



PLANO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA

2024 - 2027


**Distrito Sanitário Especial Indígena
Interior Sul**

SÃO JOSÉ – SANTA CATARINA, 2024



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Plano Distrital de Saúde Indígena – DSEI Interior Sul

Nísia Trindade
Ministra da Saúde

Ricardo Weibe Tapeba
Secretário de Saúde Indígena

Eunice Antunes
Coordenadora Distrital de Saúde Indígena DSEI Interior Sul

Aida da Silva Uchôa dos Santos
Chefe da Divisão de Atenção à Saúde Indígena

Thiago Augusto Vilas Boas Silva
Chefe do Serviço de Contratação de Recursos Logísticos

Selma Cristina Vieira Rodrigues
Chefe de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena

Luis Carlos Borges de Moraes
Chefe de Serviço de Orçamento e Finanças


Fernando Antonio Barbosa Sena
Chefe Seção de Apoio Administrativo e Patrimonial

Isaias da Rosa Kaigo
Presidente do CONDISI do DSEI Interior Sul



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





Aprovado: Plano Distrital de Saúde Indígena DSEI Interior Sul

Resolução Nº 3/2023, de 12 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 Interior Sul, 2024-2027



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Área territorial de abrangência do DSEI Interior Sul considerando aspectos de relevo, 2023.....	14
Figura 2 - Área territorial de abrangência do DSEI Interior Sul considerando aspectos de rodovias, 2023.....	15
Figura 3 - Divisão territorial de cada Polo Base no DSEI Interior Sul considerando aspectos de rodovias, 2023.....	16
Figura 4 - Limites da área de abrangência por Polo Base, DSEI Interior Sul, 2023..	17
Figura 5 - Casos de DDA na população geral por Polo Base, DSEI Interior Sul, 2020.	28
Figura 6 - Casos de DDA na população geral por Polo Base, DSEI Interior Sul, 2021.	28
Figura 7 - Casos de DDA na população geral por Polo Base, DSEI Interior Sul, 2022.	29
Figura 8 - Proporção de casos de DDA na população geral por Polo Base, DSEI Interior Sul, 2020-2022	29
Figura 9 - Dados orçamentários relativos aos anos de vigência do Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Interior Sul, 2020-2023	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização geral do DSEI Interior Sul, 2023.....	2
Quadro 2 - Características específicas da região do DSEI Interior Sul, 2023.	18
Quadro 3 - Demonstrativo da população por Polo Base, DSEI Interior Sul, 2023.....	19
Quadro 4 - Perfil sócio demográfico, étnico-cultural e linguística dos povos indígenas por Polo base, DSEI Interior Sul, 2023.	20
Quadro 5 - Função social dos indígenas da abrangência do DSEI Interior Sul, 2023.	21
Quadro 6 - Característica dos domicílios no DSEI Interior Sul por Polo Base, 2023.	21
Quadro 7 - Taxa de natalidade do DSEI Interior Sul por ano.	22
Quadro 8 - Taxa de incidência (100.000 habitantes) das principais morbidades que acometem os povos indígena do DSEI Interior Sul.	23
Quadro 9 - Causas de mortalidade geral de indígenas no DSEI Interior Sul e Coeficiente de Mortalidade Geral por ano, 2020 a 2022.	24
Quadro 10 - Causas de mortalidade de crianças indígena < 1 ano no DSEI e taxa de mortalidade infantil por ano, 2020 a 2022.	25
Quadro 11 - Causas de mortalidade materna no DSEI e Razão de mortalidade materna por ano, 2020 a 2022	26
Quadro 12 - Principais especialidades que geram referência para a média e alta complexidade no DSEI Interior Sul, 2020 a 2022.....	26
Quadro 13 - Principais Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado (DRSAI) no DSEI Interior Sul, 2020 a 2022.....	30
Quadro 14 - Quantidade atual de estabelecimentos de saúde indígena por descrição do subtipo, número de reformas/ampliações e novos estabelecimentos.	31
Quadro 15 - Quantitativo de aldeias que terão estabelecimento por implantação/reforma, ampliação/reforma ou ampliação e previsão de execução anual.....	32
Quadro 16 - Demonstrativo geral de recursos humanos existente no DSEI Interior Sul, 2023	36
Quadro 17 - Capacidade de EMSI instalada atualmente no DSEI Interior Sul, 2023	37
Quadro 18 - Demonstrativo da necessidade de ampliação de recursos humanos do DSEI Interior Sul, 2023.....	39
Quadro 19 - Número de trabalhadores do DSEI Interior Sul em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural (PPA)	40
Quadro 20 - Previsão das principais temáticas para formação profissional por ano, DSEI.....	40
Quadro 21 - Número de trabalhadores do DSEI Interior Sul em ações educativas de qualificação para atuação em trabalho em saúde (PPA)	40
Quadro 22 - Previsão das principais temáticas/prioridades para formação profissional	41
Quadro 23 - Caracterização das aldeias sobre infraestrutura de saneamento, DSEI Interior Sul, 2023	47

Quadro 24 -Tecnologias de tratamento de água mais utilizadas, DSEI Interior Sul, 2023	48
Quadro 25 - Tecnologias de tratamento e disposição final de esgotamento mais utilizada, DSEI Interior Sul, 2023.....	49
Quadro 26 - Previsão de implantação de infraestrutura de abastecimento de água por aldeia, 2024 a 2027	49
Quadro 27 - Previsão de reforma e/ou ampliação de infraestrutura de abastecimento de água por aldeia.....	50
Quadro 28 - Previsão de sistema de esgotamento sanitário por aldeia no DSEI Interior Sul	51
Quadro 29 - Caracterização do acesso às aldeias por tipo de transporte no DSEI Interior Sul, 2023	53
Quadro 30 - Número de veículos e equipamentos de transporte por tipo, DSEI Interior Sul, 2023	53
Quadro 31 - Total de conselheiros locais, distritais e assessor indígena no DSEI Interior Sul, 2023	54
Quadro 32 - Previsão de capacitação anual de conselheiros locais e distritais do DSEI Interior Sul.....	55
Quadro 33 - Previsão de reuniões dos Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI) e Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), DSEI Interior Sul	55
Quadro 34 - Previsão de reuniões dos conselhos locais e Distritais de Saúde Indígena, DSEI Interior Sul.....	55
Quadro 35 - Resultado 1: Crianças indígenas menores de 5 anos com esquema vacinal completo.....	60
Quadro 36 - Resultado 2: Gestantes indígenas com, no mínimo, 6 consultas de pré-natal:.....	62
Quadro 37 - Resultado 3: Crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento.....	63
Quadro 38 - resultado 4: Crianças indígenas menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional.....	64
Quadro 39 - resultado 5: Óbitos infantil investigados	66
Quadro 40 - Resultado 6: Óbitos maternos investigados	66
Quadro 41 - resultado 7: Primeira consulta odontológica programática	67
Quadro 42 - resultado 8: Tratamento Odontológico Básico Concluído na população com a primeira consulta odontológica programática	68
Quadro 43 - Resultado 9: Redução do número de óbitos por suicídio	69
Quadro 44 - Resultado 9: Redução do número de óbitos por suicídio	70
Quadro 45 - resultado 10: Coeficiente de tuberculose reduzido da linha de base de 23,11 a cada 100.000 habitantes	70
Quadro 46 - resultado 14: Estabelecimentos de saúde indígena com sua respectiva força de trabalho cadastrados no CNES e no SESAI-RH	71
Quadro 47 - Resultado 3.1: 100% da estrutura de instâncias de participação e controle social aprimoradas.....	71

Quadro 48 - Resultado 3.2: 100% das atividades de participação e controle social executadas	72
Quadro 49 - Resultado 3.3: 100% dos conselheiros de saúde indígena qualificados	72
Quadro 50 - Estratégia 1: Promover e Qualificar as ações e equipes de atenção e vigilância em saúde indígena	74
Quadro 51 - Estratégia 2. Melhorias das infraestruturas de saúde e dos serviços de saneamento nas áreas indígenas	75
Quadro 52 - Estratégia 3. Planejamento de bens e serviços adequados à execução das ações de saúde indígena pelos DSEI.....	76
Quadro 53 - 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.....	76
Quadro 54 - Estratégia 5: Ampliação da articulação Interfederativa e Intersetorial com vistas à integralidade das ações de Atenção à Saúde Indígena:	77
Quadro 55 - Estratégia 6: Fortalecimento das instâncias de controle social do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena	77

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
BSE	Boletim de Serviço Eletrônico
CASAI	Casa de Saúde Indígena.
CeD	Crescimento e Desenvolvimento
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.
DAPSI	Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena
DDA	Doenças diarreicas agudas
DEAMB	Departamento de Projetos e Determinantes Ambientais da Saúde Indígena
DIASI	Divisão de Atenção à Saúde Indígena
DRSAI	Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado
DSEI	Distrito Sanitário Especiais Indígenas.
DSEI/ISUL	Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul
EaD	Educação a Distância
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena.
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
GTDVO	Grupo Técnico Distrital 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
NASI	Núcleo Ampliado de Saúde Indígena
ODS	Objetivos De Desenvolvimento Sustentável
PB	Polo Base
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.
SEL/RS	Serviço de Escritório Local do Rio Grande do Sul
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
SIASI	Sistema de Informação à Atenção indígena
SI-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPI	Serviço de Proteção aos Índios
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS SEL	Serviço de Escritório Local
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
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: Mapa da Saúde	2
3.1.	História da população Indígena.....	2
3.2	Dados Geográficos.....	13
3.3	Mapa	14
4.	DETERMINANTES E FATORES DE RISCOS AMBIENTAIS.....	18
4.1	Dados demográficos.....	18
4.2	Determinantes Sociais.....	21
4.3	Caracterização da infraestrutura domiciliar por polo base.....	21
4.4	Perfil epidemiológico	22
5.	ESTRUTURAÇÃO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA – Atual e previsão	31
5.1	Infraestrutura de saúde.....	31
5.2	Rede de Atenção à Saúde.....	35
5.3	Gestão do Trabalho e educação na saúde.....	35
5.3.1	Força de Trabalho	36
5.3.2	Qualificação profissional.....	39
5.4	Infraestrutura de saneamento	42
5.5	Meio de transporte.....	52
5.6	Controle social.....	53
5.7	Recursos financeiros – SEOFI	56
6.	AVALIAÇÃO DO PDSI 2020-2023.....	60
6.1.	Estratégia 1. Atenção à Saúde: Qualificação das ações e equipes de saúde indígena que atuam nos DSEI/SESAI	60
6.2	Estratégia 3: Ampliação da efetividade do controle social em acompanhar e fiscalizar a PNASPI	71
7.	RESULTADOS ESPERADOS PDSI 2024 -2027	74
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78

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 a 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

Após as orientações recebidas para a construção do PDSI, foi organizado um cronograma de reunião com os Conselhos Locais de Saúde Indígena de cada Polo Base. Nestas reuniões houve discussões de pautas e propostas para a inclusão no PDSI. O Anexo I traz a síntese das reuniões realizadas.

Foram realizadas 12 reuniões nos Polos Base do Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul (DSEI/ISUL), cada reunião teve a duração de 2 dias de trabalho, e contou com um total de 474 participantes. Foi utilizada uma metodologia participativa e construtiva com base nos dois problemas principais do PPA: mortalidade infantil e qualidade da água. As demandas, propostas e solicitações foram consolidadas em um instrumento padronizado. O Anexo II traz a consolidação de todas as proposições realizadas durante as reuniões. Este serviu de base para o planejamento do PDSI 2024-2027.

3. CARACTERIZAÇÃO GERAL DO DSEI: Mapa da Saúde

Quadro 1 - Caracterização geral do DSEI Interior Sul, 2023.

