 2	1			4		6	4	8
Confresa	EMSI 1	1	1	1	9	1	7	7	9
Goiás	EMSI 1	1	1	1	2	1	1	1	2
	EMSI 2	1			2		1	2	1
	EMSI3	1			1		0	0	1

Fonte: DSEI Araguaia, 2023.

Quadro 12 - Demonstrativo da necessidade de ampliação de recursos humano do DSEI ARAGUAIA

POLO BASE DE SANTA TEREZINHA								
Recurso Humano	Polo Base tipo II	CASAI	DSEI	Total	Programação			
					2024	2025	2026	2027
AIS	10			10	X	X	X	X
AISAN	13			13	X	X	X	X
TEC. DE ENFERMAGEM	04			04	X			
ENFERMEIROS (AS)	02			02			X	X
MÉDICOS (AS)	02			02	X			
FISIOTERAPEUTA	01			01	X			
NUTRICIONISTA	01			01			X	
ODONTÓLOGO	01			01	X			
TSB	01			01	X			
PSICÓLOGO	01			01	X			
AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS	01			01	X			

TÉC DE SUPORTE II	02			02	X			
AUXILIAR DE SERVIÇO GERAIS	11			11	X	X	X	X
VIGILANTE PATRIMONIAL UBSI	48			48	X	X	X	X
TÉC. DE SANEAMENTO	01			01	X			
ELETROTÉCNICO	01			01	X			
POLO BASE DE SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA								
Recurso Humano	Polo Base tipo II	CASA I	DSEI	Total	Programação			
					2024	2025	2026	2027
AIS	12			12	X	X	X	X
AISAN	14			14	X	X	X	X
TEC. DE ENFERMAGEM	06			06	X	X	X	X
ENFERMEIROS	02			02	X	X		
MÉDICOS	02			02	X	X		
FISIOTERAPEUTA	02			02	X	X		
NUTRICIONISTA	02			02	X	X		
CIRURGIÃO DENTISTA	02			02	X	X		
TSB	02			02	X	X		
PSICÓLOGO	02			02	X	X		
TEC DE SUPORTE II	03			03	X			
AUXILIAR DE SERVIÇO GERAIS UBSI	20			20	X	X	X	X
VIGILANTE PATRIMONIAL UBSI	44			44	X	X	X	X
ASSISTENTE SOCIAL	01			01	X			
FARMACÊUTICO	01			01	X			
TÉC. DE SANEAMENTO	01			01	X			
ELETROTÉCNICO	01			01	X			
ENGENHEIRO SANITARISTA/ GEÓLOGO			01	01	X			
TÉC. DE INFORMÁTICA			01	01	X			
ADVOGADO			01	01	X			
SUPORTE TÉCNICO ADMINISTRATIVO			01	01	X			
POLO BASE DE CONFRESA								
Recurso Humano	Polo Base tipo II	CASA I	DSEI	Total	Programação			
					2024	2025	2026	2027
AIS	05	0	0	05	X	X	X	X
AISAN	09	0	0	09	X	X	X	X
TEC. DE ENFERMAGEM	09	08	0	13	X	X	X	X
ENFERMEIROS	02	05	0	07	X	X	X	X
MÉDICOS	01	0	0	01	X	X	X	X
FISIOTERAPEUTA	01	0	0	01	X	X	X	X
NUTRICIONISTA	0	01	0	01	X	X	X	X
ODONTÓLOGO	01		0	01	X	X	X	X
TSB	01		0	01	X	X	X	X
PSICÓLOGO	0	01	0	01	X	X	X	X
PEDAGOGO	0		0	01	X			
ANTROPÓLOGO	0		0	01	X			
TEC DE SUPORTE II	0	01	0	01	X	X	X	X
AUXILIAR DE SERVIÇO GERAIS UBSI	29	04	0	33	X	X	X	X

VIGILANTE PATRIMONIAL UBSI	40	04	0	44	X	X	X	X
AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS	1		0	1	X	X	X	X
ASSISTENTE SOCIAL	1	1	0	2	X	X	X	X
FARMACÊUTICO		1	0	1	X	X	X	X
POLO DE GÓIAS								
Recurso Humano	Polo Base tipo II	CASAI	DSEI	Total	Programação			
					2024	2025	2026	2027
AIS	02	0	0	02	X	X	X	X
AISAN	02	0	0	02	X	X	X	X
TEC. DE ENFERMAGEM	02	0	0	02	X	X	X	X
ENFERMEIROS	01	0	0	01	X	X	X	X
MÉDICOS	01	0	0	01	X	X	X	X
FISIOTERAPEUTA	01	0	0	01	X	X	X	X
NUTRICIONISTA	01	0	0	01	X	X	X	X
ODONTÓLOGO	01	0	0	01	X	X	X	X
TSB	01	0	0	01	X	X	X	X
PSICOLOGO	01	0	0	01	X	X	X	X
TEC DE SUPORTE II	01	0	0	01	X	X	X	X
AUXILIAR DE SERVIÇO GERAIS UBSI	12	0	0	12	X	X	X	X
VIGILANTE PATRIMONIAL UBSI	20	0	0	20	X	X	X	X
ASSISTENTE SOCIAL	01	0	0	01	X	X	X	X
FARMACÊUTICO	01	0	0	01	X	X	X	X
AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS	01	0	0	01	X	X	X	X

Fonte: Reuniões CSLI do Distrito Especial de Saúde Indígena do Araguaia, 2023.

As demandas pela ampliação no quadro de profissionais em sua grande maioria vieram das reuniões realizadas junto aos CSLI, precedidas de justificativas, conforme pode ser observado no quadro acima. Foi descrita por Polo, devido às especificidades de cada um com suas respectivas necessidades. Há ainda categorias que foram solicitadas contratação visando dar mais resolutividade às demandas de gestão provenientes de setores importantes para o desenvolvimento das ações executadas pelo DSEI Araguaia.

Quadro 13 - Demonstrativo consolidado da necessidade de ampliação de recursos humano do DSEI ARAGUAIA

Recurso Humano	Polo Base tipo II	CASAI	DSEI	Total	Programação			
					2024	2025	2026	2027
ADVOGADO	0	0	01	01	X			
AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS	03	0	0	03	X	X	X	X
AIS	29	0	0	29	X	X	X	X
AISAN	39	0	0	39	X	X	X	X
ANTROPOLOGO		0	01	01	X			
ASSISTENTE SOCIAL	03	01	0	04	X	X	X	X

AUXILIAR DE SERVIÇO GERAIS	68	04	0	72	X	X	X	X
CIRURGIÃO DENTISTA	05	0	0	05	X	X	X	X
ELETROTÉCNICO	0	0	02	02	X	X	X	X
ENFERMEIROS	12	05	01*	18	X	X	X	X
ENGENHEIRO SANITARISTA/GEÓLOGO	0	0	01	01	X			
FARMACÊUTICO	02	01	0	03	X	X	X	X
FISIOTERAPEUTA	04	0	0	04	X	X	X	X
MÉDICOS (AS)	06	0	0	06	X	X	X	X
NUTRICIONISTA	05	01	0	06	X	X	X	X
PEDAGOGO		0	01	01	X			
PSICOLOGO	04	02**		06	X	X	X	X
TEC DE SUPORTE II	11	01	05	17	X	X	X	X
TEC. DE ENFERMAGEM	21	08	0	29	X	X	X	X
TÉC. DE INFORMÁTICA	0	0	01	01	X	X	X	X
TÉC. DE SANEAMENTO	02	0	0	02	X	X	X	X
TSB	05	0	0	05	X	X	X	X
VIGILANTE PATRIMONIAL	152	04	0	156	X	X	X	X

Fonte: DSEI Araguaia, 2023.

*Um enfermeiro para atuar como Ponto focal do SIASI na DIASI e reforçar as ações de Vigilância e Monitoramento dos Agravos de Saúde.

** Um psicólogo para a CASAI de Goiânia.

5.2.2. Qualificação profissional

Os quadros 14 e 15 abaixo, apresentam o número de profissionais qualificados para atenção à saúde, e interculturalidade, visando identificar a aprendizagem significativa dos processos e práticas do dia a dia dos serviços, visando ainda à qualificação e aperfeiçoamento das ações realizadas; e o desenvolvimento de pessoas para trabalhar na perspectiva de atuação no contexto intercultural.

Quadro 14 - Número de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural (PPA)

Categoria	2020	2021	2022	2023
Enfermeiro	-	17	1	-
Médico	-	5	-	-
Apoiador Técnico de Saúde	-	-	1	-
Psicólogo	-	-	1	1
Agente Endemias	-	-	2	-

Fonte: DSEI ARAGUAIA, 2023.

Quadro 15 - Principais temáticas para formação profissional previstas por ano

Previsão das principais temáticas/prioridades para formação profissional	Ano
Saúde da Mulher/encontro de parteiras e cuidadores tradicionais	2025 e 2026
Saúde Mental/Encontro de Pajés	2024, 2025, 2026 e 2027

Capacitação Vigilância Alimentar Nutricional Indígena para os AIS	2024, 2025, 2026 e 2027
Fortalecimento da alimentação cultural indígena	2024, 2025, 2026 e 2027
Capacitação em Saúde Mental e Bem Viver	2024, 2025, 2026 e 2027
Capacitação antropológica, intercultural em saúde mental e bem viver	2024, 2025, 2026 e 2027

Fonte: DSEI Araguaia, 2023

Quadro 16 - Número de trabalhadores da atenção qualificados para o aprimoramento do trabalho em saúde por ano

Categoria	2020	2021	2022	2023
Médico	-	5	5	-
Enfermeiro	-	17	18	10
Cirurgião Dentista	-	-	3	-
Técnico de Saúde Bucal	-	-	3	-
Técnico de Enfermagem	-	4	42	2
Apoiador de Saúde	-	-	1	-
Agente de Combate a Endemias	-	-	4	-
Psicólogo	-	-	3	-
Agente Indígena de Saúde	-	-	38	-
Agente Indígena de Saneamento	-	-	29	-
Nutricionista	-	-	2	-
Assistente Social	-	-	1	-

Fonte: DSEI ARAGUAIA, 2023.

Quadro 17 - Principais temáticas para formação profissionais por ano

Previsão das principais temáticas/prioridades para formação profissional	Ano
Qualificação para AIS e AISAN	2024, 2025, 2026 e 2027
Manejo clínico de IST, Hepatites virais, HIV/AIDS e Testes rápidos	2025 e 2027
Vigilância do óbito Materno infantil incluindo investigações de óbitos	2024 e 2025
AIDPI Criança	2025, 2026 e 2027
Qualificação de Atenção Psicossocial	2024, 2025, 2026 e 2027
Sala de Vacina	2024, 2025, 2026 e 2027
Vigilância Alimentar e Nutricional	2024, 2025, 2026 e 2027
Capacitação em pré-natal de gestação de alto risco	2024 e 2026
Saúde Bucal	2025, 2027
Capacitação para EMSI -Tipologia das "violências"	2024, 2025, 2026 e 2027
Qualificação para EMSI - Mapeamento e Classificação de Risco das violências domésticas em território	2024, 2025, 2026 e 2027
Capacitação para EMSI - Cartografia epidemiológica de saúde mental e bem viver	2024, 2025, 2026 e 2027
Manejo Clínico de Tuberculose	2024, 2025, 2026 e 2027
Capacitação em Monitoramento da Qualidade da Água para Técnicos e Gestores	2024, 2025, 2026 e 2027
Capacitação em Gerenciamento de Resíduos Sólidos para Técnicos e Gestores	2024, 2025, 2026 e 2027
Fiscal de obras e contratos públicos para profissionais SESANI	2024 e 2026
Lei Nº 14.133, de 1º de abril de 2021: Lei de Licitações e Contratos Administrativos	2024 e 2026
Instrução de Acordos de Cooperações Técnicas	2024 e 2026

Fonte: DSEI Araguaia, 18.10.2023

As capacitações e qualificações de profissionais previstas levou em consideração análise do perfil epidemiológico do DSEI.

5.3. Infraestrutura de saneamento

As aldeias do DSEI Araguaia, em sua maioria utilizam meios de abastecimento de água para as comunidades através da captação subterrânea, por meio de poço tubular profundo e algumas comunidades através de captação superficial no curso de água local. O armazenamento se dá através de reservatórios elevados, do tipo taça coluna seca e de polietileno. O tratamento é realizado por meio de dosadores de cloro e monitoramento da qualidade da água periodicamente por meio de execução direta (equipe de saneamento).

Tabela 12 - Caracterização das aldeias sobre infraestrutura de saneamento

Polo Base	Nº de Aldeias	Nº de aldeias com coleta de resíduos pela prefeitura	Nº de aldeias que destinam seus resíduos orgânicos para compostagem ou alimentação animal	Nº de aldeias que realizam queima de resíduos na aldeia	Nº de aldeias com infraestrutura de água	Nº de aldeias com Esgotamento Sanitário adequado
Confresa	09	0*	0***	09	07	0**
Goiás	04	02*	02	03	04	0**
Santa Terezinha	16	0*	0***	05	08	0**
São Félix	22	07*	0***	22	11	0**
TOTAL	51	09	02	39	30	0

Fonte: DSEI Araguaia, 2023.

Algumas aldeias/EMSI levam o resíduo para a cidade mais próxima.

** Algumas aldeias possuem fossas construídas pelos próprios moradores e outros da época da FUNASA, porém estes últimos estão em mau estado.

***Orgânicos sempre acabam sendo destinados aos animais.

Tabela 13 - Tecnologias de tratamento de água mais utilizada, 2023

Polo Base	Nº de Aldeias	Nº de aldeias com clorador	Nº de aldeias que tem tratamento	Nº de aldeias que são atendidas por concessionária	Nº de aldeias com filtração
Confresa	09	07	08*	0	0**
Goiás	04	02	04	02	0**
Santa Terezinha	16	07	12*	01	0**
São Félix	22	11	18*	0	0**
TOTAL	51	27	42	03	0

Fonte: DSEI Araguaia, 2023.

*Restante das aldeias que não possuem tratamento são aldeias novas.

**Aldeias não possuem filtração do SAA coletivo, mas foram distribuídos filtro de barro em todas as casas.

Tabela 14 - Tecnologias de tratamento e disposição final de esgotamento mais utilizada, 2023

Polo Base	Nº de Aldeias	Nº de aldeias com fossa séptica e sumidouro	Nº de aldeias com fossas rudimentares	Nº de aldeias com corpos hídricos
Confresa	09	6*	6**	02
Goiás	04	2*	4**	02
Santa Terezinha	16	4*	4**	13
São Félix	22	9*	3**	22
TOTAL	51	21	17	39

Fonte: DSEI Araguaia, 2023.

*Algumas aldeias possuem fossas construídas pelos próprios moradores e outros da época da FUNASA, porém estes últimos estão em mau estado.

** Algumas aldeias fazem o ciclo da bananeira para águas cinzas.

Tabela 15 - Previsão de implantação de infraestrutura de abastecimento de água por aldeia 2024 a 2027

Polo Base	Aldeia	População	Ano de previsão de implantação de infraestrutura de água
Confresa	Santa Luzia	13	2024
São Félix do Araguaia	Werreria	40	2024
São Félix do Araguaia	Kutaria M	27	2024
São Félix do Araguaia	Kuriala	3	2024
São Félix do Araguaia	Kobihete (Itxeó)	28	2024
Santa Terezinha	Tapiraká	47	2024
São Félix do Araguaia	Nova Pukanu	177	2024
Santa Terezinha	Nova Aliança Lariwanã	4	2024
São Félix do Araguaia	Porto Velho	48	2024
Santa Terezinha	Kuriaru	8	2024
Santa Terezinha	Mautari-Cadete	6	2024
São Félix do Araguaia	Brebuna	20	2027
São Félix do Araguaia	Bom Jesus	45	2027
Confresa	Codebra II	60	2027
Santa Terezinha	Wani	26	2027
Santa Terezinha	Hakoti	18	2027
São Félix do Araguaia	Hatana	8	2027
Santa Terezinha	Mahike	14	2027
Santa Terezinha	Xexotãwa	85	2027
Santa Terezinha	Toriwani	28	2027
São Félix do Araguaia	Kaxiwerá	9	2027

Fonte: Reunião CONDISI, DSEI Araguaia, 2023.

Tabela 16 - Previsão de reforma e/ou ampliação de infraestrutura de abastecimento de água por aldeia

Polo Base	Aldeia	População	Ano de previsão de reforma e/ou ampliação de infraestrutura de água
Santa Terezinha	Itxalá	348	2024
Santa Terezinha	Macaúba	531	2024
São Félix do Araguaia	JK	120	2024
São Félix do Araguaia	Mirindiba	33	2024
Confresa	Urubu Branco	528	2025
São Félix do Araguaia	Fontoura	797	2025
São Félix do Araguaia	Santa Isabel do Morro	851	2025
Goiás	Carretão I e II	217	2025
Goiás	Buridina	185	2025
Confresa	Sapéva	54	2025
Confresa	Córrego da Onça	140	2025
São Félix do Araguaia	Axiwé	41	2025
Goiás	Aricá (Bdê Buré)	86	2025
Confresa	Krehele Rio Preto	21	2025
São Félix do Araguaia	São Domingos	209	2026
São Félix do Araguaia	Teribré	26	2026
Santa Terezinha	Hawalorá	145	2027

Fonte: Reunião CONDISI, DSEI Araguaia, 2023

Quadro 18 - Previsão de sistema de esgotamento sanitário por aldeia MSD

Polo Base	Aldeia	População	Ano de previsão de implantação de infraestrutura de esgotamento sanitário
Confresa	Urubu Branco	*2 famílias	2026
Santa Terezinha	Ibutuna	*1 família	2026
Santa Terezinha	Itxalá	*2 famílias	2026
São Félix do Araguaia	Santa Isabel do Morro	*6 famílias	2026
São Félix do Araguaia	Wataú	*1 família	2026
São Félix	Fontoura	*3 famílias	2026
São Félix do Araguaia	Santa Isabel do Morro	851	2024
Santa Terezinha	Macaúba	531	2024
Confresa	Tapi'táwa (Urubu-branco)	528	2024
Goiás	Carretão	227	2024
São Félix do Araguaia	Fontoura	797	2024
Santa Terezinha	Itxalá	348	2024
São Félix do Araguaia	São Domingos	209	2024
Goiás	Buridina	185	2024
Santa Terezinha	Hawalorá	145	2024
Confresa	Tapiparanytáwa (Córrego Da Onça)	140	2024
Goiás	Arica (Bde-buré)	86	2024
São Félix do Araguaia	Nova Pukanu	177	2024
São Félix do Araguaia	JK	120	2025
Santa Terezinha	Ibutuna	108	2025
Confresa	Buriti II	87	2025

São Félix do Araguaia	Wataú	104	2025
Santa Terezinha	Xexotãwa	85	2025
Confresa	Wiriaotãwa (Codebra)	81	2025
São Félix do Araguaia	Werebia	86	2025
Santa Terezinha	Majtyri'tawa	82	2025
São Félix do Araguaia	Porto Velho	48	2025
Confresa	Akara'itãwa (Santa Laura)	75	2025
São Félix do Araguaia	Bom Jesus	45	2025
Confresa	Wiriaotãwa II (Codebra 2)	60	2025
Confresa	Towajaãwa (Sapeva)	54	2026
Santa Terezinha	Tapiraká	47	2026
Confresa	Krehele (Rio Preto)	21	2026
São Félix do Araguaia	Axiwé	41	2026
Santa Terezinha	Kutaria	36	2026
Confresa	Inatao'tãwa (Santa Luzia)	13	2026
São Félix do Araguaia	Werreria	40	2026
Santa Terezinha	São João	31	2026
São Félix do Araguaia	Nova Tytemã	38	2026
Santa Terezinha	Toriwani	28	2026
São Félix do Araguaia	Mirindiba	33	2026
Santa Terezinha	Hakoti	18	2026
São Félix do Araguaia	Kobihete (Itxeó)	28	2027
Santa Terezinha	Lago Grande	17	2027
São Félix do Araguaia	Kutaria - M	27	2027
Santa Terezinha	Mahike	14	2027
São Félix do Araguaia	Wani	26	2027
São Félix do Araguaia	Teribré	26	2027
São Félix do Araguaia	Brebuna	20	2027
São Félix do Araguaia	Kuriawa	17	2027
Goiás	Ava Canoeiro	9	2027
São Félix do Araguaia	Kaxiwera (São Pedro)	9	2027
Santa Terezinha	Kuriaru	8	2027
São Félix do Araguaia	Hatana	8	2027
Santa Terezinha	Mautari-cadete	6	2027
Santa Terezinha	Nova Aliança Lariwanã	4	2027
São Félix do Araguaia	Kuriala	3	2027

Fonte: Reunião CONDISI, DSEI Araguaia, 2023.

5.4. Meio de transporte

Os deslocamentos das EMSI, das sedes dos Polos Base para atendimento nas comunidades indígenas jurisdicionadas ao DSEI Araguaia, é realizado por meio terrestre ou fluvial a depender da época do ano e conforme disponibilidade de transporte.

O DSEI Araguaia não possui plano próprio de transporte formalizado, onde o mesmo segue as orientações do nível central referente ao transporte. Contudo, há o transporte no DSEI é organizado por profissionais lotados no Setor de Patrimônio e

Apoio Técnico Administrativo (SEPAT), que fica responsável pelas escalas de viagens terrestres e fluviais, tanto do DSEI quanto das áreas que transportam os técnicos dos demais setores para os polos ou as aldeias, sempre com alguma demanda referente ao trabalho de seu setor, bem como de pacientes para tratamentos eletivos ou de emergência, também fica responsável por acompanhar as manutenções preventivas e corretivas dos veículos locados, que são de responsabilidade das suas locadoras contratadas.

O Coordenador Técnico de cada polo base realiza o gerenciamento logístico dos carros e embarcações de acordo com suas respectivas funções, por exemplo, o carro de consulta e exame, de equipe e de emergência.

A CASAI é responsável pela logística de buscar e levar os pacientes indígenas para os hospitais, clínicas, laboratórios e qualquer outro serviço de referência que o paciente necessite. É importante salientar que O SEPAT presta apoio no que se refere a manutenção e abastecimento dos veículos, tanto para os Polos Base quanto para CASAI.

O DSEI (setor de transporte) juntamente com o fiscal de contrato, realiza o monitoramento e acompanhamento dos contratos administrativos relacionados ao transporte (contratos de locação de veículos e/ou embarcações, mão de obra de condutores, sejam motoristas ou pilotos fluviais, manutenção de veículos e/ou embarcações, entre outros), a fim de evitar a desassistência dos serviços por falta de contratações vigentes.

O DSEI possui uma equipe de transporte que é composta por um chefe do setor (Servidor que é o chefe do SEPAT), três técnicos de Suporte II, onde estes recebem todas as demandas referentes a transporte terrestre e fluvial. Entretanto, não existe documento que formalize a constituição desta equipe de transporte, logo não há instrumento formalizado, com as descrições das atribuições da equipe.