Caracterização	Descrição
Extensão Territorial	153.578 km ²
Município sede do DSEI	São José/SC
Endereço	Rua Capitão Pedro Leite, 530, Edifício Neide, Barreiros, São José/SC – 88117-600
E-mail	dseiinterior.sesai@saude.gov.br
Município com população indígena em sua jurisdição	90
Total da População Indígena	38242
Nome das Etnias existentes	6 povos: Kaingang, Guarani M'bya, Guarani, Xokleng, Charrua, Xetá
Nº de Polos Base	12
Nº de UBSI	71
Nº de Espaços de Saúde	32
Nº de Aldeias	203
Nº de Famílias	11800
Meios de transporte utilizados, se possível incluir a proporção	100% terrestre

Fonte: SIASI/DSEIISUL/SESAI/MS, 2023.

3.1. História da população Indígena

As informações que serão apresentadas abaixo, foram extraídas dos acervos virtuais do Instituto Socioambiental e Pueblos originários.

Kaingang

Kaingang, Caingangue ou Kaingangue eram antes chamados coroados devido ao seu corte de cabelo. Seu nome significa povo do mato. Eles representam uma das

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

Os Kaingang, como outros grupos da família linguística macro-jê, são caracterizados como sociedades sociocêntricas que reconhecem princípios Sócio cosmológicos dualistas, apresentando um sistema de metades, a divisão nas metades isogâmicas, KAMÉ e KAIRU , que se opõem e se complementam. As metades Kaingang não são espacialmente localizadas, isto é, não implicam em "posições" definidas da moradia no espaço geográfico da aldeia. Os Kaingang não constroem aldeias circulares ou semicirculares, comuns a todos os outros Jê e aos Bororo, e, portanto, não demarcam a oposição espacial entre centro e periferia, masculino/feminino, público/privado, individual/coletivo que se têm apresentado como característica dos demais Jê. Embora os Kaingang estabeleçam uma relação entre as metades Kamé e Kairu e com os pontos cardeais (Oeste e Leste respectivamente), essa relação não transparece nas ações cotidianas, mas apenas na cerimônia do Kiki e nos enterramentos.

Os Kamé estão relacionados ao Oeste e à pintura facial com motivos compridos (râ téi), e os Kairu relacionados ao Leste e à pintura facial com motivos redondos (râ ror), cada metade comporta duas seções: na metade Kamé , as seções Kamé e Wonhétky; na metade Kairu, as seções Kairu e Votor.

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

Como regra geral, os grafismos, morfologias e posições/espacos considerados compridos, longos, altos, abertos são denominados téi e representam a metade kamé. Por outro lado, os grafismos, morfologias e posições/espacos vistos, como redondos,

quadrangulares, losangulares, baixos, fechados, são chamados de ror e representam a metade kairu. Alguns grafismos, no entanto, podem apresentar fusão dos padrões téi e ror e denominados ianhiá (marca misturada) e apareciam nos mantos de urtiga (kurã; kurú) de alguns caciques, nos troncos de pinheiros marcadores dos limites dos territórios de coleta de pinhão de cada grupo local, nas flechas de alguns caciques e ainda nas pinturas corporais.

A filiação a uma metade e seção é definida patrilinearmente: os filhos, de ambos os sexos, pertencem à metade e seção de seu pai, esse procedimento contínuo através das gerações estabelece o caráter patrilinear da sociedade Kaingang, e a casa é matrilinear.

A cultura Kaingang organizou-se sobre uma economia baseada na caça, pesca, coleta e agricultura complementar. Atualmente a agricultura é o elemento básico da economia Kaingang. A caça incluía os grandes e pequenos mamíferos das florestas subtropicais (anta, veado, cateto ou caititu, queixada, quati, etc) e a grande variedade de aves aí existentes (jacu, uru, papagaio, nambu, macuco, etc). Usavam mais frequentemente caçar aves e animais com seus arcos e flechas, com diferentes tipos de pontas feitas de madeira ou ossos de animais. A coleta incluía abundantes recursos naturais, destacando-se, o pinhão, abundante nas vastíssimas florestas de araucária presentes do Sul de Minas Gerais ao centro do Rio Grande do Sul e também na região de Misiones, Argentina.

O Povo Kaingang possui amplo domínio vegetal com sistema próprio de classificação das plantas, utilizando-as para diversos fins medicinais juntamente com práticas rituais que fornecem os poderes da natureza. Para o poder da cura e prevenção de diversos tipos de doenças, os curadores e os especialistas em medicinas indígenas fazem o uso das ervas e plantas do mato, em que possuem um esquema particular de organizar cognitivamente essas plantas, originalmente aprendida com seus ancestrais e que ainda hoje são tradicionalmente repassados de geração em geração. O Kujá é seu sabedor maior, o detentor de todo o conhecimento, do trabalho com os espíritos tanto das plantas como dos animais, com ele está o dom recebido do seu Jangre para a cura do corpo e da alma. Os sábios, para os Kaingang, são autoridades que possuem papel primordial na transmissão dos valores culturais, na sociabilidade indígena e na troca de experiências, como uma das formas de revitalizar e manter vivas as práticas tradicionais dos seus ancestrais.

Para os Kaingang a saúde permeia o pensamento cultural com a temática pautada na existência e na importância dos “sábios”, como se referem ao Kujá, aos Kofá (velhos) e às parteiras. O pensamento cultural kaingang sobre saúde/doença são os sábios como protagonistas, para eles, ao falar em saúde é imperativo abordar os elementos que assumem importância e norteiam a vida do seu povo, suas práticas tradicionais, para decidir ou negociar o que envolve a comunidade nos cuidados à saúde.

Os saberes e sistemas da cultura marcam as especificidades dos diferentes grupos étnicos que permanecem vivas, e têm sido transmitidas de geração em geração. Os indígenas apresentaram um território em movimento, com vida, reciprocidade, cor e dinamicidade sobre o que pensam e entendem, o que envolve a vida em comunidade, e as opções na adoção de práticas no sistema cultural Kaingang em saúde.

O pensamento Kaingang sobre saúde expressa elementos e contornos fundados no tempo passado e presente, e, apesar das adversidades, perspectivam um futuro aos descendentes pautado na permanência da cultura. Retratam elementos que permeiam a existência em coletividade, possuem sua medicina, mas desejam que o sistema de saúde efetue uma atenção equânime e diferenciada aos indígenas. Expressam a importância de elos culturais e que os profissionais dialoguem, respeitando a diversidade e as práticas terapêuticas que adotam.

Os Kaingang percebem e possuem uma forma própria de ver e lidar com a saúde doença, o entendimento de saúde verbalizado e demonstrado nas construções, consiste na reciprocidade coletiva, em atitudes que partem das relações interpessoais, no olhar para o outro, e preocupar-se com ele, é o estar com e em grupo; significa tudo o que afeta a comunidade. Ao problematizar sobre saúde, os indígenas foram unânimes em expressar e exemplificar que o fato de as pessoas não se cumprimentarem, o não olhar para o outro, o afastar-se do convívio na comunidade é indício de que estão doentes. Observa-se que os elementos culturais definem e influenciam a vida social da comunidade no processo saúde/doença e cura, construídos a partir dos elementos que vivem dentro da cultura que inclui valores, símbolos e as práticas individuais e coletivas.

Quando da chegada dos espanhóis e portugueses na América, por volta de 1500, os Guarani já formavam um conjunto de povos com a mesma origem, falavam um mesmo idioma, haviam desenvolvido um modo de ser que mantinha viva a

memória de antigas tradições e se projetavam para o futuro. Praticavam uma agricultura muito produtiva, a qual gerava amplos excedentes que motivavam grandes festas e a distribuição dos produtos, conforme determinava a economia de reciprocidade. Quando os europeus chegaram ao lugar que hoje é Assunção, no Paraguai, ficaram maravilhados com a "divina abundância" que encontraram.

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

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

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

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

O Guarani M'bya, assim como Kaiowa e Nandeva são dialetos do idioma Guarani, que pertence à família Tupi-Guarani, do tronco linguístico Tupi. A língua Guarani é falada por diferentes grupos/povos indígenas (Brasil, Paraguai, Argentina, Uruguai, Bolívia) sendo que, no Paraguai, é língua oficial juntamente com o espanhol. As variações na linguagem são observadas na pronúncia e nas sílabas tônicas (a

maioria das palavras guarani é oxítona), mas sobretudo no vocabulário e na sintaxe, de acordo com sistemas culturais próprios dos falantes da língua Guarani.

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

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

Para o Povo Guarani as plantas medicinais são uma parte significativa do seu movimento de educação corporal, saúde e prevenção, além de mostrar a importância do seu território tradicional. As plantas medicinais são importantes para o reconhecimento da própria maneira do Guarani de ver a Terra, de sentir a energia e interagir com o meio ambiente. Também modificam ao seu redor, mas respeitam as matas, porque ela é parte do seu *Nhandereko*. As plantas medicinais fazem parte da vida deste Povo indígena. O *Nhandereko*, o nosso modo de viver, é feito através de várias alianças, costumes e rituais necessários para se viver bem ao longo da vida, para se viver bem em grupo e ter uma longa relação com a natureza e o território em que vivem. O *Nhandereko* é um termo guarani usado para definir a vida boa, ou "a nossa" vida guarani, o *teko* é a vida, é o modo de ser e viver tradicionalmente. O *tekoa* é a vida em conjunto, seja nas relações sociais internas, seja nas relações com a mata, as divindades e o seres da mata. Nas comunidades o *Nhandereko* vem através da língua falada, o Guarani *Nhandeva-Tchiripa*, das práticas fundamentais no dia a dia, dos cuidados com a saúde e da educação corporal guarani. Isso tudo é o nosso *Nhandereko*.

A maioria das famílias guarani é matriarcal, as grandes mães, as anciãs, tem o merecido respeito sendo consultadas sobre alguns assuntos internos. Nesse meio

matriarcal as mulheres do cacique e do vice-cacique também têm função de liderança. Os Tchondaro kuery, são os homens que protegem a aldeia. Para ter um bom funcionamento com o Nhandereko é preciso que se estabeleça um sistema de regras internas. Uma dessas regras é o viver bem em conjunto, trabalhando na comunidade, plantando, colhendo e participando de alguns rituais de batismo tradicional.

A coleta das diversas espécies vegetais é um exemplo desta relação. Conhecem as plantas que devem ser usadas para a cura de doenças, para a alimentação, construção de casa e produção de artesanato. Os telhados de suas casas são tradicionalmente construídos de pindó, uma palmeira típica das regiões que habitam. Para preservar as espécies que utilizam na alimentação não caçam animais nos períodos de reprodução (quando estes têm filhotes) e fazem o plantio de algumas plantas consideradas importantes, como o milho, o amendoim, as mandiocas, a batata-doce e o tabaco. Além disso, durante a visita a seus parentes, os Guarani aproveitam para trocar sementes e mudas a fim de impedir que várias espécies vegetais importantes na sua alimentação desapareçam, garantindo sua diversidade.

Os Guarani escolhem o lugar em que vão construir sua aldeia com muito cuidado, pois este ambiente deve proporcionar a eles os produtos necessários para a manutenção de seus modos de vida. Além das questões ambientais, questões religiosas e sociais também são importantes nesta escolha, pois o local deve permitir ao grupo uma vida de acordo com seus costumes e regras tradicionais. A Mata Atlântica é também o habitat do povo Guarani, eles habitam essas matas há séculos, movendo-se num amplo território que compreende áreas do Brasil, da Argentina, do Uruguai e do Paraguai.

Os Guarani continuam criando animais como galinhas e plantando milho, mandioca, feijão e batata-doce e, esse conhecimento, passado entre as futuras gerações, ainda pode ser observado entre os membros dessa etnia até hoje. O papel da tradição alimentar entre a população Guarani Mbyá, é algo que vive presente em sua tradição oral, ao estender seu poder de conservação para o horizonte das mentalidades. As culturas vão para além de serem meros objetos de representações materializadas, são, antes, processos mentais, subjetivos, imaginários e principalmente, espirituais. Nhanderú, principal divindade dos Guarani Mbyá, ao criar este mundo, criou uma série de plantas e animais exclusivamente para servirem de alimento aos Guarani Mbyá. Além disso, essa divindade estabeleceu regras precisas para a obtenção e preparo desses alimentos. Dessa maneira, essa população realiza

seus ritos para a caça, a pesca, a coleta e a horticultura, conforme ensinado por Nhanderú. Com relação à saúde/doença, exercem sua autonomia frente à moralidade juruá, mantendo suas opiniões e visões de mundo. Se lhes são impostos valores ou razões que não compartilham, simplesmente não aderem às políticas, programas ou tratamentos de saúde.

Ao manifestar a condição que identificam como doença, procuram o karaí na opy; só buscam a medicina juruá se comprovado que se trata de doença de branco. Adotam a terapêutica tradicional, baseada em regime alimentar e interdições, no uso de leite materno, gordura e cinzas de animais ou plantas, preparados como chás e unguentos, aplicados em fricções. A maneira como concebem e vivenciam a relação saúde/doença também está associada à espiritualidade e à cosmologia. Para eles, a doença pode surgir na pessoa porque a sociedade está doente. Então, para falar da doença, é preciso deslocar o problema do indivíduo para o coletivo, nos tipos de relações que se estabelecem na sociedade, na natureza e no sobrenatural. Na sua consulta, o karaí pergunta sobre eventuais traumas, sonhos, pesadelos e sustos do paciente (e de seus parentes) para, enfim, prescrever o tratamento. Assim, transcende a dimensão física do paciente para produzir o diagnóstico.

- **Xokleng:**

Os indígenas Xokleng da TI Ibirama em Santa Catarina, são os sobreviventes de um processo brutal de colonização do sul do Brasil iniciado em meados do século passado, que quase os exterminou em sua totalidade. Apesar do extermínio de alguns subgrupos Xokleng no Estado e do confinamento dos sobreviventes em área determinada em 1914, o que garantiu a "paz" para os colonos e a consequente expansão e progresso do vale do rio Itajaí, os Xokleng continuaram lutando para sobreviver a esta invasão, mesmo após a extinção quase total dos recursos naturais de sua terra, agravada pela construção da Barragem Norte. As línguas dos Xokleng e dos Kaingang constituem o ramo meridional da família Jê. Segundo os indígenas, fala-se o "xokleng", um idioma próximo ao kaingang. Os Xokleng dizem entender alguma coisa de kaingang, mas não o falam. Embora a maioria dos domicílios abriguem famílias nucleares — devido à extração da madeira e à divisão da terra em "frentes" — eles estão próximos uns dos outros e formam micro aldeias dentro de cada vila, denominadas pelos nomes das famílias extensas que as constituem. Assim, irmãos, cunhados, noras e genros vivem próximos uns dos outros, trabalham juntos, caçam juntos; repartem fruto de sua produção e as tarefas cotidianas que demandam a sobrevivência de cada um desses núcleos. As relações entre os Xokleng e os não

Xokleng em um mesmo domicílio, ou numa unidade de produção familiar extensa, é quase sempre conflitiva. A chefia destas famílias extensas é normalmente exercida pelas mulheres mais velhas, que escolherão os casamentos para seus filhos, criarão filhos e netos e coordenarão as tarefas domiciliares. O domicílio continua estabelecido mesmo quando seu marido a deixa ou morre. A idade madura, para ambos os sexos, não impede o envolvimento físico com alguém. Os idosos muitas vezes se casam novamente com outros idosos ou pessoas mais novas.

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

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

Para os Xokleng as medicinas indígenas são passadas para quem tem interesse em aprender e para quem tem o dom das ervas ou o dom espiritual. Para os anciões, quem tem o interesse não é o mesmo que ter o dom da cura e o dom de ser parteira, muitas vezes há muitas mulheres que tem o dom de ser parteira, mas fogem do chamado. A medicina tradicional indígena tem todo um cuidado no momento da ação, uma reza, para a coleta das ervas que serão usadas. Estes ensinamentos são repassados para as gerações e assim vai prosseguindo.

- **Charrua:**

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

Eram altos, com uma média de 1,68 metros para os homens e 1,67 metros para as mulheres, de aspecto sério e taciturno, porte duro e feroz. Os homens apresentavam barba como distintivo varonil, na qual os caciques usavam engastadas como adorno, pedras e — após o contato com produtos da civilização europeia — latas e vidros. A tatuagem no rosto consistia em três linhas que iam da raiz dos cabelos até a ponta do nariz e duas linhas transversais que iam de zigoma a zigoma. Para a guerra e festas, pintavam a mandíbula superior de branco. As tendas charruas, primitivamente, eram feitas com quatro estacas e esteiras de palha no teto e nas paredes. Após o contato com os espanhóis, passaram a usar largos pedaços de couro e armas dos espanhóis e dos portugueses, como armas de fogo. Não eram agricultores. A alimentação era caça e frutos e também foi modificada em contato com os espanhóis, passando os charruas a preferir a carne de cavalo. O uso do fumo e erva-mate adveio do contato com os brancos, pois não há vestígios anteriores desses costumes entre os charruas. Já em contato com os espanhóis, cobriam o corpo com uma camisa curta, sem mangas de pele curtida. No inverno, o pelo era aplicado pelo lado de dentro e no verão, ao contrário. As mulheres usavam uma saia de algodão até os joelhos. Não sabiam fiar nem tecer. Os panos de algodão que passaram a usar foram adquiridos em contato com os guaranis. Eram polígamos. As mulheres cuidavam das tarefas domésticas e dos cavalos. O homem se dedicava à guerra e à caça. Faziam conselhos de família para decidir sobre assuntos de guerra ou outros interesses. Aprenderam a montar com os espanhóis, tornando-se exímios cavaleiros, hábeis na guerra e na caça. Em domínio espanhol, atacavam fazendas, raptaram as mulheres, castravam os meninos e os levavam como escravos, e matavam os homens adultos. Não praticavam o canibalismo, ao contrário dos tupis e guaranis não reduzidos. Os diversos grupos charruas falavam o que se convencionou chamar "línguas charruanas".

- **Xetás:**

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

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

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

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

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

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

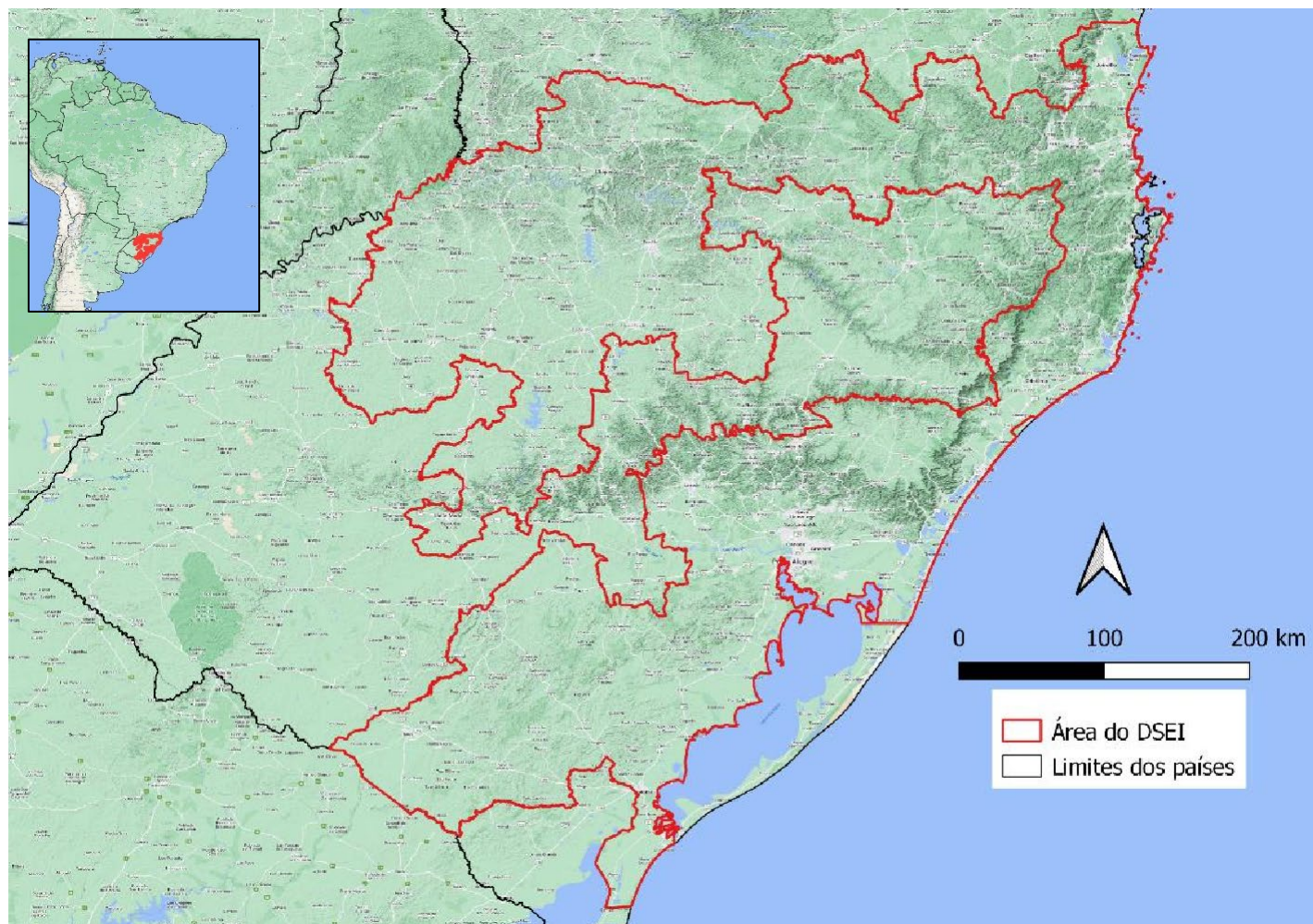
3.2 Dados Geográficos

A configuração do Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul (DSEI/ISUL) abrange dois estados: Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

O DSEI/ISUL possui extensão territorial de 153.578 km², tendo sua sede situada no município de São José/SC, na região metropolitana de Florianópolis/SC. A área do DSEI/ISUL está dividida em 12 Polos Base que são responsáveis pela atenção primária a um total de 38242 indígenas.

3.3 Mapa

Figura 1 - Área territorial de abrangência do DSEI Interior Sul considerando aspectos de relevo, 2023.