Quadro 19 - Caracterização do meio de transporte entre as unidades de abrangência do DSEI ARAGUAIA

Polo Base	Distância Da Sede do DSEI ao Polo Base	Aldeias/Casais	Distância Polo Base a Aldeia/ CASAI	Acesso Terrestre	Acesso Fluvial	Acesso Aéreo	Observações Do Acesso
São Félix do Araguaia	100 m	Aldeia São Domingos	105 km	x	x		Acesso feito por estrada de terra 1 hora e 30 minutos de carro. Acesso via fluvial no Verão leva 2 horas 30 minutos (Via fluvial, 30 litros por deslocamento)
		Aldeia Itxeó	165 km	x	x		acesso feito por estrada de Terra no Verão 6 horas de viagem. Acesso via fluvial no inverno 6 horas de viagem. (Via Fluvial 160 litros por deslocamento)
		Aldeia Mirindiba	160 Km	x	x		acesso feito por estrada de Terra no Verão 6 horas de viagem. Acesso via fluvial no inverno 6 horas de viagem. (Via fluvial 160 litros por deslocamento)
		Aldeia Kaxiwera	100 Km	x	x		Acesso feito por estrada terrestre no verão leva 5 horas. Acesso via fluvial 4 horas e 30 min. (via fluvial 130 litros por deslocamento)
		Aldeia Fontoura	37 Km	x	x		Acesso via estrada de Terra leva 55 minutos. Via fluvial 1 hora 30 minutos de dia, na noite leva 02:00. (via fluvial 20 litros por deslocamento)
		Aldeia Santa Isabel	12 minutos			x	Acesso apenas via fluvial, leva apenas 12 minutos de São Félix do Araguaia-MT. (Frente a cidade de São Félix do Araguaia-MT, divisa Rio Araguaia. (via fluvial 5 litros deslocamento)
		Aldeia Werebia	10 minutos			x	Acesso apenas via fluvial, leva apenas 10 minutos de São Félix do Araguaia-MT. (Frente a cidade de São Félix do Araguaia-MT, divisa Rio Araguaia. (5 litros por deslocamento)
		Aldeia JK	10 minutos			x	Acesso apenas via fluvial, leva apenas 10 minutos de São Félix do Araguaia-MT. (Frente a cidade de São Félix do Araguaia-MT), divisa

Polo Base	Distância Da Sede do DSEI ao Polo Base	Aldeias/Casais	Distância Polo Base a Aldeia/ CASAI	Acesso Terrestre	Acesso Fluvial	Acesso Aéreo	Observações Do Acesso
							Rio Araguaia. (via fluvial 5 litros por deslocamento)
		Aldeia Watau	10 minutos		x		Acesso apenas via fluvial, leva apenas 10 minutos de São Félix do Araguaia-MT. (Frente a cidade de São Félix do Araguaia-MT, divisa Rio Araguaia. (Via fluvial, 5 litros por deslocamento)
		Aldeia Nova Tytemã	50 Km	x	x		Acesso via terrestre no verão leva 1 hora. Acesso via fluvial no inverno leva 40 min. (via fluvial 25 litros pôr deslocamento)
		CASAI de Cuiabá - MT	1.200 Km	x			Acesso via estrada de terra 170 km leva 04:00 de viagem, continuação da estrada pavimentada BR 158, 1030 Km 12 horas de viagem.
		Aldeia Pukanu	240 Km	x	x		5 horas de viagem em embarcação fluvial e por terra 03:30 de veículo terrestre uma distância de 240 km pelo trajeto original BR158.
		CASAI de Palmas-TO	918 Km	x			Os primeiros 174 Km leva 02:20 de estrada de terra, e o restante pavimentado de 744 Km leva 10:00 de viagem com a travessia da balsa em Caseara-TO funcionando normalmente com leito do rio cheio.
		CASAI de Goiânia - GO	1.049 Km	x			Acesso via estrada de terra de 170 Km leva 04:00 horas de viagem. Estrada pavimentada 879 km aproximadamente 11:00 horas de viagem.
		Aldeia Axiwé	37 Km	x	x		Acesso via estrada de Terra leva 55 minutos. Via fluvial 1 hora 30 minutos de dia, na noite leva 02:00. (via fluvial 20 litros por deslocamento)

Polo Base	Distância Da Sede do DSEI ao Polo Base	Aldeias/Casais	Distância Polo Base a Aldeia/ CASAI	Acesso Terrestre	Acesso Fluvial	Acesso Aéreo	Observações Do Acesso
		Aldeia Bom Jesus	332 km	x			Acesso via terrestre 05:11 minutos, este caminho este trecho somente realizado na seca do Rio Tapirapé. Area Isolada.
		Aldeia Porto Velho	332 km	x			Acesso via terrestre 05:11 minutos, este caminho este trecho somente realizado na seca do Rio Tapirapé. Area Isolada. Apenas a travessia do Rio Tapirapé.
		Aldeia Teribré	100 km	x			Acesso Via terrestre de 100km tempo de 1 hora e 30 minutos, Acesso via Fluvial de 1 hora e 20 minutos e 50 litros de combustível.
		Aldeia Kuriawa	7,08 km	x	x		Acesso via terrestre 7 km e 30 minutos de viagem, Via fluvial gasta 25 minutos com gasto de 10 litros de combustível.
		Aldeia Kutaria M	11 km	x	x		Acesso Via terrestre 40 minutos e 15 km. Acesso via fluvial 11km com 25 minutos de viagem 15 litros.
		Aldeia Kuriala	7,08 km	x	x		Acesso via terrestre 7 km e 30 minutos de viagem, Via fluvial gasta 25 minutos com gasto de 10 litros de combustível.
		Aldeia Brebuna	250 KM	X	X		Acesso via terrestre 07:00 horas no verão. (Acesso via fluvial entorno de 7 horas e gasta 210 litros de gasolina.)
		Aldeia Hatana	2,5 km		x		Acesso Via Fluvial, 20 minutos e 20 Litros de Gasolina.
		Aldeia Werreria	60 Km	x	x		Acesso via terrestre no verão 1 hora e 30 minutos. Acesso via fluvial no inverno leva 1 hora. (Via fluvial, 25 litros por deslocamento.)
Santa Terezinha	405 Km	Aldeia Macaúba	Ex: 30 Km		x		Acesso via fluvial, leva 25 minutos até a aldeia. (Via fluvial, 5 litros por deslocamento)
		Aldeia Kutaria	35 minutos		x		Acesso via fluvial, leva 35 minutos até a aldeia. (via fluvial, 15 litros por deslocamento.)
		Aldeia São João	25 minutos		x		Acesso via fluvial, leva 23 minutos até a aldeia (via fluvial, 10 litros por deslocamento)

Polo Base	Distância Da Sede do DSEI ao Polo Base	Aldeias/Casais	Distância Polo Base a Aldeia/ CASAI	Acesso Terrestre	Acesso Fluvial	Acesso Aéreo	Observações Do Acesso
		Aldeia Ibutuna	Ex: 40 Km		x		Acesso via fluvial, leva 23 minutos até a aldeia (via fluvial, 10 litros por deslocamento).
		Aldeia Tapiraká	50 Km		x		Acesso via estrada de terra, leva 45 minutos até a aldeia
		Aldeia Majtyri	32 Km	x	x		Acesso via estrada de terra, leva 25 até a aldeia. Acesso via fluvial, leva 42 minutos até a aldeia.(via fluvial, 20 litros por deslocamento)
		Aldeia Hawalorá	33 Km	x	x		Acesso via estrada de terra, leva 30 minutos até a aldeia. Acesso via fluvial, leva 40 minutos até a aldeia. (Via fluvial, 20 litros por deslocamento)
		Aldeia Itxalá	37 Km	x	x		Acesso via estrada de terra, leva 35 minutos até a aldeia. Acesso via fluvial leva 36 minutos até a aldeia. (via fluvial, 20 litros por deslocamento)
		CASAI de Goiânia - GO	1211 Km	x			Acesso via estrada pavimentada com trecho de estrada de chão de 110 Km pela Br 158 leva 15 horas para completar o percurso.
		CASAI de Cuiabá - MT	1321 Km	x			Acesso via estrada pavimentada com trecho de estrada de terra de 110 km pela Br 158 leva 18 horas e 26 minutos para completar o percurso.
		DSEI-TO	614 Km	x			Acesso via estrada pavimentada, de 613 Km, tempo estimado de 09 horas e 21 minutos
		Aldeia Mautari-Cadete	23 km	x	x		Acesso via fluvial 35
		Aldeia Kuriaru	8 km	x	x		Acesso via fluvial, 35 minutos, acesso via terrestre 20, 40 minutos de Balsa e 10 minutos andando a pé. minutos.(Via Fluvial gasto de 20 litros de combustível)
		Aldeia Hakoti	60 minutos		x		Acesso via fluvial, tempo de deslocamento de 60 minutos e 40 litros de combustível

Polo Base	Distância Da Sede do DSEI ao Polo Base	Aldeias/Casais	Distância Polo Base a Aldeia/ CASAI	Acesso Terrestre	Acesso Fluvial	Acesso Aéreo	Observações Do Acesso
		Aldeia Mahike	10 minutos		x		Acesso via fluvial, tempo de 10 minutos de deslocamento, 15 Litros de Gasolina
		Aldeia Toriwani	60 minutos		x		Acesso via fluvial com 60 minutos de embarcação fluvial 40 litros de combustível.
		Aldeia Xexotãwa	50 Km			x	Acesso via estrada de terra, leva 45 minutos até a aldeia
		Aldeia Wani	60 minutos			x	Acesso via fluvial com 45 minutos de embarcação fluvial 40 litros de combustível.
		Aldeia Lariwanã (Nova Aliança)	20 minutos			x	Acesso via fluvial, com distância de 20 minutos em embarcação fluvial.
		Aldeia Lago Grande	120 Km	x		x	Acesso via estrada de terra, leva 1 hora e 40 minutos até a aldeia. Acesso via fluvial, leva 1 hora e 40 minutos até o porto da aldeia. (Via fluvial, 35 litros por deslocamento)
Confresa	245 Km	CASAI de Goiânia-GO	1.058 Km	x			Acesso via pavimentada, com trecho de 110 km de estrada de chão, percurso leva 14h e 53 minutos.
		CASAI de Cuiabá - MT	1.167 Km	x			Acesso via pavimentada, com trecho de 110 km de estrada de chão, percurso leva 15H e 34 minutos.
		CASAI de Palmas - TO	581 Km	x			Acesso via pavimentada, percurso de 8H e 35 minutos.
		Aldeia Urubu Branco	40 km	x			Acesso por via pavimentada de 10 Km, e 30 km de estrada de terra. Tempo estimado de 35 minutos
		Aldeia Córrego da Onça	45 Km	x			Acesso por via pavimentada de 10 Km, e 35 km de estrada de terra. Tempo estimado de 40 minutos
		Aldeia Sapeva	60 Km	x			Acesso por via pavimentada de 10 Km, e 50 Km de estrada de terra. Tempo estimado de 50 minutos.

Polo Base	Distância Da Sede do DSEI ao Polo Base	Aldeias/Casais	Distância Polo Base a Aldeia/ CASAI	Acesso Terrestre	Acesso Fluvial	Acesso Aéreo	Observações Do Acesso
		Aldeia Codebra	70 Km	x			Acesso por via pavimentada de 10 Km, e 60 Km de estrada de terra. Tempo estimado de 1 hora.
		Aldeia Buriti I	45 Km	x			Acesso por via pavimentada de 10 Km, e 35 km de estrada de terra. Tempo estimado de 40 minutos
		Aldeia Santa Laura	60 Km	x			Acesso por via pavimentada de 10 Km, e 50 Km de estrada de terra. O tempo estimado de 50 minutos.
		Aldeia Krehele (Rio Preto)	90 Km	x			Acesso por via pavimentada de 49 Km, e 40 Km de estrada de terra
		Aldeia Santa Luzia	112 Km	x			Acesso por via pavimentada de 10 Km, e 102 Km de estrada de Terra (Este trecho só é feito nos meses de agosto a outubro) leva 1 hora e 50 minutos de carro. Acesso via fluvial leva 3 horas e 45 minutos e gasta 25 litros de combustível por deslocamento.
Polo Base de Goiânia-GO	1.049 Km	Aruanã GO	314 Km	x			Acesso por via pavimentada, deslocamento leva 4 horas e 16 minutos
		Aldeia Bde-Buré	318 km	x			Acesso por via pavimentada, trecho leva 4 horas 30 minutos
		Aldeia Buridina	314 Km	x			Acesso por via pavimentada, trecho leva 4 horas 16 minutos
		Aldeia Carretão	261 Km	x			Acesso por via pavimentada, trecho leva 3 horas e 52 minutos
		Avá Canoeiro	285 Km	x			Acesso por via pavimentada, trecho leva 3 horas e 30 minutos.
		CASAI - GO	0 Km	x			Polo Base instalado na mesma área da Casai-GO.

Fonte: DSEI Araguaia, 2023.

Tabela 17 - Caracterização resumida do acesso às aldeias por tipo de transporte no DSEI ARAGUAIA

Meios de Acesso às aldeias indígenas	Número de aldeias	Percentual de aldeias
Fluvial	14	29,41%
Terrestre	15	27,45%
Aéreo	-	-
Misto	22	43,14%
Total de aldeias	51	100%

Fonte: DSEI Araguaia, 2023.

Tabela 18 - Número de veículos e equipamentos de transporte por tipo.

Tipo	Quantidade	Previsão Anual da necessidade
Picape	28	28
Van / Utilitário	02	02
Caminhão	00	01
Voadeira	13	16
Barco / Lancha	01	01

Fonte: DSEI Araguaia, extração em 06.11.2023

5.5. Controle social

O Conselho do DSEI Araguaia é composto por 72 Conselheiros Distritais, 51 Conselheiros Locais, incluindo o número de conselho local das novas aldeias solicitadas a fazer parte do PDSI, divididos entre 04 grupos de Conselhos Locais.