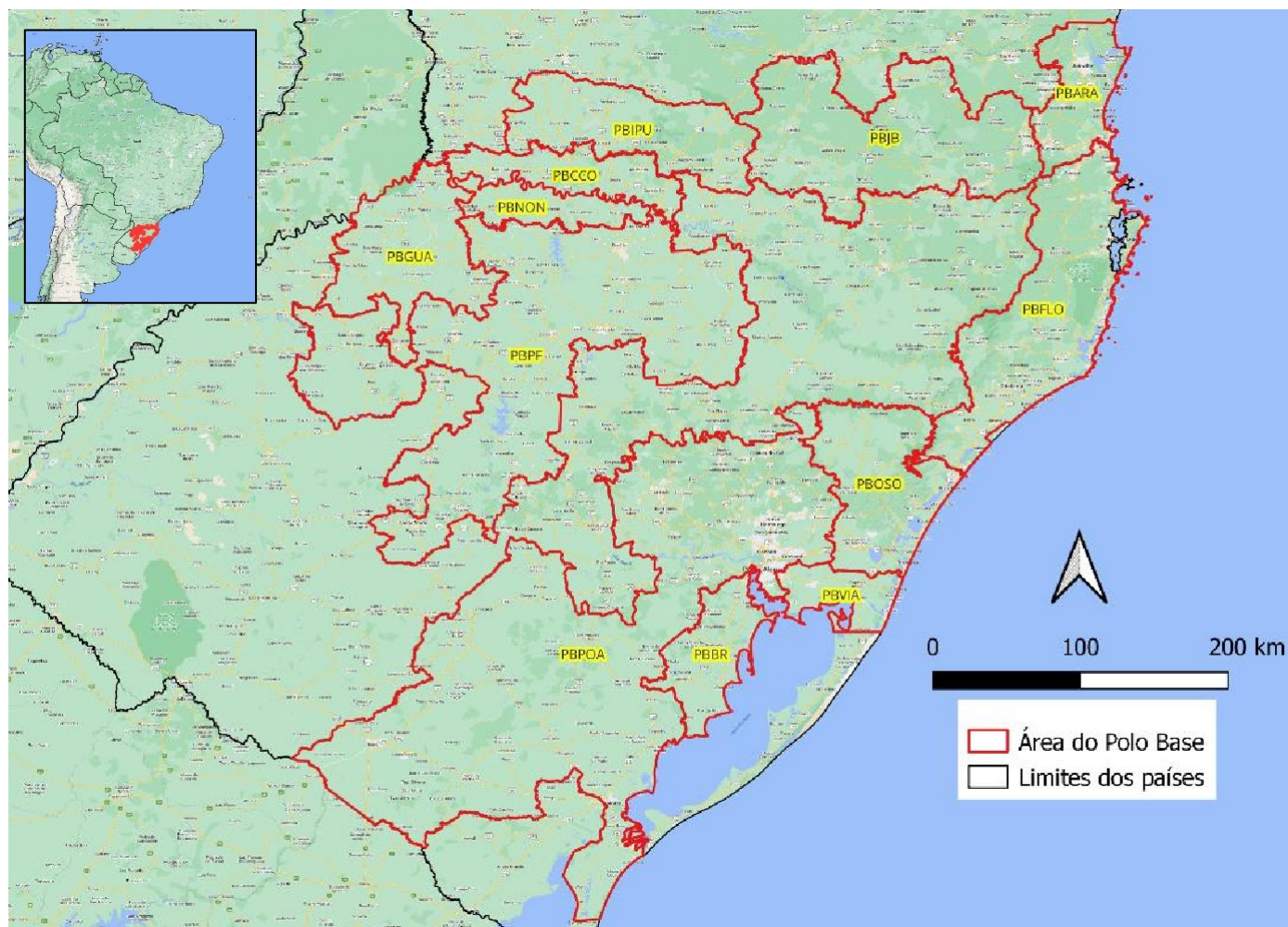
Fonte: DIASI/DSEIISUL/SESAI/MS, 2023.

Figura 2 - Área territorial de abrangência do DSEI Interior Sul considerando aspectos de rodovias, 2023.



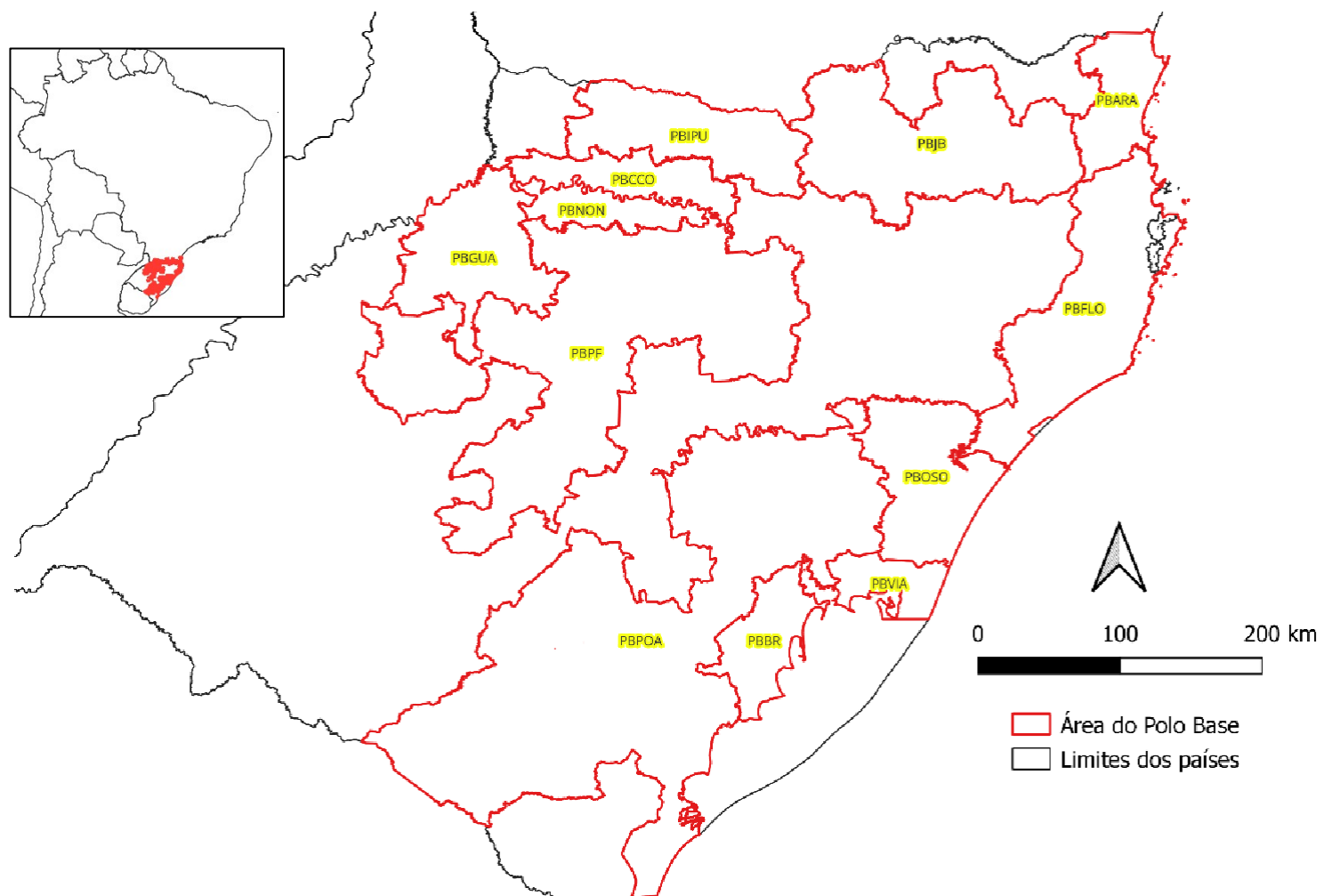
Fonte: DIASI/DSEIISUL/SESAI/MS, 2023.

Figura 3 - Divisão territorial de cada Polo Base no DSEI Interior Sul considerando aspectos de rodovias, 2023.



Fonte: DIASI/DSEIISUL/SESAI/MS, 2023.

Figura 4 - Limites da área de abrangência por Polo Base, DSEI Interior Sul, 2023.



Fonte: DIASI/DSEIISUL/SESAI/MS, 2023.

4. DETERMINANTES E FATORES DE RISCOS AMBIENTAIS

O DSEI/ISUL está situado em uma região temperada, com um clima conhecido como subtropical, com temperaturas que costumam ficar abaixo dos termômetros do restante do Brasil.

Há uma proximidade das aldeias do DSEI/ISUL com os centros urbanos e a facilidade de acesso possibilita que haja um fluxo migratório da população das aldeias aos municípios e vice-versa, com destaque para os períodos de fim e início de ano quando também vão comercializar seus artesanatos.

Quadro 2 - Características específicas da região do DSEI Interior Sul, 2023.

Caracterização	Descrição
Bioma	Mata atlântica: norte do RS e SC Pampa: metade sul do RS
Área de Fronteira	Argentina, Uruguai e Paraguai
Áreas de garimpo	Areia na região de Araquari
Áreas de desmatamento	Sim, nas áreas onde existe o arrendamento de terra
Áreas contaminadas	Areia na região de Araquari
Áreas Isoladas	Não
Área com uso de agrotóxicos	Região norte do RS e oeste de SC

Fonte: SESANI/DSEI/ISUL/SESAI/MS, 2023.

4.1 Dados demográficos

O DSEI/ISUL possui extensão territorial de 153.578 km², e sua área está dividida em 12 Polos Base responsáveis pela atenção primária a um total de 38242 indígenas. O DSEI/ISUL tem uma densidade demográfica de 0,24 habitantes por km².

O Quadro 3 apresenta a distribuição da população por Polo Base no DSEI/ISUL em junho de 2023. Verifica-se que o Polo Base Osório é o menor Polo Base deste Distrito, representando 1,09% da população. No outro extremo, estão o Polo Base Passo Fundo e Polo Base Guarita com as maiores populações, respectivamente, representando 21,20% e 21,18% do total da população deste Distrito.

Quadro 3 - Demonstrativo da população por Polo Base, DSEI Interior Sul, 2023.

Polo Base	População	%
Polo Base Passo Fundo	8109	21,20%
Polo Base Guarita	8101	21,18%
Polo Base Ipuação	6430	16,81%
Polo Base Nonoai	5973	15,62%
Polo Base José Boiteux	2369	6,19%
Polo Base Chapecó	2002	5,24%
Polo Base Porto Alegre	1841	4,81%
Polo Base Florianópolis	1093	2,86%
Polo Base Viamão	680	1,78%
Polo Base Araquari	643	1,68%
Polo Base Barra do Ribeiro	584	1,53%
Polo Base Osório	417	1,09%
Total	38242	100%

Fonte: SIASI/DSEIISUL/SESAI/MS, 2023.

O quadro 4 apresenta o detalhamento por faixa etária e sexo. Em 2023, o DSEI/ISUL apresenta uma razão de sexo de 101,3. Ou seja, a cada 100 mulheres existem 101,3 homens. O Polo Base Barra do Ribeiro apresenta a menor razão de sexo - para cada 100 mulheres existem 88,3 homens. Enquanto o Polo Base José Boiteux apresenta a maior razão de sexo – para cada 100 mulheres existem 111,5 homens.

Ao se avaliar a razão de sexo no DSEI ao longo do tempo, verifica-se que houve uma pequena mudança. Em 2012, esse indicador era de 98,9, ou seja, havia uma maior proporção de mulheres no DSEI. Entretanto, em 2018, essa composição alterou, e o DSEI passou a apresentar uma razão de sexo de 100,9. Essa tendência na mudança da composição de sexos no DSEI segue com o passar dos anos, visto o aumento lento e progressivo na representatividade de homens na população do Distrito.

A taxa de crescimento da população no DSEI é positiva. Ao comparar a população de 2012 com a população de 2021, verifica-se um crescimento de 0,3%. Esse crescimento é impulsionado pelo aumento da taxa de fecundidade na população do DSEI/ISUL. Em 2018, a taxa de fecundidade era de 96,0 a cada 1000, sendo 112,7 em 2021. Esse aumento populacional é acompanhado pelo aumento na proporção de idosos no DSEI. Em 2012, a proporção de idosos era de 4,5%, passando a 5,4% em 2021, mesmo valor observado em 2023. Colabora com isso o índice de envelhecimento no Distrito. Em 2012, este índice era de 10,5%, passando para 15,8% em 2021. O índice de envelhecimento com valores elevados indica estágios avançados da transição demográfica.

Quadro 4 - Perfil sócio demográfico, étnico-cultural e linguística dos povos indígenas por Polo base, DSEI Interior Sul, 2023.

Polo Base	Nº Aldeia	Nº Povo/ Etnia	População												Pop.	Língua Indígena	% de Comunicação em Português
			Masculino						Feminino								
			<1	1-4	5-9	10-49	50-59	>=60	<1	1-4	5-9	10-49	50-59	>=60			
Araquari	12	3	13	47	52	189	7	10	11	45	30	211	10	18	643	Guaraní Xoklém	95-100
Barra Do Ribeiro	13	1	7	59	45	161	9	15	17	37	38	172	12	12	584	Guaraní	95-100
Chapecó	4	5	31	121	129	624	64	50	26	120	119	613	47	58	2002	Guaraní Kaingang Xoklém	95-100
Florianópolis	13	4	17	63	78	355	18	19	17	59	84	347	19	17	1093	Guaraní Kaingang Xoklém	95-100
Guarita	17	2	89	411	445	2711	199	170	105	353	438	2782	215	183	8101	Guaraní Kaingang	95-100
Ipuacu	14	4	77	238	371	2149	218	215	64	281	357	2037	200	223	6430	Guaraní Kaingang Xoklém	95-100
José Boiteux	10	5	30	105	157	786	80	72	21	124	147	706	67	74	2369	Guaraní Kaingang Xoklém	95-100
Porto Alegre	36	4	27	117	144	533	50	27	19	131	134	585	38	36	1841	Charrua Guaraní Kaingang Xoklém	95-100
Viamão	9	3	16	45	45	186	8	18	10	52	40	226	14	20	680	Guaraní Kaingang	95-100

Fonte: SIASI/DSEIISUL/SESAI/MS, 2023.

4.2 Determinantes Sociais

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um índice estatístico composto de expectativa de vida, educação (média de anos de escolaridade completados e anos esperados de escolaridade ao entrar no sistema educacional) e indicadores de renda per capita, usado para classificar os países em quatro níveis do desenvolvimento humano.

O DSEI/ISUL apresenta um IDH de 0,680. Fragmentando a composição do IDH, o DSEI apresenta o IDH renda de 0,674, o IDH educação de 0,575 e o IDH longevidade de 0,818. Deve-se destacar que a referência para este indicador é o ano de 2010 e que a metodologia de cálculo envolveu a totalidade das populações dos municípios, mas retratam as condições gerais de acesso a serviços públicos de saúde.

O Quadro 5 abaixo apresenta a função social dos indígenas da abrangência do DSEI Interior Sul, com referência a junho de 2023. Do total da população, 0,8% dela tem a função de Agente Indígena de Saúde (AIS), seguida de 0,7% a função de professor e 0,5% a função de Agente Indígena de Saneamento (AISAN). Sabe-se que a população na área de abrangência do DSEI desempenha variados papéis, como trabalhadores da saúde, educação, trabalhadores de frigoríficos e empresas, além da função relacionada com a agricultura. Entretanto, por não existir um instrumento de coleta que permita o registro desta informação, assim, o apresentado no quadro abaixo pode estar subestimado.

Quadro 5 - Função social dos indígenas da abrangência do DSEI Interior Sul, 2023.

Setor de Atividades	%
Professor	0,7
AIS	0,8
AISAN	0,5
Parteira	0,2
Pajé	0,1

Fonte: SIASI/DSEIISUL/SESAI/MS, extraído em outubro/2023. Porcentagem estimada considerando a população residente.

4.3 Caracterização da infraestrutura domiciliar por polo base

Quadro 6 - Característica dos domicílios no DSEI Interior Sul por Polo Base, 2023

Polo Base	Infraestrutura domiciliar	Geração de energia	Segurança
Araquari	alvenaria, madeira (kit Funai), barro	Elétrica-fornecimento por concessionária	Brigada Militar e Polícia Civil
Barra Do Ribeiro	alvenaria, madeira (kit Funai), barro	Elétrica-fornecimento por concessionária	Brigada Militar e Polícia Civil

Chapecó	alvenaria, madeira (kit Funai), barro	Elétrica-fornecimento por concessionária	Brigada Militar e Polícia Civil
Florianópolis	alvenaria, madeira, barro, taquara	Elétrica-fornecimento por concessionária. Na aldeia Morro Palha há geração com placa solar para iluminação pública da aldeia	Brigada Militar e Polícia Civil
Guarita	alvenaria, madeira, barro, taquara, barraco de lona	Elétrica-fornecimento por concessionária	Brigada Militar e Polícia Civil
Ipuaçu	alvenaria, madeira	Elétrica-fornecimento por concessionária	Brigada Militar e Polícia Civil
José Boiteux	alvenaria, madeira	Elétrica-fornecimento por concessionária	Brigada Militar e Polícia Civil
Nonoai	alvenaria, madeira	Elétrica-fornecimento por concessionária	Brigada Militar e Polícia Civil
Osório	alvenaria, madeira, barro, taquara	Elétrica-fornecimento por concessionária	Brigada Militar e Polícia Civil
Passo Fundo	alvenaria, madeira, barro, taquara, barraco de lona	Elétrica-fornecimento por concessionária	Brigada Militar e Polícia Civil
Porto Alegre	alvenaria, madeira, barro, taquara, barraco de lona	Elétrica-fornecimento por concessionária	Brigada Militar e Polícia Civil
Viamão	alvenaria, madeira, barro	Elétrica-fornecimento por concessionária	Brigada Militar e Polícia Civil

Fonte: SESANI/DSEIISUL/SESAI/MS, outubro/2023.

4.4 Perfil epidemiológico

No período de 2020 a 2022, o DSEI/ISUL apresentou uma estabilidade na taxa bruta de natalidade. Nestes três anos, o ano de 2021 apresentou a maior taxa bruta de natalidade: 30,7 a mil. Entretanto, ao ampliar o período de avaliação, verifica-se uma tendência ao crescimento da taxa bruta de natalidade, passando de 26,0 em 2010 para 28,0 em 2022.

Quadro 7 - Taxa de natalidade do DSEI Interior Sul por ano.

Taxa de Natalidade	2020	2021	2022
Taxa de Natalidade no DSEI	28,6	30,7	28,0

Fonte: SIASI/DSEIISUL/SESAI/MS, extraído em outubro/2023. Dados parciais, sujeitos à alteração.

Ao se avaliar a carga de morbidade nos anos de 2020 a 2022, verifica-se que as “infecções agudas das vias aéreas superiores” apresentaram um aumento na taxa de incidência ao longo dos anos, passando de 12022 a cada 100 mil habitantes, em 2020, para 16479 a cada 100 mil habitantes. O aumento na incidência é acompanhado pelos agravos “influenza (gripe)” e “pneumonias” e as “doenças infecciosas intestinais” – que são importantes causas que levam ao adoecimento no DSEI. Já as “doenças hipertensivas” e as “outras dorsopatias” apresentaram um comportamento inverso, decrescendo a sua incidência na população do DSEI Interior Sul.

Cabe destacar que as infecções respiratórias são endêmicas no território do DSEI Interior Sul devido à localização geográfica em uma região temperada, com um clima conhecido como subtropical, com temperaturas que costumam ficar abaixo dos termômetros do restante do Brasil. O clima mais frio, associado com aspectos sociais e habitacionais, proporciona um ambiente propício ao aumento dos casos das infecções respiratórias.

Há uma proximidade das aldeias do DSEI Interior Sul com os centros urbanos e a facilidade de acesso possibilita que haja um fluxo migratório da população das aldeias aos municípios e vice-versa, com destaque para os períodos de fim e início de ano quando também vão comercializar seus artesanatos.

Quadro 8 - Taxa de incidência (100.000 habitantes) das principais morbidades que acometem os povos indígena do DSEI Interior Sul.

Morbidade	Taxa de incidência (100.000 habitantes)		
	2020	2021	2022
Infecções agudas das vias aéreas superiores	12022,2	14244,4	16479,5
Doenças hipertensivas	8473,3	3868,9	2110,5
Outras dorsopatias	3411,5	3336,3	3109,3
Influenza [gripe] e pneumonia	1571,7	1794,4	2522,1
Doenças infecciosas intestinais	1727,1	1756,4	1923,0

Fonte: SIASI/DSEIISUL/SESAI/MS, 2023.

Avaliando a mortalidade geral no período de 2020 a 2022, o DSEI/ISUL apresentou uma estabilidade. Deve-se destacar que o ano de 2021 neste Distrito foi o ano com a maior mortalidade relacionada a covid-19 no período pandêmico, fato que pode ser comprovado avaliando o Quadro 9, onde se identifica um aumento de quase 30 óbitos em número absolutos e, conseqüentemente, um aumento no coeficiente de mortalidade geral. Essa informação pode ser verificada quando se avalia as causas, onde se observa a concentração dos óbitos por infecção por coronavírus nos anos de 2020 e 2021.

Entretanto, as doenças cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração têm ganhado destaque na mortalidade geral no DSEI. A mudança na composição demográfica que ocorre o DSEI/ISUL (com conseqüente envelhecimento da população), tem se refletido nas causas dos óbitos: aumento de óbitos por doenças do aparelho circulatório e neoplasias. As doenças do aparelho respiratório permanecem tendo importante carga na mortalidade do DSEI.

As causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade ainda representam um desafio a ser enfrentado no DSEI Interior Sul, tanto no que se refere à qualidade da informação inserida no SIASI, quanto na investigação de óbitos por causa mal definida para o esclarecimento sobre quais circunstâncias levaram ao óbito. Para tal, a qualificação da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) para o preenchimento correto da Declaração de Óbito, para a notificação no Sistema de forma adequada e qualificada, a investigação dos óbitos e a sua conclusão e discussão junto ao Grupo Técnico Distrital de Vigilância do Óbito (GTDVO) são imprescindíveis.

Em 2022, o DSEI apresentou um CMG de 6,2 a cada 1000. Associando essa informação com a TBN, pode-se concluir que a tendência a longo prazo é o crescimento da população, visto que há um aumento na natalidade e uma estabilidade na mortalidade geral.

Quadro 9 - Causas de mortalidade geral de indígenas no DSEI Interior Sul e Coeficiente de Mortalidade Geral por ano, 2020 a 2022.

Óbito Geral	2020		2021		2022	
	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade
Coeficiente de Mortalidade Geral	224	6,3	255	7	233	6,2
Principais Causas de Óbito	Nº de óbitos		Nº de óbitos		Nº de óbitos	
Infecção por coronavírus	39		43		7	
Doenças cerebrovasculares	14		11		18	
Causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade	14		13		15	
Influenza [gripe] e pneumonia	9		10		19	
Doenças isquêmicas do coração	12		7		7	

Fonte: SIASI/DSEIISUL/SESAI/MS, extraído em outubro/2023. Dados parciais, sujeitos à alteração.

Em 2022, o DSEI apresentou um importante incremento na mortalidade infantil, saindo de uma Taxa de Mortalidade Infantil de 13,8 a cada 1000 nascidos vivos, em 2020, passando para 30,5 a cada 1000 nascidos vivos. Deve-se destacar que esse incremento em 2022, comparando com os anos anteriores, se deu devido ao crescimento do componente pós-neonatal que passou de 3,94 em 2020 e passou para 16,21 em 2022.

Sabe-se que a mortalidade infantil é um importante indicador de saúde e condições de vida de uma população. Com o cálculo da sua taxa, estima-se o risco de um nascido vivo morrer antes de chegar a um ano de vida. O componente pós-neonatal da taxa de mortalidade infantil estima o risco de um nascido vivo morrer no período pós-neonatal, compreendido entre 28 e 364 dias. Taxas elevadas de mortalidade pós-neonatal refletem, de maneira geral, baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida.

Quadro 10 - 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
Coefficiente de Mortalidade infantil	14	13,8	15	13,3	32	30,5
Principais Causas de Óbito	Nº de óbitos		Nº de óbitos		Nº de óbitos	
Transtornos respiratórios e cardiovasculares	2		4		5	
Transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal	2		4		2	
Fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto	3		1		2	

Fonte: SIASI/DSEI/ISUL/SESAI/MS, 2023.

A razão de mortalidade materna é o número de óbitos femininos por causas maternas, por 100 mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Ela estima a frequência de óbitos femininos em idade fértil atribuídos a causas ligadas a gravidez, parto e puerpério, em relação ao total de gestações, refletindo a qualidade da assistência à saúde da mulher. Taxas elevadas de mortalidade materna estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo.