O CONDISI programa anualmente 03 reuniões distritais, 02 reuniões locais em cada polo base. São programadas uma capacitação de conselheiros locais por cada polo e uma capacitação de conselho distrital uma vez por ano. Pelo menos 02 vezes ao ano são realizadas visitas em todas as aldeias.

Tabela 19 - Total de conselheiros locais, distritais e assessor indígena no DSEI ARAGUAIA

Descrição	Total
Conselheiro Local	51
Conselheiro Distrital	72
Assessor Indígena	2

Fonte: CONDISI Araguaia, 2023

Justifica-se o aumento dos conselheiros locais devido a solicitação das comunidades conforme o aumento das aldeias no DSEI Araguaia totalizando a quantidade de 51, considerando a exigência da representatividade no conselho local

de cada aldeia se faz necessário o aumento. Posteriormente aprovado pelo CONDISI será publicado em Boletim de Serviço Eletrônico - BSE do Ministério da Saúde.

Tabela 20 - Previsão de capacitação anual de conselheiros distritais e conselheiros locais do DSEI ARAGUAIA.

Capacitação	2024	2025	2026	2027
Conselheiro Distrital	1	1	1	1
Conselheiro Local	1	1	1	1

Fonte: Condisi Araguaia, 2023

São planejadas conforme plano de trabalho, 3 reuniões Distritais por ano, 1 reunião conselho local por polo base, 1 capacitação conselho distrital e 1 capacitações para cada conselho local, conforme solicitado nas reuniões do conselho local. Teve a participação de 3 delegados membro do conselho distrital e o presidente do CONDISI na 17ª Conferência Nacional de Saúde, que teve como tema: "Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia - Amanhã Vai Ser Outro Dia" que ocorreu nos dias 02 a 05 de julho do 2023. Não tem participação do Controle social nas esferas do governo municipal e estadual, apenas atuação de ouvinte no Conselho Intermunicipal Regional - São Félix do Araguaia - MT (CIR).

Tabela 21 - Previsão de Reunião do Conselho Distrital e Conselhos Local do DSEI

Reuniões CLSI	Participantes	Local	Período/Quantidade			
			2024	2025	2026	2027
CLSI Confresa	9	Aldeia Urubu Branco	2	2	2	2
CLSI Santa Terezinha	16	Aldeia Hawalorá Aldeia Macaúba	2	2	2	2
CLSI São Félix do Araguaia	22	Aldeia Santa Isabel do Morro	2	2	2	2
CLSI Goiânia	4	Aldeia Aruanã	2	2	2	2
Total Anual			8	8	8	8
Reuniões: CONDISI	Participantes	Local	Período/Quantidade			
			2024	2025	2026	2027
CONDISI	72	São Felix do Araguaia - MT	3	3	3	3
Total Anual			3	3	3	3

Fonte: CONDISI Araguaia, 2023.

O CONDISI acompanha e verifica o funcionamento dos serviços de atenção à saúde no âmbito das Aldeias e Polos Bases e CASAI. São realizadas visitas em todas as aldeias pelo menos 2 vezes ao ano, e frequentemente visitas aos polos, sede do

DSEI e CASAI-GYN, onde são cobrados e fiscalizados os andamentos dos processos vigentes e processos em tramitação para conclusão conforme projeto.

É elaborado um relatório de monitoramento trimestral das ações executadas do controle social para acompanhamento da execução financeira que são realizadas no Transferegov.

5.6. Recursos financeiros

Considerando o objetivo de municiar o PDSI 2024/2027 com as informações orçamentárias do plano em execução dos contratos vigentes do Distrito Sanitário Especial Indígena Araguaia (DSEI/ARA), segue descrição das principais despesas e execução por objetos/contratações realizadas pelo Distrito.

As principais despesas são aquelas entendidas como essenciais, sendo elas as de energia elétrica, fornecimento de água e esgoto, locação de imóveis, alimentação e, em específico as finalidades dos Distritos, as contratações relacionadas aos meios de locomoção, tais como as locações de veículos e embarcações, bem como de empresas especializadas no fornecimento de motoristas e pilotos fluvial.

Desta maneira, as despesas essenciais são distribuídas na seguinte abrangência:

Energia elétrica - com contratos que atendem a Sede do DSEI/ARA e Polo Base de São Félix do Araguaia, no Estado de Mato Grosso, no valor de R\$191.628,00. Também com contratos que atendem as unidades jurisdicionadas no Estado de Tocantins, no valor R\$64.200,00. Bem como contratos que atendem a CASAI/GYN e unidades do DSEI/ARA no Estado de Goiás, no valor de R\$46.686,92. Perfazendo, com esse tipo de despesa, o custeio anual no total de R\$302.514,92.

Fornecimento de água e esgoto - com contratos que atendem o Polo Base de Goiânia e CASAI/GYN e jurisdição do Estado de Goiás, no valor R\$199.628,00. Com contrato que atende o Polo Base de São Félix do Araguaia, no valor de R\$ 1.177,92, Santa Terezinha no valor de R\$ 765,00, de Confresa no valor de R\$ 1.437,80, todos no Estado de Mato Grosso, perfazendo, com esse tipo de despesa, o custeio anual no total de R\$ 202.764,97.

Locação de imóvel - com o contrato que atende o funcionamento do Polo Base de São Félix do Araguaia, no valor de R\$ 53.520,00, com contrato que atende o

funcionamento do Polo Base de Santa Terezinha, no valor de R\$ 22.526,12, também com contrato que atende o funcionamento da Sede do Distrito (DSEI/ARA), no valor de R\$ 39.021,24, bem como contrato que atende o funcionamento do Polo Base de Confresa, no valor de R\$ 36.000,00, todos do Estado de Mato Grosso. Sendo a despesa com esse tipo de contratação com o custo anual no valor total de R\$151.067,36.

Alimentação de referenciados - contrato que atende os assistidos do Polo Base de São Félix do Araguaia, no valor de R\$72.183,50 . Contrato que atende os assistidos do Polo Base de Santa Terezinha, no valor de R\$52.636,56. Contrato que atende os assistidos do Polo Base de Confresa, no valor de R\$17.049,50, todos do Estado de Mato Grosso, bem como contrato que atende os assistidos da CASAI-GYN, do Estado do Estado de Goiás, no valor de R\$ 633.744,00. Totalizando com esse tipo de despesa, o custo anual no valor de R\$775.613,56.

Meios de transportes e motoristas/pilotos - contrato emergencial de locação de veículos que atende o DSEI/ARA e unidades jurisdicionadas, no valor de R\$ 2.376.000,00, assim como contrato de motoristas que atende o DSEI/ARA e unidades jurisdicionadas, no valor de R\$ 5.803.027,92. Com contrato de locação de embarcações completas com motor, que atende o DSEI/ARA e unidades jurisdicionadas, no valor de R\$ 1.226,160,00, também com contrato de pilotos fluvial que atende o DSEI/ARA e unidades jurisdicionadas, no valor de R\$ 1.796.823,60. Bem como contrato de veículos que atende a CASAI-GYN, no valor de R\$125.950,74. Ultimando, com esse tipo de despesa, o custo anual no valor total de R\$11.327.962,26.

Por oportuno, não menos importante, segue as despesas necessárias:

Vigilância desarmada - com contrato que atende a UBSI da aldeia aruanã, no valor de R\$ 257.251,20 e com contrato que atende a CASAI-GYN, no valor de R\$ 248.456,88, ambos no Estado de Goiás, assim como contrato que atende a Sede do Distrito e os Polos Base de São Félix do Araguaia, de Santa Terezinha e de Confresa, no valor de R\$ 1.081.650,24. Todos do Estado de Mato Grosso. Com a despesa total anual com esse tipo serviço, no custo de R\$ 1.587.358,32.

Funerária - com contrato que atende as necessidades dos referenciados da Sede do Distrito (DSEI/ARA), no valor de R\$ 105.255,00, também com contrato que atende os referenciados do Polo Base de Confresa, no valor de R\$ 81.762,00, bem

como contrato que atende os referenciados do Polo Base de Santa Terezinha, no valor de R\$ 44.197,60, todos de Mato Grosso. E contrato que atende os referenciados da CASAI-GYN, no valor R\$ 64.239,50, no Estado de Goiás. Com a despesa total anual com esse tipo serviço, no custo de R\$ 295.454,01.

Auxiliar administrativo - contrato que atende a CASAI-GYN, no valor de R\$ 76.999,00.

Técnico de suporte II - com contrato que atende as atividades do DSEI/ARA e unidades jurisdicionadas, no valor de R\$ 1.809.240,32.

Manutenção de Sistema de Abastecimento de Água (SAA) - contrato que atenda as necessidades do respectivo serviço do DSEI/ARA e unidades jurisdicionadas, no valor de R\$ 45,000,00.

Serviços de manutenção e instalação de ar-condicionado - contrato que atende o DSEI/ARA e unidades jurisdicionadas, no valor de R\$ 86.903,95.

Hospedagem/hotelaria - com contrato que atende os referenciados do Polo Base de São Félix do Araguaia-MT, no valor de R\$ 118.861,06.

Serviços de limpeza e conservação - com contrato que atende as necessidades de asseio da CASAI-GYN, no valor de R\$ 173.828,80.

Coleta de resíduo - com contrato que atende necessidades do DSEI/ARA e unidades jurisdicionadas, no valor de R\$ 35.720,00.

Serviços de internet - com contrato que atende o funcionamento dos serviços administrativo da Sede do DSEI/ARA, no valor de R\$ 43.200,00.

Ferramenta de pesquisa de preços - contrato que atende parte de serviços administrativo do DSEI/ARA e unidades jurisdicionadas, no valor de R\$ 9.635,00.

Serviço de publicação - contrato que atende parte de serviços administrativo do DSEI/ARA no valor de R\$ 20.400,00.

Contata-se que totalizam 38 contratos vigentes com despesas de custeio até a presente data, no valor total de R\$ 17.062.523,53.

Relata-se que todas as contratações em vigência detalhadas são indispensáveis ao regular funcionamento das atividades finalísticas do Distrito Sanitário Especial Indígena Araguaia (DSEI/ARA) e terão os objetos contratados mantidos ao longo do PDSI 2024/2027, seja por prorrogação, por aditivo ou nova contratação.

6. AVALIAÇÃO DO PDSI 2020-2023

6.1. Estratégia - Atenção à Saúde

Quadro 19 - Resultado 1 - Alcançar, em 2023, 90% das crianças menores de 5 anos com esquema vacinal completo de acordo com o calendário indígena de vacinação

Crianças menores de 5 anos com esquema vacinal completo de acordo com o calendário indígena de vacinação		
ANO	META PACTUADA	META ALCANÇADA
2020	86%	98,3%
2021	87,5%	93,6%
2022	88,5%	95,3%
2023	90%	96,3%

Fonte: SESAI, 2023.

A CV (cobertura vacinal) de crianças menores de 5 anos alcançou o percentual de 96,3 % mesmo diante da pandemia e a falta de imunobiológicos em especial os da faixa etária para menores de 1 ano, BCG, penta, meningoc, o que dificultou bastante a manutenção dos esquemas vacinais atualizados. Outro ponto de análise que coloca em risco a cobertura vacinal é a rotatividade de enfermeiros, bem como a falta de profissionais capacitados em sala de vacina.

Essa situação prejudica o envio dos dados para serem consolidados, e também as ações em área, uma vez que na ausência do enfermeiro em área, o ponto focal da imunização tem de ir executar as ações de vacinação além da função de inserir os dados no SIASI (sistema de informação da saúde indígena) e SI-PNI, assim como o fechamento dos relatórios de imunização. Alguns municípios, também estão cobrando a inserção dos dados no SI-PNI.

Em 2021 foram realizadas capacitações pelo Nível Central (SESAI), MS, SES-MT, SMS-São Félix aos profissionais de saúde do DSEI Araguaia-MT envolvidos com a vacinação, conteúdos abordados, Boa Prática de Vacinação. De 5 a 9 dezembro de 2022 foi realizado no DSEI Araguaia-MT uma capacitação em sala de vacina onde foram capacitados enfermeiros (6) e técnicos de enfermagem (11), isso disponibilizou mais profissionais para compor a equipe de vacinação, isso facilitou muito nos desempenhos das atividades de vacinação de rotina nas campanhas de influenza e COVID 19 no ano de 2023, com esses eventos de atualizações em sala de vacina e

boa prática de imunização e o empenho dos profissionais envolvidos nos possibilitou o alcance das metas estabelecidas .