No DSEI/ISUL, durante o período 2020 a 2022, a mortalidade materna sofreu grande oscilação, saindo de nenhum óbito materno em 2020, passando por 3 em 2021 e indo para 1 óbito materno em 2022. A elevação dos óbitos em 2021 pode, em parte, ser atribuída às dificuldades encontradas na garantia de acesso das gestantes aos serviços de média e alta complexidade decorrente da pandemia de COVID-19 que, além de impactar na mortalidade geral, impactou na mortalidade materna.

A avaliação da mortalidade materna em populações pequenas pode superestimar a magnitude do problema. Entretanto, ao avaliar a razão de mortalidade materna no período de 2020 a 2022, verifica-se que ela se encontra em um patamar alto: 125,6 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos.

Quadro 11 - 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
Coeficiente de Mortalidade materna	0	0	3	267,6	1	95,3
Principais Causas de Óbito	Nº de óbitos		Nº de óbitos		Nº de óbitos	
Doenças virais complicando a gravidez, o parto e o puerpério	0		2		0	
Infecção por coronavírus	0		0		1	
Embolia obstétrica	0		1		0	

Fonte: SIASI/DSEI/ISUL/SESAI/MS, extraído em outubro/2023. Dados parciais, sujeitos à alteração.

O Quadro 12 apresenta as principais morbidades que geraram referência para a média e alta complexidade no DSEI/ISUL no período de 2020 a 2022. Verifica-se que a especialidade que mais demandou durante os anos foi a oftalmologia, logo seguida da ginecologia e obstetrícia. A ortopedia e traumatologia foi a terceira especialidade que mais gerou referências para a média e alta complexidade.

Quadro 12 - Principais especialidades que geram referência para a média e alta complexidade no DSEI Interior Sul, 2020 a 2022

Morbidades referenciadas	Número de indígenas encaminhados		
	2020	2021	2022
Oftalmologia	738	678	502
Ginecologia/Obstetrícia	714	629	514
Ortopedia/Traumatologia	581	353	390

Fonte: DIASI/DSEI/ISUL/SESAI/MS, 2023.

Observação: os valores foram obtidos a partir do registro informado pelas EMSI ao DSEI através do instrumento padronizado de coleta de informação sobre pacientes encaminhados para a rede de referência.

Acerca das violências, o DSEI/ISUL apresenta um aumento da importância desse grupo na carga de morbi-mortalidade. Em 2020, foram notificados 110 casos de violência entre os indígenas. Em 2021 foram notificados 97 casos, enquanto em 2022, foram notificados 236 casos. Em partes, o aumento pode ser atribuído a melhoria na sensibilidade das EMSI em notificar a ocorrência de casos de violência

na área do DSEI. Em 2020, foram 7 óbitos decorrente de situação de violência/agressão, no ano de 2021, foram 9 óbitos e no ano de 2023 foram 7 óbitos, destacando a importância que esta situação tem no contexto do DSEI/ISUL.

O HIV/Aids é um agravo de grande importância no contexto do DSEI. Foram notificados 5, 11 e 16 casos novos de HIV/Aids nos anos de 2020, 2021 e 2022, respectivamente (fonte: DIASI/DSEI/ISUL/SESAI/MS, outubro/2023. Dados parciais sujeitos à alteração). Do total de casos notificados, 52% são em mulheres e, aproximadamente, 10% estão em abandono de tratamento. A ampliação da testagem para as IST e o acompanhamento aos pacientes pelas EMSI são importantes estratégias para minimizar os impactos deste agravo no território do DSEI.

Nos últimos anos, não foram identificados casos de hanseníase no DSEI/ISUL. Entretanto, tem-se a necessidade de fortalecimento da vigilância deste agravo para detectar e tratar precocemente os casos novos, a fim de interromper a cadeia de transmissão e prevenir as incapacidades físicas. Neste sentido, no ano de 2022, em parceria com o estado de Santa Catarina, foi realizado um treinamento sobre manejo clínico de Hanseníase para fomentar a vigilância deste agravo com os profissionais do Distrito. A análise da situação epidemiológica e operacional da hanseníase, de forma sistemática e contínua, com vistas a subsidiar o planejamento e ações para redução da carga da doença, é uma estratégia fundamental para este Distrito. As figuras abaixo apresentam os casos de Doença Diarreica Aguda (DDA) por ano por Polo Base no DSEI/ISUL. Verifica-se que o Polo Base Guarita, Polo Base Ipuaçu e Polo Base Passo Fundo sempre apresentaram os maiores números de casos de DDA no período. Deve-se lembrar que estes são os maiores Polos Base do Distrito e, por consequência, espera-se mais casos. Em todos os três anos, o Polo Base Passo Fundo sempre esteve no maior nível da legenda, enquanto o Polo Base Guarita e Polo Base Ipuaçu diminuíram para um nível abaixo. Entretanto, ao avaliar a proporção de casos na população geral no período dos 3 anos, identifica-se que o Polo Base Osório apresentou a maior proporção (35%), seguido do Polo Base Florianópolis (22%) e do Polo Base Chapecó (16%).

Destaca-se que, durante os 3 anos avaliados, foram identificados um óbito por DDA em cada ano, ressaltando a importância das DDA no contexto da morbimortalidade do DSEI/ISUL.

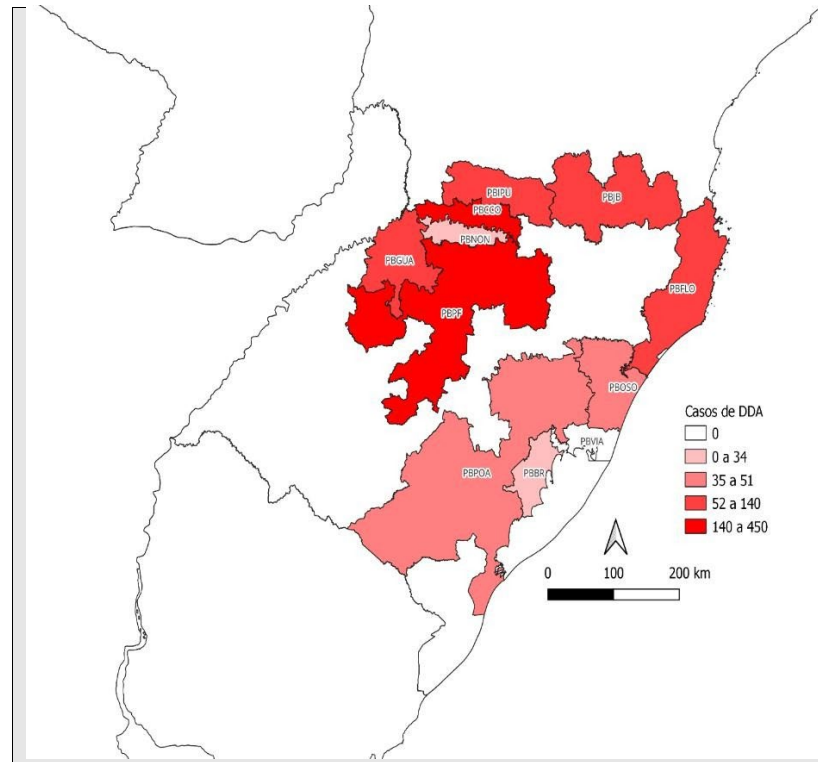


Figura 7 - Casos de DDA na população geral por Polo Base, DSEI Interior Sul, 2022.

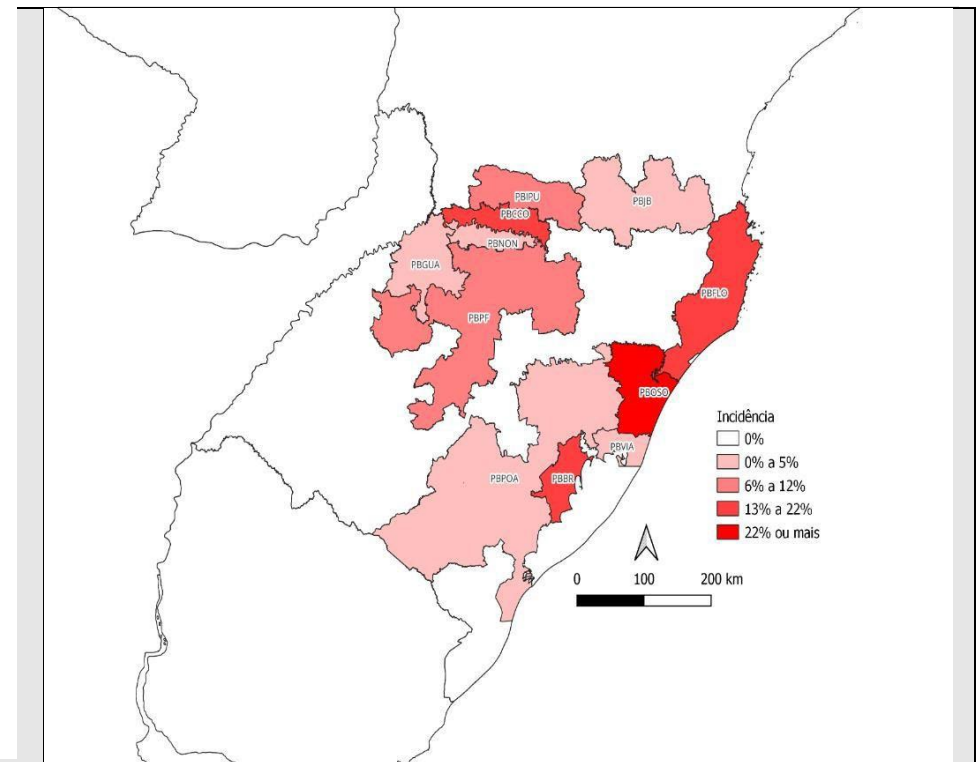


Figura 8 - Proporção de casos de DDA na população geral por Polo Base, DSEI Interior Sul, 2020-2022

Fonte: SIASI/DSEIISUL/SESAI/MS, extraído em outubro/2023. Dados parciais, sujeitos à alteração.

Legenda: PBARA (Polo Base Araquari), PBBR (Polo Base Barra do Ribeiro), PBCCO (Polo Base Chapecó), PBFLOR (Polo Base Florianópolis), PBGUA (Polo Base Guarita), PBIPU (Polo Base Ipuçu), PBIB (Polo Base José Boiteux), PBNON (Polo Base Nonoai), PBOSO (Polo Base Osório), PBPF (Polo Base Passo Fundo), PBPOA (Polo Base Porto Alegre), PBVIA (Polo Base Viamão).

Quadro 13 - Principais Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado (DRSAI) no DSEI Interior Sul, 2020 a 2022

Morbidades referenciadas	Número de casos informados		
	2020	2021	2022
Doenças diarreicas	525	556	543
Ectoparasitoses	158	233	224
Helmintíases	16	39	19

Fonte: SIASI/DSEIISUL/SESAI/MS, 2023.

Acerca das Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado (DRSAI), as doenças diarreicas são as de maior ocorrência no DSEI/ISUL, sendo a diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível a doença mais importante. As ectoparasitoses aparecem em segundo lugar, tendo a pediculose, miíase e escabiose importância no contexto do DSEI. Ascaridíase e a oxiuríase são as helmintíases de maior relevância.

Todo evento de grande repercussão que exige ações imediatas de contenção, surtos de doença com potencial epidêmico, ou evento inusitado que apresente morbidade e/ou mortalidade diferente do habitual, são consideradas emergências em saúde pública. Além disso, um evento de saúde pública não se restringe, portanto, às doenças transmissíveis, incluindo ocorrências relacionadas a situações de natureza química, rádio nuclear ou decorrentes de desastres ambientais, como terremotos, inundações ou secas.

O DSEI/ISUL conta com um Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) para o enfrentamento das emergências no âmbito distrital. Este Centro é atualmente composto por 3 colaboradores, sendo um membro coordenador, um membro apoiador e um membro técnico. Esta unidade é conectada à rede CIEVS, coordenada nacionalmente pelo CIEVS Nacional, para a preparação, vigilância, alerta e resposta às emergências.

Para o enfrentamento das emergências de saúde pública, é fundamental a instituição de medidas efetivas de fortalecimento e manutenção dos mecanismos de monitoramento, para que estes eventos sejam acompanhados de forma contínua visando a busca de riscos potenciais, de mudanças na dinâmica de transmissão e propagação de agentes e doenças, o que permitirá a adoção de medidas de controle oportunas e adequadas.

Neste sentido a unidade CIEVS, trabalha na preparação com a promoção de

espaços de qualificação e de elaborar documentos norteadores como protocolos, diretrizes e marcos regulatórios, a fim de subsidiar a preparação e resposta de maneira oportuna às potenciais emergências em saúde. Neste sentido, foram produzidos pela unidade Planos de Contingência (Mpox, Arboviroses) além de outros documentos norteadores para direcional a atuação das EMSI.

O CIEVS DSEI/ISUL realiza a detecção e notificação oportuna e triagem de potenciais eventos de saúde pública que possam constituir uma emergência em saúde pública. Além disso, a unidade é responsável por realizar o monitoramento contínuo e sistemático de doenças, agravos e eventos de saúde pública, tendo como base a lista de notificação compulsória, observando eventuais mudanças no perfil epidemiológico das doenças e agravos em saúde ou doenças inusitadas, ou desconhecidas.

E por fim, a unidade é responsável por realizar a verificação, avaliação de riscos, comunicação, recomendações para mobilização de estruturas de respostas, como sala de situação, COE e ativação de equipes de prontas respostas. Com tudo isso, reforça-se a necessidade de manutenção da rotina, ampliação da estrutura e da equipe responsável por essa importante tarefa.

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

5.1 Infraestrutura de saúde

Quadro 14 - Quantidade atual de estabelecimentos de saúde indígena por descrição do subtipo, número de reformas/ampliações e novos estabelecimentos.

Estabelecimento	Quantidade Atual	Nº de reformas/ampliações/manutenção previstas/ano	Nº de novos estabelecimentos previstos/Ano*
UBSI Tipo I	54	2/2024 6/2025 6/2026 31/2027	2/2024 5/2025 2/2026 4/2027
UBSI Tipo II	13	3/2025 3/2026 4/2027	2/2025 1/2026 1/2026
UBSI Tipo III	4	3/2026 1/2027	1/2024 1/2025 2/2026 1/2027
Polo Base tipo II	12	-	2/2027
Sede do DSEI	1	-	1/2027
Espaços em saúde (container, madeira, alvenaria)	32	-	10/2025 10/2026 10/2027

Fonte: SESANI/DSEI/ISUL/SESAI/MS, outubro/2023.

Quadro 15 - Quantitativo de aldeias que terão estabelecimento por implantação/reforma, ampliação/reforma ou ampliação e previsão de execução anual.

Polo	Tipo de Estabelecimento	Nome da Aldeia ou Polo Base	Implantação/ Reforma/ Ampliação/ Reforma ou Ampliação	Ano
Araquari	UBSI Tipo I	Pindoty	Reforma/Ampliação	2024
Araquari	UBSI Tipo I	Morro Alto	Reforma/Ampliação	2024
Barra do Ribeiro	UBSI Tipo I	Tekoa Porã (Coxilha da Cruz)	reforma/ampliação	2024
Ipuaçu	UBSI Tipo III	Pinhalzinho - Xapecó	Implantação	2024
José Boiteux	UBSI Tipo I	Pavão	Implantação	2024*
Porto Alegre	UBSI Tipo I	Fág Nhin(Lomba kaingang)	Implantação	2024
Florianópolis	UBSI Tipo I	Tekoa Marangatu	Implantação	2025
Florianópolis	UBSI Tipo I	Major Gercino	Implantação	2025
José Boiteux	UBSI Tipo II	Bugio Guarani	Implantação	2025
José Boiteux	UBSI Tipo I	Palmeira	Implantação	2025
José Boiteux	UBSI Tipo I	Koplag	Implantação	2025
Chapecó	UBSI Tipo II	Kondá	Reforma*	2025
Chapecó	UBSI Tipo II	Toldo Chimbangue II	Reforma*	2025
Chapecó	UBSI Tipo I	Toldo Pinhal	Reforma/Ampliação	2025
Guarita	UBSI Tipo I	Bananeiras	Reforma	2025
Guarita	UBSI Tipo II	Estiva	Reforma*	2025
Guarita	UBSI Tipo I	Irapuá	Reforma	2025
Guarita	UBSI Tipo I	Katiú Gria	Reforma	2025
Guarita	UBSI Tipo I	Pau Escrito	Reforma	2025
Guarita	UBSI Tipo I	Pedra Lisa	Reforma	2025
Ipuaçu	UBSI Tipo I	Linha Limeira	Implantação	2025
Ipuaçu	UBSI Tipo III	Fazenda São José	Implantação	2025
Nonoai	UBSI Tipo I	Goj Vêso	Implantação	2025
Araquari	UBSI Tipo I	Ivapuru/Jaboticabeira	Implantação	2026
Chapecó	UBSI Tipo I	Guarani Araçi	Implantação	2026
Guarita	UBSI Tipo I	Tekoa Ka águy Porã	Reforma*	2026
Guarita	UBSI Tipo I	Laranjeira	Reforma*	2026
Guarita	UBSI Tipo I	Mato Queimado	Reforma*	2026
Guarita	UBSI Tipo II	Missão	Reforma*	2026
Guarita	UBSI Tipo II	Km10	Reforma*	2026
Guarita	UBSI Tipo II	Três Soitas	Reforma*	2026
Guarita	UBSI Tipo III	Inhacorá	Reforma*	2026
Ipuaçu	UBSI Tipo II	Olaria	Implantação	2026
Ipuaçu	UBSI Tipo III	Paiol de Barros	Reforma*	2026
Ipuaçu	UBSI Tipo III	Sede	Reforma*	2026
José Boiteux	UBSI Tipo I	Bugio	Reforma	2026

Polo	Tipo de Estabelecimento	Nome da Aldeia ou Polo Base	Implantação/ Reforma/ Ampliação/ Reforma ou Ampliação	Ano
Nonoai	UBSI Tipo I	Guabiroba	Reforma*	2026
Nonoai	UBSI Tipo II	Pinhalzinho/Planalto	Reforma*	2026
Nonoai	UBSI Tipo I	Aeroporto	Reforma/Ampliação	2026
Nonoai	UBSI Tipo I	Bananeira I	Implantação	2026
Nonoai	UBSI Tipo III	Votouro	Implantação	2026
Passo Fundo	UBSI Tipo III	Santo Antonio	Implantação	2027
Araquari	UBSI Tipo I	Conquista	Implantação	2027
Araquari	UBSI Tipo I	Piraiá	Implantação	2027
Barra do Ribeiro	UBSI Tipo I	Ka"Amiridy (Água Grande)	Reforma	2027
Barra do Ribeiro	UBSI Tipo I	Ivy ã Poty	Implantação	2027
Florianópolis	UBSI Tipo I	M'Biguaçu	Reforma*	2027
Ipuaçu	UBSI Tipo II	Toldo Imbú	Reforma*	2027
José Boiteux	UBSI Tipo I	Plipatol	Reforma	2027
José Boiteux	UBSI Tipo I	Sede	Reforma	2027
José Boiteux	UBSI Tipo I	Toldo	Reforma	2027
José Boiteux	UBSI Tipo II	Coqueiro	Reforma	2027
José Boiteux	UBSI Tipo I	Figueira	Reforma	2027
Guarita	UBSI Tipo I	Capoeira dos Amaros	Implantação	2027
Nonoai	UBSI Tipo II	Kandóia	Implantação	2027
Nonoai	UBSI Tipo I	Vila Alegre	Reforma/Ampliação	2027
Nonoai	UBSI Tipo I	Sede	Reforma/Ampliação	2027
Nonoai	UBSI Tipo I	Bananeira II/Gramado dos Loureiros	Reforma*	2027
Nonoai	UBSI Tipo I	Passo do Índio	Reforma*	2027
Nonoai	UBSI Tipo I	Rio dos Índios	Reforma*	2027
Osório	UBSI Tipo I	Campo Bonito	Reforma*	2027
Passo Fundo	UBSI Tipo I	Caneleira	Reforma/Ampliação	2027
Passo Fundo	UBSI Tipo I	Ko'enju	Reforma/Ampliação	2027
Passo Fundo	UBSI Tipo III	Ligeiro	Reforma	2027
Passo Fundo	UBSI Tipo I	Linhas Pedras Brancas	Reforma/Ampliação	2027
Passo Fundo	UBSI Tipo I	Rio da Várzea	Reforma/Ampliação	2027
Passo Fundo	UBSI Tipo I	Saltinho	Reforma/Ampliação	2027
Passo Fundo	UBSI Tipo I	Ventarra	Reforma/Ampliação	2027
Porto Alegre	UBSI Tipo I	Janã Ty Janh (Coqueiro)	Implantação	2027
Porto Alegre	UBSI Tipo I	Por Fi Ga	Reforma*	2027
Viamão	UBSI Tipo I	Anhetenguá	Reforma*	2027
Viamão	UBSI Tipo I	Pindo Mirim	Reforma*	2027
Viamão	UBSI Tipo I	Tekoa Nhundy	Reforma/Ampliação	2027
Viamão	UBSI Tipo I	Ty Jata"l Ty	Reforma/Ampliação	2027
Viamão	UBSI Tipo I	Tekoa Yriapu	Reforma	2027
Rio Grande do Sul	CASAI	A definir	Implantação	2027

Polo	Tipo de Estabelecimento	Nome da Aldeia ou Polo Base	Implantação/ Reforma/ Ampliação/ Reforma ou Ampliação	Ano
Santa Catarina	CASAI	A definir	Implantação	2027
Rio Grande do Sul	Polo Tipo II	A definir	Implantação	2027
Rio Grande do Sul	Polo Tipo II	A definir	Implantação	2027
RS e SC	Espaço em saúde	Diversas aldeias a decidir	implantação	2027

Fonte: SESANI/DSEIISUL/SESAI/MS, outubro/2023.

Nota: *Processo em obra.

Os Polo Base são subdivisões territoriais dos DSEI, sendo base para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) organizarem técnica e administrativamente a atenção à saúde de uma população indígena adstrita, conforme a Portaria nº 1.801, de 9 de novembro de 2015, artigo 4º, a.

Atualmente, existem 12 Polos Base no DSEI todos sendo Polos Base do tipo II. Está em andamento um estudo no DSEI/ISUL para a implantação de 2 Polo Base no estado do Rio Grande do Sul, para otimizar e reorganizar a assistência prestadas à população indígena daquele estado, bem como, otimizar a utilização dos recursos financeiros.

O DSEI/ISUL possui um total de 71 edificações entre UBSI do Tipo I, II e III, 30 edificações nominadas como Espaços de Atendimento de Saúde Indígena (EASI), assim como 13 edificações onde funcionam as unidades administrativas dos 12 Polos Base e da Sede do DSEI/ISUL, sendo que as mesmas carecem de manutenção predial preventiva e corretiva e, dada a circunstância em que se encontram devido o lapso temporal ocorrido sem as devidas manutenções, faz-se necessário a realização de reformas das mesmas.