Quadro 20 - Resultado 2 - Alcançar, em 2023, 50,0% das gestantes indígenas com acesso a, no mínimo 6 consultas de pré-natal

50,0% das gestantes indígenas com acesso a, no mínimo 6 consultas de pré-natal		
ANO	META PACTUADA	META ALCANÇADA
2020	39%	17,8%
2021	43%	55,7%
2022	47%	54,7%
2023	50%	72,7%

Fonte: SESAI, 2023.

No ano de 2020, com decorrência do pico da pandemia do Coronavírus e com elevada demanda por atendimentos relacionados às síndromes gripais (SG) e síndromes gripais graves, houve um menor número de consultas relacionadas à assistência pré-natal.

A articulação interfederativa é um desafio constante no Brasil, e isso se agrava na atenção à saúde indígena, que é de responsabilidade compartilhada entre a União, os estados e os municípios. Na pandemia de COVID-19, esse desafio se tornou ainda mais complexo, pois as restrições de deslocamento e as medidas de isolamento social dificultaram o acesso das gestantes indígenas aos serviços de saúde.

Os principais desafios relacionados à articulação interfederativa e ao acesso aos exames da rotina pré-natal das gestantes indígenas na pandemia são:

- Dificuldade de comunicação e coordenação entre os entes federados: As secretarias de saúde dos diferentes níveis de governo têm diferentes sistemas de informação, o que dificulta o compartilhamento de dados e a articulação das ações. Além disso, as lideranças indígenas muitas vezes não têm acesso às informações sobre os serviços de saúde disponíveis, o que dificulta o encaminhamento das gestantes aos locais adequados para atendimento.
- Distância e isolamento geográfico: O que poderia aumentar o risco de complicações durante o deslocamento das gestantes.

- Para superar esses desafios, é necessário um esforço conjunto dos entes federados e das lideranças indígenas. Entre as medidas que podem ser adotadas estão:
- Fortalecimento da articulação interfederativa: É preciso criar mecanismos que facilitem a comunicação e a coordenação entre as secretarias de saúde dos diferentes níveis de governo. Isso pode ser feito por meio de sistemas de informação integrados, fóruns de discussão e outros instrumentos de cooperação.
- Investimento na atenção à saúde indígena: É necessário aumentar os recursos financeiros e humanos destinados à atenção à saúde indígena. Isso deve ser feito por meio de políticas públicas específicas, que garantam o acesso das gestantes indígenas aos serviços de saúde necessários.
- Melhoria das condições de transporte e infraestrutura: É preciso melhorar as condições de transporte e infraestrutura nas áreas remotas onde vivem as comunidades indígenas. Isso facilitará o acesso das gestantes aos serviços de saúde.

A superação desses desafios é essencial para garantir o acesso das gestantes indígenas aos serviços de saúde necessários para uma gestação saudável e segura.

Nesse período ainda, de pandemia, houve muitos adoecimentos dos profissionais da linha de frente, do enfrentamento, que contribuiu para um fracasso no alcance da meta

Nos anos de 2021, 2022 e 2023, as metas pactuadas foram atingidas e a cobertura pré-natal apresentou desempenho satisfatório, tal fato foi possível devido ao intenso trabalho de sensibilização, conscientização, monitoramento, supervisão junto às EMSI. com o objetivo de alcançar assistência adequada conforme nos protocolos do Programa Saúde da Mulher/ MS e diminuir os riscos de complicações no pré-natal e pós-parto, bem como promover saúde no que se refere às mulheres indígenas.

Outro desafio encontrado, é a não procura das mulheres indígenas quando surge suspeita de gravidez, e escondem a gestação, isso ocorre com frequência e surge o pré-natal tardio que muitas vezes não há tempo hábil para um pré-natal com todos os requisitos, exames, consultas e acompanhamento oportuno pelas EMSI local.

O resultado geral reflete um progresso notável ao longo dos anos, culminando em uma realização significativa em 2023, com 72,7% das gestantes indígenas atendendo às consultas de pré-natal estabelecidas. Este avanço demonstra um esforço consistente e eficaz na melhoria do acesso a cuidados pré-natais nas comunidades indígenas.

No entanto, é crucial ressaltar que esse sucesso ocorreu apesar de um desafio evidente: a falta de digitadores para o lançamento de dados no SIASI (Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena). A ausência desses profissionais pode ter impactado a coleta e a análise de dados, introduzindo possíveis lacunas na avaliação precisa do progresso e na identificação de áreas que demandam mais atenção.

A necessidade urgente de resolver a carência de digitadores no SIASI destaca-se como uma prioridade para fortalecer o monitoramento eficiente das metas e melhorar a qualidade dos dados coletados. Investir em recursos humanos adequados para o registro preciso das informações pode otimizar a avaliação do desempenho e garantir a eficácia contínua das iniciativas voltadas para a saúde materna nas comunidades indígenas.

Quadro 21 - Resultado 3 - Alcançar, em 2023, 60,0% das crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento

60,0% das crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento		
ANO	META PACTUADA	META ALCANÇADA
2020	40%	64,5%
2021	44%	40,7%
2022	52%	54,7%
2023	60%	70,09%

Fonte: SESAI, 2023.

Ainda vivenciando um cenário caótico e sufocante da pandemia no Coronavírus, em 2021 com 40,07% meta atingida, ainda vivenciando as tragédias e em reestruturação das ações e retomadas das equipes com os acompanhamentos e as atividades rotineiras, nesse período ocorreu muita rotatividade profissional, e com essa situação comprometendo ao não cumprimento da assistência conforme preconizado pelo Programa. Outro fator que muito colaborou para o não cumprimento da meta foi a dificuldade e a falta de contratação de profissional digitador para agregar

todos os dados importantes com tempo hábil para assegurar esses dados no sistema. E por haver dados inconsistentes, realizados pelas EMSI, foi necessário uma abordagem de um levantamento com elaboração de planilhas e considerar um levantamento com todas as crianças menores de 01 ano no Distrito, em certificar os dados em documentos, e por várias supervisões local com as EMSI, para as consultas e principalmente com as duas consultas nos primeiros 06 de vida, o que demandou tempo e persistência com isso a capacitação do Atenção Integral Às Doenças Prevalentes Na Infância (AIDPI) -. que melhorou a assistência para as crianças em um olhar holístico, para todas as demandas com as crianças.

Quadro 22 - Resultado 4 - Alcançar, em 2023, 92% das crianças indígenas menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional

92% das crianças indígenas menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional		
ANO	META PACTUADA	META ALCANÇADA
2020	85%	90,3%
2021	88%	91,6%
2022	90%	96,3%
2023	92%	90,2%

Fonte: SESAI, 2023.

Mesmo com toda dificuldade enfrentada pela Pandemia COVID-19, o programa de Vigilância alimentar e nutricional buscou estratégias e parcerias com o intuito de desenvolver ações voltadas para a vigilância alimentar e nutricional das crianças menores de 5 anos assistidas pelo DSEI Araguaia. A união da RT juntamente com as EMSIs, e o apoio da gestão contribuíram para um bom desenvolvimento das ações planejadas.

Em relação às dificuldades para o alcance das metas pactuadas, no que tange ao indicador da Vigilância Alimentar e Nutricional, é importante ressaltar a insuficiência de Recursos Humanos em dois dos quatro polos bases do DSEI Araguaia e não contam com nutricionista na EMSI para acompanhamento do público priorizado. Paralelo a isso, há o número reduzido de profissionais para inserção dos dados no Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena - SIASI e demais sistemas do Ministério da Saúde., que possibilitasse a otimização do tempo da RT para realizar ações de supervisão e de educação em serviço junto às EMSI.

Durante boa parte dos últimos quatro anos houve também a dificuldade de executar as ações programadas na última semana do mês, devido às dificuldades logísticas como a falta de combustível para o deslocamento das EMSI para cumprimento das ações programadas e falta de veículo ou barco para locomoção, o que dificulta a chegada à área.

A falta de infraestrutura é considerada um desafio para as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, dificultando que as equipes executem uma assistência com qualidade.

Quadro 23 - Resultado 5 - Alcançar, em 2023, 90,0% de investigação de óbito infantil

90,0% de investigação de óbito infantil		
ANO	META PACTUADA	META ALCANÇADA
2020	87%	33,3%
2021	88%	100%
2022	89%	75%
2023	90%	Sem ocorrência

Fonte: SESAI, 2023.

Nos anos de 2020 e 2021 não conseguimos atingir metas devido a pandemia do Novo Coronavírus, as ações de saúde foram muito comprometidas, em 2022 tivemos 3 óbitos infantis que foram todos investigados e inseridos no SIASI, entretanto, está constando nos Painéis SESAI que atingimos apenas 75%, conforme extração realizada em 19.10.2023, conforme diálogo com o nível central observou que houve um problema na fórmula do script que será sanado. Em 2023 ainda não registramos óbito infantil. Temos fragilidades referente à inserção desses dados no SIASI, por insuficiência de digitadores no sistema, sendo que parte dessas informações estão sendo inseridas no SIASI pelos RTs dos programas com intuito de registrar os dados gerados dos atendimentos na área. Um dos pontos positivos para ampliar as ações de Vigilância do Óbito (VO) foi a criação do Grupo Técnico de Vigilância do Óbito (GTVO) em abril de 2022. Para 2024 iremos fortalecer as ações do grupo por meio das reuniões do GTVO e realização de capacitação dos profissionais envolvidos nas ações de VO.

Quadro 24 - Resultado 6 - Alcançar, em 2023, 92,0% de investigação de óbito maternos

90,0% de investigação de óbito infantil		
ANO	META PACTUADA	META ALCANÇADA
2020	89%	Sem ocorrência
2021	90%	100%
2022	91%	Sem ocorrência
2023	92%	Sem ocorrência

Fonte: SESAI, 2023.

No ano de 2021 houve a ocorrência de um óbito materno no qual foi realizada investigação, não houve óbitos maternos nos outros anos. A nossa cobertura de pré-natal vem aumentando gradativamente, porém ainda observamos algumas fragilidades principalmente na captação tardia de algumas gestantes que envolvem em sua maioria questões culturais.

Outra fragilidade observada é referente à inserção desses dados no SIASI, por insuficiência de digitadores no sistema, sendo que parte dessas informações estão sendo inseridas no SIASI pelos RTs dos programas com intuito de registrar os dados gerados dos atendimentos na área. Um dos pontos positivos para ampliar as ações de Vigilância do Óbito (VO) foi a criação do Grupo Técnico de Vigilância do Óbito (GTVO) que foi criado em abril de 2022.

Para 2024 serão fortalecidas ações do grupo por meio das reuniões do GTVO e realização de capacitação dos profissionais envolvidos nas ações de VO.

Quadro 25 - Resultado 7 - Alcançar, em 2023, 60% da população indígena com primeira consulta odontológica

60% da população indígena com primeira consulta odontológica		
ANO	META PACTUADA	META ALCANÇADA
2020	45%	12,9
2021	50%	19,5
2022	55%	52,7
2023	60%	23,2

Fonte: SESAI, 2023.

Quadro 26 - Resultado 8 - Alcançar, em 2023, 60% de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica

60% de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica		
ANO	META PACTUADA	META ALCANÇADA
2020	55%	4,51
2021	56%	24,5
2022	58%	30,8
2023	60%	20,4

Fonte: SESAI, 2023.

O DSEI Araguaia possui quantidade relativamente suficiente de instrumentais e insumos odontológicos para realizar os exames clínicos bucais para a oferta da 1ª consulta odontológica programática. Possui também quantidade suficiente de computadores para a inserção destes dados, tanto nos Polos base quanto na DIASI, todavia não foi possível alcançar a meta programada. Uma grande dificuldade encontrada, é a falta de interesse da população em procurar atendimento odontológico, geralmente procuram quando estão sentindo dor. Uma falha da equipe é a promoção e educação em saúde, quanto à conscientização da comunidade. Refletindo diretamente na meta de tratamentos concluídos.

A área técnica do Programa de Saúde Bucal da DIASI realizou a qualificação e orientou as equipes de saúde dos Polos Bases referente ao preenchimento correto das fichas odontológicas preconizadas pela Sesai e metas a cumprir. Orientou-se também como são inseridos dados de Primeira consulta odontológica programática e foi realizado o monitoramento e acompanhamento junto aos cirurgiões-dentistas, referente ao quantitativo de atendimentos e as fichas produzidas mensalmente por cada Polo Base. Destaca-se que os resultados estão abaixo do que foi pactuado.

Outra dificuldade encontrada foi a pandemia da COVID-19, muitos profissionais adoeceram e por recomendação do Ministério da Saúde, os atendimentos odontológicos eletivos foram suspensos em 2020, ficando apenas os atendimentos de urgência e emergência, impactando diretamente o desempenho do indicador em 2020, 2021 e 2022.

Destaca-se que em 2021 os atendimentos eletivos voltaram gradualmente, conforme orientação do Guia de Orientações para Atenção Odontológica no Contexto

da COVID-19. Com a volta gradual, o Distrito ainda apresenta alta demanda reprimida de procedimentos odontológicos.

Em 2023 houve muita rotatividade de profissionais, dificultando também as primeiras consultas odontológicas e conclusão de tratamento, ficando como prioridade as demandas de urgência.

A falta de transporte terrestre e fluvial específico para as EMSI dos Polo Base e equipe do DIASI dificulta bastante o deslocamento deles para realizar as atividades programadas na aldeia.

Quadro 27 - Resultado 9 - Reduzir em 5% o número de óbitos por suicídio nos 34 DSEI

Reduzir em 5% o número de óbitos por suicídio nos 34 DSEI		
ANO	META PACTUADA	META ALCANÇADA
2020	2%	0
2021	3%	-100
2022	4%	0
2023	5%	66,66%

Fonte: SESAI, 2023.

O programa de saúde mental e bem viver, dentro de sua complexidade passou e ainda passa por desafios para se alcançar as metas estabelecidas, e para além disso, melhorar o serviço prestado dentro de território. Com a qualificação e matriciamento com os membros da equipe de saúde distribuídos nos Polos Bases de Saúde Indígena, foi possível melhorar o serviço prestado junto às comunidades assistidas.

A qualificação com os profissionais propicia um olhar transversal com as diversas “problemáticas” de ordem da saúde, educação e assistência no território. Melhorando no acolhimento, atendimento e acompanhamento sistemático das famílias em vulnerabilidade, dos casos de tentativas de suicídio, violência doméstica, conflitos internos, relações interpessoais, uso abusivo de álcool e outras drogas, e ao uso de psicotrópicos.

Foi possível evoluir com a parceria nas escolas, o que nos levou a ter um olhar mais detalhado sobre a vida cotidiana dos pais, filhos, e a inserção deles nos grupos da comunidade.

Foi possível evoluir e melhorar a partir do processo de matriciamento e qualificação das EMSI sobre qualidade do cuidado, veracidade dos registros em prontuário, visitas domiciliares, acompanhamento de famílias com nível de vulnerabilidade. Principalmente com as temáticas sobre o uso de medicações psicotrópicas, violência doméstica, prevenção e redução de danos sobre o uso abusivo e contínuo de álcool e outras drogas, e todas as informações necessárias a serem notificadas.

Havia sido colocado no plano de trabalho, a possibilidade de realizar algumas ações com os cuidadores tradicionais/mestres e encontro dos jovens, mas não foi possível realizar devido ao corte financeiro, bem como, os anos de Pandemia, na qual tentamos alocar recurso junto à conveniada, mas não foi possível realizar tais ações. Isso diretamente impacta, pois, a partir da criação da cartografia das aldeias de nossa jurisdição, se tem uma visão ampla das diversas fragilidades e pontos críticos das comunidades, e essas ações surgem, com o objetivo de ir ao encontro dessas temáticas gritantes nas aldeias.

Foi iniciado uma roda de conversa em todas as aldeias para escutar o papel dos jovens na comunidade, das mulheres e as suas perspectivas de vida, a comunicação entre seu povo, e o que pensar da geração atual. Algumas lideranças indígenas viram com bons olhos essa forma de inserir e a inserção dos jovens nesse processo, dando voz e espaço na construção de uma melhor qualidade de vida, prevenção e cuidados do bem viver.

O DSEI Araguaia por vários anos, pecou-se muito na qualificação dos dados epidemiológicos pois existe-se dificuldades no âmbito das informações passadas pelas EMSI, sobre as notificações e ocorrências de vulnerabilidade nas dificuldades com álcool e outras drogas, violência doméstica tentativas e suicídio, conflitos individuais e familiares, que estão ligados de alguma forma aos acontecimentos presentes nas comunidades. Tais dificuldades já estão sendo sanadas, com a frequente realização de encontros, reuniões e diálogo no processo de matriciamento, com isso as informações e coletas de dados estão sendo monitoradas e passando por processo de qualificação.

Foi possível identificar uma fragilidade dos valores socioculturais das comunidades, o fomento da importância da formação dos jovens indígenas, com objetivo de entenderem sua cultura, valores, princípios, e vivência dentro de sua

história épica, é visto como primordial. O número de profissionais do DSEI Araguaia ainda é pequeno perto da singularidade e da área geográfica e extensão territorial

O enfrentamento às dificuldades para garantir os encontros e reuniões com equipes da educação, EMSI, lideranças indígenas, jovens, mulheres curandeiros, que mesmo com todo trabalho de conscientização, sensibilização sobre os cuidados integrais, não conseguiram acompanhar e conduzir os encontros que são fundamentais para garantir estratégias de uma melhor qualidade de vida psicossocial.

A mesma dificuldade com o serviço de atenção psicossocial dos municípios de referência, muita dificuldade com os encaminhamentos e atendimentos da linha de cuidado com os CAPS da região do Araguaia/Xingu, que através dos gestores do município, ainda não foi possível melhorar o serviço prestado, ou adequando a realidade e especificidades dos indígenas assistidos. Devido a essas dificuldades, como já sinalizado no relatório anteriormente, para que os indígenas não continuassem sendo prejudicados, um fluxo de acolhimento para os casos agudos da população vulnerável dos indígenas, na Rede da RAPS de Goiânia foi criado.

Durante a Pandemia, vários problemas que não foram possíveis palpar, ou mensurar devido ao distanciamento e cuidado com as entradas nas aldeias. Distanciando e esfriando todo o trabalho iniciado ou até mesmo aquilo que se vinha melhorando. Uma estratégia altamente eficaz que facilitou a comunicação do cuidado em território foi a utilização das "sentinelas". Esses indivíduos indígenas, reconhecidos por sua sensibilidade humanizada e profundo conhecimento da medicina tradicional, são considerados figuras de destaque em termos de cuidado dentro de suas próprias comunidades.

Nas questões Inter federativas, principalmente com a rede da RAPS do estado de Goiás, que formalizou fluxo de encaminhamento dos indígenas que necessitam de atendimento e acolhimento no âmbito neurológico, psiquiatria e o principal de ordem psicossocial.

Os desafios são diversos, ainda mais se tratando da vulnerabilidade de pessoas, na qual tens suas singularidades e subjetividades. Passamos por várias mudanças de gestores na DIASI, coordenação do DSEI, e também na SESAI, núcleo central, o que faz com que algumas atividades, ações e trabalhos sejam interrompidos, parados ou reavaliados. Dificultando muito o trabalho de quem está na ponta.

Foi possível parceria com a FUNAI, MPF/TO, SES entre outras instituições que estão vendo a necessidade de trabalhar em parceria e de forma integrada. As instituições não podem ser fragilizadas pelas mudanças de gestores, ou de pessoas

que entram com aparato político para cuidar da saúde, sem que tenha ambiência com a pauta do subsistema de saúde indígena.

Por fim, é preciso avaliar se há necessidade de garantir aporte financeiro para garantia da realização das ações propostas pela área técnica. Que seja garantido o combustível que suporte as demandas de punho terrestre e fluvial. A viabilidade de veículo e barco para que a equipe possa se deslocar rapidamente e com agilidade. A garantia de materiais para que possamos realizar as diversas atividades em território. Assegurar alojamento adequado para descanso da equipe multidisciplinar nas aldeias.

Quadro 28 - Resultado 10 - Reduzir em 8% a incidência de tuberculose nos 34 DSEI

Reduzir em 8% a incidência de tuberculose nos 34 DSEI		
ANO	META PACTUADA	META ALCANÇADA
2020	2%	1,9%
2021	4%	178,8%
2022	6%	419,7%
2023	8%	407,4%

Fonte: SESAI, 2023.

Nos anos de 2021 a 2023 não foi possível alcançar as metas pactuadas, por vários motivos. De modo geral, o aumento de números de casos novos para Tuberculose, nos últimos anos, sendo as justificativas para o desempenho crítico das funções e tarefas nos serviços de saúde indígena; baixo percentual de profissionais capacitados e rotatividade profissional, influência de fatores sociais e culturais, pacientes em abandono ao tratamento, a falta de busca ativa e controle de disseminação, dificuldade por meios logísticos para realizar os exames necessários, fatores culturais e socioeconômico e em meio a Pandemia COVID-19 e adoecimento dos profissionais dificultaram as ações. As buscas ativas vêm aumentando gradativamente, porém ainda há fragilidades, os matriciamentos e ações de supervisões com as Equipes multidisciplinares dos Polos Base de Saúde Indígena, em aprimorar e melhorar as buscas ativas, registros em prontuários, acompanhamento diário das doses supervisionadas e acompanhamento no tratamento. Para 2024, estabelecer o monitoramento e intensificar as ações preventivas e fortalecer o monitoramento voltado para o controle da doença.

Quadro 29 - Resultado 11. Reduzir em 35% o número de casos novos de malária nos DSEI endêmicos

Reduzir em 35% o número de casos novos de malária nos 34 DSEI endêmicos		
ANO	META PACTUADA	META ALCANÇADA
2020	Mantém-se vigilância	Mantém-se vigilância
2021	Mantém-se vigilância	Mantém-se vigilância
2022	Mantém-se vigilância	Mantém-se vigilância
2023	Mantém-se vigilância	Mantém-se vigilância

Fonte: SESAI, 2023.

Quadro 30 - Resultado 12. - Alcançar em 50% a participação de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural; e qualificar 70% dos trabalhadores da atenção para o aprimoramento do trabalho em saúde.

Alcançar em 50% a participação de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural.		
ANO	META PACTUADA	META ALCANÇADA
2020	35%	0
2021	40%	0
2022	45%	0
2023	50%	0

Fonte: SESAI, 2023.

Quadro 31 - Resultado 13 - Qualificar 70% dos trabalhadores da atenção para o aprimoramento do trabalho em saúde.

Qualificar 70% dos trabalhadores da atenção para o aprimoramento do trabalho em saúde.		
ANO	META PACTUADA	META ALCANÇADA
2020	55%	0
2021	60%	0
2022	65%	55,9%
2023	70%	55,9%

Fonte: SESAI, 2023.

A qualificação para o aprimoramento do trabalho em saúde, não atingiu a meta, por motivo da pandemia da COVID-19, devido a suspensão das qualificações presenciais, ficando somente EAD, impactando diretamente o desempenho do indicador em 2020, 2021 e 2022.

No ano de 2023 está sendo realizada a qualificação de profissionais pela Qualis-APS Indígena-MT que não foi concluída.

Quadro 32 - Resultado 14 - Alcançar 100% dos estabelecimentos de saúde indígena com sua respectiva força de trabalho cadastrados no CNES e SESAI RH

Alcançar 100% dos estabelecimentos de saúde indígena com sua respectiva força de trabalho cadastrados no CNES e SESAI RH.		
ANO	META PACTUADA	META ALCANÇADA
2020	40%	*
2021	60%	*
2022	80%	*
2023	100%	*

Fonte: SESAI, 2023.

*Não foi possível quantificar em números a meta alcançada devido a dificuldade de acessar os dados referentes ao SESAI-RH e CNES.

Em relação ao CNES vinculado Secretarias Municipais de MT, que desenvolve trabalho de moto parceria com DSEI Araguaia, nesse sentido, os cadastros dos funcionários vinculados ao DSEI/Ara estão em dia, especificamente de 04 Polos Base de Saúde Indígenas de São Félix do Araguaia-MT, Santa Terezinha-MT, Confresa e Aruanã-GO e do Casai de Goiânia/GO. Vale lembrar que todas UBSI que encontram-se no estado de Mato Grosso estão cadastrados no CNES junto às Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso.

Em relação a UBSI que estão localizadas no estado de Tocantins, tais como: UBSI da aldeia Santa Isabel, Fontoura, Werebia, JK, Macaúba e Ibutuna. Ainda não foram cadastrados devido à morosidade de fornecimento de número do CNES pela Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins. De acordo com a informação das Secretarias Municipais de Saúde da Lagoa da Confusão - TO, Pium -TO e Formoso do Araguaia -TO.

6.2. Estratégia - Edificações e Saneamento Ambiental

Quadro 33 - Resultado 1: Ampliar em 7% a cobertura de água potável nas aldeias indígenas até 2023

Resultado Esperado	Programado (%)	Executado (%)
2020 - Ampliar em 7% a cobertura de água potável nas aldeias Indígenas até 2023.	60%	65,91%
2021 - Ampliar em 7% a cobertura de água potável nas aldeias Indígenas até 2023.	62%	72,50%
2022 - Ampliar em 7% a cobertura de água potável nas aldeias Indígenas até 2023.	64%	85,71%
2023 - Ampliar em 7% a cobertura de água potável nas aldeias Indígenas até 2023.	66%	73,17%

Fonte: PDSI 2020-2023.

Quadro 34 - Resultado 2: Realizar, até 2023, o tratamento da água em 100% das aldeias com infraestruturas de abastecimento de água existentes.

Resultado Esperado	Programado (%)	Executado (%)
2020 - Realizar, até 2023, o tratamento da água em 100% das aldeias com infraestruturas de abastecimento de água existentes.	65%	86,21%
2021 - Realizar, até 2023, o tratamento da água em 100% das aldeias com infraestruturas de abastecimento de água existentes.	75%	92,31%
2022 - Realizar, até 2023, o tratamento da água em 100% das aldeias com infraestruturas de abastecimento de água existentes.	85%	72,2%
2023 - Realizar, até 2023, o tratamento da água em 100% das aldeias com infraestruturas de abastecimento de água existentes.	100%	100%

Fonte: PDSI 2020-2023.

Quadro 35 - Resultado 3: Ampliar, até 2023, em 15% a cobertura de aldeias com o monitoramento da qualidade da água.

Resultado Esperado	Programado (%)	Executado (%)
2020 - Ampliar, até 2023, em 15% a cobertura de aldeias com o monitoramento da qualidade da água.	10%	30,49%
2021 - Ampliar, até 2023, em 15% a cobertura de aldeias com o monitoramento da qualidade da água.	13%	33,33%
2022 - Ampliar, até 2023, em 15% a cobertura de aldeias com o monitoramento da qualidade da água.	18%	49,40%
2023 - Ampliar, até 2023, em 15% a cobertura de aldeias com o monitoramento da qualidade da água.	23%	75,60%

Fonte: PDSI 2020-2023.

Quadro 36 - Resultado 4: Ampliar, até 2023, em 15% a cobertura de aldeias com gerenciamento de resíduos sólidos domésticos implementados

Resultado Esperado	Programado (%)	Executado (%)
2020 - Ampliar, até 2023, em 15% a cobertura de aldeias com gerenciamento de resíduos sólidos domésticos implementados.	5%	5,19%
2021 - Ampliar, até 2023, em 15% a cobertura de aldeias com gerenciamento de resíduos sólidos domésticos implementados.	8%	9,17%
2022 - Ampliar, até 2023, em 15% a cobertura de aldeias com gerenciamento de resíduos sólidos domésticos implementados.	11%	43,06%
2023 - Ampliar, até 2023, em 15% a cobertura de aldeias com gerenciamento de resíduos sólidos domésticos implementados.	15%	78,04%

Fonte: PDSI 2020-2023.

Quadro 37 - Resultado 5: Ampliar em 15% a cobertura de aldeias com destino adequado de resíduos sólidos domésticos

Resultado Esperado	Programado (%)	Executado (%)
2020 - Ampliar em 15% a cobertura de aldeias com destino adequado de resíduos sólidos domésticos.	13%	4,55%
2021 - Ampliar em 15% a cobertura de aldeias com destino adequado de resíduos sólidos domésticos.	17%	5,00%
2022 - Ampliar em 15% a cobertura de aldeias com destino adequado de resíduos sólidos domésticos.	22%	9,52%
2023 - Ampliar em 15% a cobertura de aldeias com destino adequado de resíduos sólidos domésticos.	26%	22%

Fonte: PDSI 2020-2023.

Quadro 38 - Resultado 6: Ampliar, até 2023, em 7% às melhorias das infraestruturas de saneamento de água existentes nas aldeias indígenas

Resultado Esperado	Programado (%)	Executado (%)
2020 - Ampliar, até 2023, em 7% as melhorias das infraestruturas de saneamento de água existentes nas aldeias indígenas.	4%	-
2021 - Ampliar, até 2023, em 7% as melhorias das infraestruturas de saneamento de água existentes nas aldeias indígenas.	5%	-
2022 - Ampliar, até 2023, em 7% as melhorias das infraestruturas de saneamento de água existentes nas aldeias indígenas.	7%	-
2023 - Ampliar, até 2023, em 7% as melhorias das infraestruturas de saneamento de água existentes nas aldeias indígenas.	9%	-

Fonte: PDSI 2020-2023.

Nesse período a CASAI-GO, passou a ser nacional e retornou para o DSEI/ARA em 2022, sendo realizado processo de dispensa eletrônica para manutenção da edificação, no entanto a empresa vencedora não realizou os serviços.

Foram licitadas 3 obras de construção para a UBSI, houve desafios e dificuldades em encontrar empresas para participação das licitações devido a logística.

Foram licitados processos: mão de obra e material de construção para a reforma de 9 UBSIs; materiais hidráulicos; materiais, insumos e equipamentos para GRS e MQAI; abastecimento de caminhão Pipa; reservatórios para as aldeias sem SAA (ADPF 709); construção de base em madeira para reservatórios; manutenção de SAA por meio de dispensa.

Houve capacitação dos AIS e AISANs, entrega de filtros de barro, entrega de Kit de trabalho para AISANs. Ocorreram parcerias com alguns municípios e ONGs, em relação a coleta de resíduos, doação de materiais, reformas e manutenções, tanto de saneamento quanto de edificações.

Durante os anos de 2020 e 2021 a pandemia global do Novo Coronavírus, na qual, acarretou diversas dificuldades na execução das ações. Bem como, as seletivas desertas para técnico de saneamento, ficando dois polos bases descobertos parcialmente.

ANÁLISE CONTROLE SOCIAL

O controle social faz parte do processo de acompanhamento e fiscalização da

PENASPI. Seu fortalecimento se faz necessário para que ocorra o equilíbrio nas ações e melhor entendimento de seus representantes legítimos, para melhor atuar nos diversos fóruns de Presidentes do CONDISI.

Discussões existentes no âmbito da Políticas Públicas voltadas para os povos indígenas enquanto cidadãos de direitos. Com essa ótica foi analisada as possibilidades e montadas estratégias e ações que proporcionasse organização para que as ações fossem executadas com maturidade, promovendo assim as ações propostas na Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Ações Planejadas

- Reuniões semestrais com os conselhos locais de saúde, lideranças e equipes de apoio ao controle social com o objetivo de fortalecer e manter os CLSI organizados nos territórios;
- Realização de três reuniões ordinárias do CONDISI ARA conforme está posto em seu regimento;
- Garantir que as reuniões dos conselhos locais fossem realizadas no território conforme está posto em seus regimentos;
- Realização de plenárias de controle social com o objetivo de fortalecer a política de saúde, assim como dialogar sobre seu conteúdo;
- Realização de Capacitações nos conselhos locais e distritais de saúde.
- Realização das conferências de saúde.

No ano de 2020, foram planejadas 03 Reuniões do CONDISI, 04 Reuniões de CLSI, 01 capacitações de CONDISI e 04 capacitações de conselho local, mas sem porcentagem de execução. No ano de 2021, foram planejadas 03 Reuniões do CONDISI, 04 Reuniões de CLSI, 01 capacitações de CONDISI e 04 capacitações de conselho local, sem porcentagem de execução.

Nos anos de 2020 e 2021 não foram realizados eventos do controle social devido a pandemia COVID-19 conforme orientação da Organização Mundial de Saúde não deveria ocorrer eventos com aglomeração de pessoas.

No ano de 2022, foram planejadas 03 Reuniões do CONDISI, sendo 33,33% executadas, 04 Reuniões de CLSI, sendo 02 executadas, 01 capacitações de CONDISI e 04 capacitações de conselho local sem execução. No ano de 2023, foram planejadas 03 Reuniões do CONDISI, sendo 66,66% executadas, 04 Reuniões de CLSI, sendo 04 executadas, 01 capacitações de CONDISI e 04 capacitações de

conselho local sem execução.

Nos anos de 2022 e 2023 as reuniões do CONDIS, CLSI, capacitações de Conselheiros Distritais e Conselho Local não foram executadas totalmente devido às mudanças de gestão ocorridas no DSEI, onde foram realizadas reorganizações de serviço, assim como também a crise enfrentada na área do transporte referente ao combustível, resultou na parada parcial nas ações, dificultando a disponibilização do apoio logístico para execução das ações.

Uma análise de forma integrada envolvendo, setores que planejam (SELOG, SEOFI, DIASI, SESANI), executam (Logística/transporte; DIASI, SESANI) e monitoram (CONDISI, Gestão) as ações desenvolvidas nos polos base PDSI 2020-2023 o DSEI Araguaia, de acordo com os dados apresentados, aponta para alguns avanços e desafios importantes, conforme apontamentos abaixo:

Avanços

- Cobertura vacinal: A cobertura vacinal de crianças menores de 5 anos atingiu 96,3% em 2023, um resultado significativo, considerando as dificuldades enfrentadas pela pandemia de COVID-19;
- Acompanhamento pré-natal: A cobertura de pré-natal também apresentou um bom desempenho, com 72,7% das gestantes indígenas tendo acesso a, no mínimo, 6 consultas;
- Acompanhamento alimentar e nutricional: O acompanhamento alimentar e nutricional de crianças menores de 5 anos também alcançou um bom resultado, com 90,2% das crianças sendo acompanhadas;
- Cobertura de água potável aumentou para 65,91%;

Desafios

- Insuficiência de recursos humanos: A insuficiência de recursos humanos é um desafio constante para o DSEI Araguaia, comprometendo a execução de algumas ações, como a investigação de óbitos, o tratamento odontológico e a prevenção e redução de danos;
- Dificuldade de acesso a insumos e medicamentos: A dificuldade de acesso a insumos e medicamentos também é um desafio, impactando a qualidade do atendimento prestado;

- Aumento nos óbitos por suicídio;
- Qualidade da assistência em saúde mental e bem viver ainda é um desafio;
- O número de casos de tuberculose aumentou para 419,7% acima da meta.

Para superar os desafios apontados, o DSEI Araguaia irá priorizar as seguintes ações:

- Ampliar a oferta de recursos humanos, especialmente de profissionais com qualificação em saúde indígena e atenção básica;
- Fortalecer a articulação interfederativa para garantir o acesso a insumos e medicamentos;
- Investir em infraestrutura e logística para facilitar o acesso aos serviços de saúde, especialmente em situações de urgência e emergência;
- Fortalecer as ações de prevenção e tratamento do suicídio;
- Melhorar o acesso aos serviços de saúde mental e bem viver;
- Reduzir os fatores de risco para a tuberculose.

Além disso, o DSEI Araguaia deve continuar investindo na qualificação dos trabalhadores para atuação em contexto intercultural, visando promover a atenção integral e humanizada à saúde dos povos indígenas.

7. RESULTADOS ESPERADOS

7.1. ATENÇÃO À SAÚDE

Quadro 39 - Estratégia 1: Promover e Qualificar as ações e equipes de atenção e vigilância em saúde indígena.

N.	Resultado	Linha de Base		2024		2025		2026		2027	
		Nacional 2022 %	DSEI 2022 %	Meta Nacional %	Meta DSEI %	Meta Nacional %	Meta DSEI %	Meta Nacional %	Meta DSEI %	Meta Nacional %	Meta DSEI %
1	E1.R1. Reduzir em 30,0%, até 2027, a Taxa de mortalidade infantil indígena por causas evitáveis (PPA)	19,1%	23,62%	17,58	21,85%	16,15%	20,08%	14,26%	18,31%	13,3%	16,54%
2	E1.R2. Alcançar, em 2027, 90% de recém-nascidos indígenas com pelo menos 1 (uma) consulta até o 28º dia de vida.	78,9%	93,27%	75%	75%	80%	80%	85%	85%	90%	90%
3	E1.R3. Alcançar, em 2027, 60% das crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento (PPA).	45%	59,03%	45%	59,03%	50%	63,75%	55%	68,85%	60%	74,36%
4	E1.R4. Alcançar, em 2027, 80% das crianças indígenas menores de 1 ano com no mínimo 6 acompanhamentos alimentar e nutricional (PPA)	65,4%	83,2%	67%	84,06%	70%	85,74%	75%	90,03%	80%	94,53%
5	E1.R5. Alcançar, até 2027, 88% das crianças menores de 6 meses em aleitamento materno exclusivo.	81,5%	68,60%	82%	69,18%	84%	72,64%	86%	76,27%	88%	77,03%
6	E1.R6. Alcançar, até 2027, 35% das mulheres indígenas de 25-64 anos com coleta de exame citopatológico no ano.	19%	28%	20%	30%	25%	35%	30%	35%	35%	35%
7	E1.R7. Alcançar, em 2027, 65% das gestantes indígenas com acesso a 6 ou mais consultas de pré-natal (PPA).	49,01%	81,3%	50%	82,16%	55%	83,8%	60%	85,48%	65%	87,19%
8	E1.R8.Reduzir, para 12%, até 2027, a proporção de gestações finalizadas entre 22 e 36 semanas de gestação.	21,70%	11,19%	18%	11,3%	16%	10%	14%	10%	12%	10%
9	E1.R9. Alcançar, em 2027, 35% das gestantes indígenas com no mínimo 1 consulta odontológica durante o pré-natal.	5,45%	52,7%	8%	8%	12%	12%	20%	20%	35%	35%
10	E1.R10. Alcançar, em 2027, 60% da população indígena	41%	52,71%	45%	45%	50%		55%		60%	

N.	Resultado	Linha de Base		2024		2025		2026		2027	
		Nacional 2022 %	DSEI 2022 %	Meta Nacional %	Meta DSEI %	Meta Nacional %	Meta DSEI %	Meta Nacional %	Meta DSEI %	Meta Nacional %	Meta DSEI %
	com primeira consulta odontológica programática.						50%		55%		60%
11	E1.R11. Alcançar, até 2027, 60% de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica programática.	51,60%	30,82%	52%	52%	55%	55%	58%	58%	60%	60%
12	E1.R12. Alcançar, em 2027, 40% da população indígenas portadora de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com no mínimo 2 consultas ao ano.	S/info	S/info-	10%	10%	20%	20%	30%	30%	40%	40%
13	E1.R13. Reduzir, até 2027, em 5% o número de óbitos por suicídio nos 34 DSEI.	117 óbito	2%	2%	2%	3%	3%	4%	4%	5%	5%
14	E1.R14. Alcançar, até 2027, 100% dos DSEI com no mínimo uma Rede Intersectorial de Atenção Psicossocial implementada.	S/info	S/info	50%	50%	70%	70%	90%	90%	100%	100%
15	E1.R15. Alcançar, em 2027, 84% das crianças menores de 1 ano com esquema vacinal completo.	78,0%	85,4%	78%	86,25%	80%	87,12%	82%	87,99%	84%	88,87%
16	E1.R16. Alcançar, em 2027, 90% de óbitos infantis indígenas investigados (PPA).	80,70%	75%	82%	78,75%	85%	84,26%	87%	88,48%	90%	92,9%
17	E1.R17. Alcançar, em 2027, 95% de óbitos maternos indígenas investigados.	100%	Sem Ocorrência	90%	90%	92%	92%	93,5%	93,5%	95%	95%
18	E1.R18. Reduzir, até 2027, em 8% a incidência de tuberculose por todas as formas nos 34 DSEI.	53,47/100 mil hab	S/info	2%	2%	4%	4%	6%	6%	8%	8%
19	E1.R19. Reduzir, até 2027, em 40% o número de casos autóctones de malária nos DSEI endêmicos.	Não se aplica		-S/info	Manter vigilância	S/info	Manter vigilância	S/info	Manter vigilância	S/info	Manter vigilância
20	E1.R20. Alcançar, até 2027, pelo menos 70% de casos novos de hanseníase com incapacidade física grau zero no diagnóstico.	34,30%	S/info	50%	50%	55%	55%	60%	60%	70%	70%
21	E1.R21. Alcançar, até 2027, em 55% a participação de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural (PPA).	13%	-	25%	25%	35%	35%	45%	45%	55%	55%
22	E1.R22. Qualificar, até 2027, 70% dos trabalhadores do DSEI para o aprimoramento do trabalho em saúde.	37,86%	-	55%	55%	60%	60%	65%	65%	70%	70%

Fonte: PDSI 2024-2027.

7.2. INFRAESTRUTURA E SANEAMENTO

Quadro 40 - Estratégia 2. Melhorias das infraestruturas de saúde e dos serviços de saneamento nas áreas indígenas

Resultado	Linha de Base		2024		2025		2026		2027	
	Nacional 2022 %	DSEI 2022 %	Meta Nacional %	Meta DSEI %						
E2.R1. Aumentar, até 2027, 217 aldeias com novas infraestruturas de abastecimento de água.	84	--	51	10	89	15	153	17	217	24
E2.R2. Aumentar, até 2027, 69 aldeias com reforma de infraestrutura de abastecimento de água existente.	12	--	17	12	29	16	49	21	69	25
E2.R3. Ampliar, até 2027, para 35% o percentual de aldeias com infraestrutura de abastecimento de água com coleta e análise da qualidade da água para consumo humano no ano.	16%	--	25%	59%	28%	61%	32%	65%	35%	68%
E2.R4. Ampliar, até 2027, para 95% o percentual de amostras de água coletadas em infraestruturas de abastecimento no ponto de consumo com ausência de Escherichia Coli (E. Coli).	90,5%	--	92%	92%	93%	93%	94%	94%	95%	95%
E2.R5. Aumentar, até 2027, em 80 aldeias com novos estabelecimentos de saúde.	21	--	15	08	26	12	52	18	80	23
E2.R6. Aumentar, até 2027, em 50 aldeias com reformas e/ou ampliação dos estabelecimentos existentes.	6	--	09	11	22	12	38	14	50	15
E2.R7. Alcançar, até 2027, 15% de cobertura de aldeias com ações voltadas à temática de resíduos sólidos domésticos.	7%	--	10%	70%	12%	80%	13%	88%	15%	96%
E2.R8. Reduzir, até 2027, em 5% o percentual de aldeias que praticam a queima como destinação final de resíduos sólidos.	Sem linha de base	--	1%	2,5%	2%	5%	4%	8%	5%	10%
E2.R9. Aumentar, até 2027, em 8% o percentual de aldeias com realização de ações voltadas ao esgotamento sanitário.	sem linha de base	--	2%	27,4%	4%	56,8%	6%	72,5%	8%	100%

Fonte: PDSI 2024-2027.

7.3. PLANEJAMENTO E GESTÃO DE BENS E SERVIÇOS

Quadro 41 - Estratégia 3. Planejamento de bens e serviços adequados à execução das ações de saúde indígena pelo DSEI

Resultado	Linha de Base		2024		2025		2026		2027	
	Nacional 2022 %	DSEI 2022 %	Meta Nacional %	Meta DSEI %	Meta Nacional %	Meta DSEI %	Meta Nacional %	Meta DSEI %	Meta Nacional %	Meta DSEI %
E3.R1. Reduzir, até 2027, 80% das despesas oriundas de contratos emergenciais.	Sem linha de base	Sem linha de base	10%	10%	30%	30%	60%	60%	80%	80%
E3.R2. Estruturar, até 2027, 80% do serviço de transporte nos DSEI.	Sem linha de base	Sem linha de base	20%	20%	40%	40%	60%	60%	80%	80%
E3.R3. Estruturar, até 2027, 80% da gestão farmacêutica nos DSEI.	Sem linha de base	Sem linha de base	20%	33,33%	40%	33,33%	60%	66,66%	80%	100%

Fonte: PDSI 2024-2027.

7.4. MONITORAMENTO ORÇAMENTÁRIO

Quadro 42 - Estratégia 4: Monitoramento da execução orçamentária dos recursos empenhados nos Contratos continuados, Atas de Registro de Preços e demais instrumentos celebrados no âmbito dos DSEI

Resultado	Linha de Base		2024		2025		2026		2027	
	Nacional 2022 %	DSEI 2022 %	Meta Nacional %	Meta DSEI %						
E4.R1. Ampliar, até 2027, a execução orçamentária em 98% nos DSEI.	Sem linha de base	89%	91%	91%	93%	93%	95%	95%	98%	98%

Fonte: PDSI 2024-2027.

7.5. ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA

Quadro 43 - Estratégia 5: Ampliação da articulação Interfederativa e Intersetorial com vistas à integralidade das ações de Atenção à Saúde Indígena.

Resultado	Linha de Base		2024		2025		2026		2027	
	Nacional 2022	DSEI 2022	Meta Nacional %	Meta DSEI %						
E5.R1. Atingir, até 2027, 60% da atualização do cadastro dos estabelecimentos de saúde junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES das unidades de saúde dos DSEI.	1.326 (Nº Estabelec. Cadastrados)	100%	30	30	40	40	50	50	60	60

Fonte: PDSI 2024-2027.

7.6. CONTROLE SOCIAL

Quadro 44 - Estratégia 6: Fortalecimento das instâncias de controle social do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Resultado	Linha de Base		2024		2025		2026		2027	
	Nacional 2022 %	DSEI 2022 %	Meta Nacional %	Meta DSEI %						
E6.R.1. Ampliar, até 2027, em 46% os conselheiros locais capacitados por DSEI.	32,32%	48,57%	35%	35%	38%	38%	43%	43%	46%	46%
E6.R2. Ampliar, até 2027, 58% dos conselheiros distritais capacitados.	46%	112,5%	48%	48%	50%	50%	55%	55%	58%	58%
E6.R3. Ampliar, até 2027, em 70% as reuniões de Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI) realizadas.	55%	13,76%	60%	60%	65%	65%	67%	67%	70%	70%
E6.R4. Ampliar, até 2027, em 80% as reuniões de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) realizadas.	68%	133,33%	70%	70%	73%	73%	76%	76%	80%	80%

Fonte: PDSI 2024-2027.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção deste importante instrumento de planejamento de forma coletiva e participativa, com levantamento de demandas a partir das bases, onde vivem as comunidades indígenas, lideranças locais e conselho local de saúde indígena, com intuito de demonstrar a necessidade reais vivenciadas pelo Distrito Sanitário Especial Indígena Araguaia pelos próximos 04 (quatro) anos. Dessa forma, torna-se mais eficaz o fazer saúde indígena a partir da realidade de cada DSEI, partindo maior monitoramento para o alcance das metas e por consequência melhora a assistência prestada à população indígena.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALDUS, Herbert. Mitologia Karajá e Tereno. In: Ensaio de etnologia brasileira. 2a. ed. São Paulo : Ed. Nacional ; Brasília : INL, 1979. p. 108-59. (Brasiliiana, 101) A mudança de cultura entre os índios do Brasil. In: Ensaio de etnologia brasileira. 2a. ed. São Paulo : Ed. Nacional ; Brasília : INL, 1979. p. 160-86. (Brasiliiana, 101).

BALDUS, Herbert. Os grupos de comer e os grupos de trabalho dos Tapirapé. In: Ensaio de etnologia brasileira. São Paulo : Ed. Nacional ; Brasília.

TORAL, André Amaral de. Cosmologia e sociedade Karajá. Rio de Janeiro : UFRJ-Museu Nacional, 1992. 414 p. (Dissertação de Mestrado).

TORAL, André Amaral de. Laudo pericial antropológico relativo à Ação Ordinária de nº 91.0004263-3 (I-1.363/91) de desapropriação indireta na 4ª Vara da Justiça Federal do Mato Grosso. s.l. : s.ed., 1992. 120 p.