Foi efetuada a previsão para as reformas e/ou ampliações. Contudo, o SESANI prepara um contrato de manutenção UBSI, Polos Base, Sede do DSEI, Serviço de Escritório Local e espaços em saúdes que carecem de reparos, os quais não são considerados reforma e/ou ampliação. No Quadro 15 estão elencadas as previsões de implementação e reforma e/ou ampliação. Para situações de acampamentos indígenas provisórios, a área técnica do SESANI/ISUL apresenta a proposta alternativa com possibilidade de aquisição e instalação de contêiner a exemplo de aldeia do Rio Grande do Sul, com propósito de espaço para atendimento em saúde. Esses contêineres possuem consultório médico, odontológico, sala de espera e

banheiro. Destaca-se para algumas aldeias houve a solicitação de uma nova UBSI com nova tipologia, logo a UBSI existente não entrou no quantitativo de reforma.

Do mesmo modo foi solicitado a construção para Sede do DSEI/ISUL, dois Polos Base do Tipo II e duas CASAI. Além, dos projetos complementares será necessário a aquisição ou a doação do terreno para construção desses estabelecimentos

5.2 Rede de Atenção à Saúde

O Quadro abaixo apresenta os serviços de apoio diagnóstico, serviço de média e alta complexidade por Polo Base no Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul.

O deslocamento dos indígenas para média e alta complexidade se dá através dos municípios da área de abrangência do DSEI. De modo prático, a EMSI realiza as suas ações de rotina, como atendimentos, visitas domiciliares, rodas de conversa e, ao mesmo tempo, verifica a necessidade de referenciar para serviços de maior complexidade, solicitando e repassando ao setor de Referência e Contrarreferência do Polo Base os encaminhamentos.

O Polo Base repassa ao município que realiza o agendamento na rede municipal de referência do SUS. Após o agendamento realizado, o Polo Base repassa a EMSI as informações, de modo que o AIS possa informar ao paciente.

O Polo Base assume a responsabilidade por realizar o deslocamento da aldeia ao município, este por sua vez realiza o deslocamento do indígena até a referência. Quando necessário, o Polo Base solicita ao DSEI a hospedagem e alimentação para atendimentos em outros municípios.

Após o retorno, a EMSI recebe a contrarreferência e realiza a visita de acompanhamento, bem como repassa ao Polo Base as informações pertinentes.

5.3 Gestão do Trabalho e educação na saúde

Nos quadros abaixo são apresentados os demonstrativos atuais de recursos humanos existentes no DSEI/ISUL, a atual composição e estrutura das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e a necessidade de ampliação levantada durante as reuniões de planejamento do PDSI.

5.3.1 Força de Trabalho

Quadro 16 - Demonstrativo geral de recursos humanos existente no DSEI Interior Sul, 2023

Recurso Humano	LOTAÇÃO					VÍNCULO EMPREGATÍCIO				
	Total	PB tipo I	PB Tipo II	CASAI	Sede do DSEI	Servidor	Convênio	Terceirizada	Mais médicos	Município
Agente Indígena de Saneamento	166	0	166	0	0	0	166	0	0	0
Agente indígena de Saúde	250	0	250	0	0	0	250	0	0	0
Apoiador Técnico Em Atenção A Saúde	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Apoiador Técnico Em Saneamento	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Assessor indígena	3	0	3	0	0	0	3	0	0	0
Assistente Social	3	0	2	0	1	0	3	0	0	0
Auxiliar de Saúde Bucal	38	0	38	0	0	0	38	0	0	0
Cirurgião Dentista	32	0	30	0	2	0	32	0	0	0
Cirurgião Dentista Parcial	10	0	10	0	0	0	10	0	0	0
Enfermeiro	81	0	75	0	6	0	81	0	0	0
Engenheiro Civil	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Engenheiro Sanitarista	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Farmacêutico bioquímico	6	0	5	0	1	0	6	0	0	0
Fisioterapeuta	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Gestora de Saneamento Ambiental	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Médico	22	0	36	0	0	0	22	0	14	0
Nutricionista	8	0	6	0	2	0	8	0	0	0
Psicólogo	6	0	6	0	0	0	6	0	0	0
Técnico de Edificações	6	0	0	0	6	0	6	0	0	0
Técnico de Enfermagem	177	0	175	0	2	0	177	0	0	0
Técnico de Saneamento	3	0	3	0	0	0	3	0	0	0
Técnico Em Química	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Administrador	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Contador	2	0	0	0	2	2	0	0	0	0
Agente administrativo	4	0	0	0	4	4	0	0	0	0

Recurso Humano	LOTAÇÃO					VÍNCULO EMPREGATÍCIO				
	Total	PB tipo I	PB Tipo II	CASAI	Sede do DSEI	Servidor	Convênio	Terceirizada	Mais médicos	Município
Administrativo	6	0	0	0	6	0	0	6	0	0
Analista Técnico de Políticas Sociais	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Agente de Vigilância	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0

Fonte: DIASI/DSEIISUL/SESAI/MS, extraído em outubro/2023.

Atualmente, existem 54 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) distribuídas no DSEI, conforme demonstrado no Quadro 18. Essas equipes estão presentes no território realizando entradas diárias, semanais, quinzenais ou mensais a depender do território onde estão alocadas.

Com a atual composição, tem-se, em média, 708 indígenas para cada EMSI. Entretanto, há situações de EMSI com 1340 indígenas sob sua responsabilidade e EMSI com 90 indígenas. Essa disparidade se deve a diferentes motivos, entre eles a localização da comunidade, acesso e logística para o território, além de aspectos étnicos e culturais.

Verifica-se que em relação à cobertura de equipes de saúde bucal (Cirurgião Dentistas e Auxiliar de Saúde Bucal) e médicos a situação é diferente. Estima-se que 97% dos territórios do DSEI tenham cobertura de atendimento por equipe de saúde bucal, enquanto, apenas 85% tenham cobertura de atendimento médico rotineiramente.

Quadro 17 - Capacidade de EMSI instalada atualmente no DSEI Interior Sul, 2023

Polo Base	EMSI	Perfil das EMSI							
		Enf.	Méd.	CD	Téc. Enf	ASB/TSB	AIS	AISAN	Aldeias Atendidas
Passo Fundo	EMSI 33	1	0	1	3	1	2	1	2
Passo Fundo	EMSI 34	1	1	1	3	1	4	5	1
Passo Fundo	EMSI 35	1	1	1	2	1	4	2	5
Passo Fundo	EMSI 36	1	0	1	3	1	3	2	2
Passo Fundo	EMSI 37	1	0	1	1	1	3	1	2
Passo Fundo	EMSI 38	1	1	1	4	1	7	2	1
Passo Fundo	EMSI 39	1	0	1	2	1	1	1	4
Passo Fundo	EMSI 40	1	0	1	2	1	5	4	2
Passo Fundo	EMSI 41	1	0	1	2	1	2	1	1
Passo Fundo	EMSI 42	1	1	1	3	1	1	1	5
Passo Fundo	EMSI 43	1	1	1	3	1	2	1	1
Passo Fundo	EMSI 44	1	1	1	5	1	3	2	2
Passo Fundo	EMSI 45	1	1	1	1	1	2	2	2
Passo Fundo	EMSI 46	1	1	1	1	1	2	1	10
Passo Fundo	EMSI 47	1	1	1	3	1	6	5	11

Polo Base	EMSI	Perfil das EMSI							
		Enf.	Méd.	CD	Téc. Enf	ASB/ TSB	AIS	AISAN	Aldeias Atendidas
Passo Fundo	EMSI 48	1	1	1	1	1	2	1	9
Passo Fundo	EMSI 49	1	1	1	0	1	3	1	4
Porto Alegre	EMSI 50	1	0	1	2	1	8	7	9
Porto Alegre	EMSI 51	1	0	1	2	1	5	3	7
Porto Alegre	EMSI 52	1	1	1	1	1	5	3	6
Porto Alegre	EMSI 53	1	0	1	1	1	2	2	3
Viamão	EMSI 54	2	1	1	2	1	10	5	2

Fonte: DIASI/DSEIISUL/SESAI/MS, extraído em outubro/2023.

O Quadro 18 apresenta a necessidade de ampliação da atual força de trabalho do Distrito, diminuindo assim os vazios assistenciais que hoje se apresentam, além de possibilitar uma divisão mais igualitária de população por EMSI. Estima-se que, com o acréscimo solicitado, o DSEI Interior Sul, em 2027, passe de 54 EMSI para 82, saindo de uma média de 708 indígenas para cada EMSI passando para uma média de 466 indígenas por EMSI. Esse ganho representará uma ampliação de 52% do número de EMSI.

Acerca do atendimento médico, estima-se uma ampliação de 68% no número de médicos, passando de uma média de 1116 indígenas para cada médico, para uma média em 2027 de 780 indígenas por profissional. Estima-se que haverá uma ampliação de 50% no número de equipes de saúde bucal, saindo de 1 equipe para 950 indígenas para, em 2027, 1 equipe para cada 637 indígenas. Essas ampliações permitirão um atendimento direcionado às necessidades e qualificado, além de permitir uma maior permanência em área e a criação de vínculo com as comunidades.

Além disso, a ampliação dos recursos humanos permitirá a execução do projeto de duas Casas de Saúde Indígena (CASAI), uma em cada estado, permitindo assim, um local adequado para o atendimento do indígena que necessitar se deslocar do seu território e possibilitando a execução desta importante demanda da comunidade.

Quadro 18 - Demonstrativo da necessidade de ampliação de recursos humanos do DSEI Interior Sul, 2023.

Recurso Humano	Polo Base tipo I	Polo Base tipo II	CASA I	DSEI	Total	Programação			
						2024	2025	2026	2027
Médico(a)	0	20	2	0	22	5	6	6	5
Enfermeiro	0	26	4	1	31	7	10	9	5
Dentista	0	20	0	0	20	5	5	5	5
Técnico de Enfermagem	0	24	8	1	33	10	10	7	6
Agente Indígena de Saúde	0	44	0	0	44	11	12	11	10
Agente Indígena de Saneamento	0	77	0	0	77	17	20	20	10
Assistente Social	0	4	2	0	6	2	2	1	1
Farmacêutico	0	6	2	1	9	2	2	3	2
Fisioterapeuta	0	0	2	0	2	0	1	1	0
Nutricionista	0	4	2	0	6	1	2	2	1
Psicólogo		6	0	0	6	2	2	2	1
Epidemiologista	0	0	0	1	1	0	1	0	0
Administrativo/ Nível superior	0	2	0	5	17	4	4	5	4
Técnico em Informática/ Nível superior	0	0	0	4	4	1	1	1	1
Auxiliar de Logística	0	0	0	4	0	1	1	1	1
Antropólogo	0	0	0	1	1	1	0	0	0
Engenheiro (civil ou sanitário)	0	0	0	2	2	1	1	0	0
Engenheiro Eletricista	0	0	0	1	1	1	0	0	0
Geólogo	0	0	0	1	1	1	0	0	0
Químico	0	0	0	1	1	1	0	0	0
Técnico de Edificação	0	0	0	1	1	1	0	0	0
Técnico em saneamento ou eletrotécnico ou químico	1	18	0	1	20	7	7	5	2

Fonte: DSEIISUL/SESAI/MS, consolidado em outubro/2023.

5.3.2 Qualificação profissional

Partindo da análise da situação de saúde, verificou-se a necessidade de implementar ações com vistas à redução da mortalidade materna e infantil no Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul (DSEI/ISUL). Neste sentido, foram pensadas ações para qualificação da assistência ao Pré-natal, parto e puerpério e a atenção às crianças, sendo a estratégia AIDPI fundamental para tal ação. Da mesma forma, foi identificada a necessidade de implementar ações de qualificação à identificação,

manejo e vigilância das infecções sexualmente transmissíveis, em especial o HIV/Aids e a tuberculose. Agravos estes que, anualmente, provocam uma morte neste Distrito.

Verificou-se haver uma crescente de situações de violência interpessoal e autoprovocada neste Distrito, incluindo uma elevada mortalidade por suicídios. Neste sentido, identificou-se a necessidade realizar ações com foco na saúde mental. Por fim, tem a necessidade de atualização e alinhamento das ações de saúde bucal, com vistas à melhora dos indicadores de primeira consulta odontológica e tratamento concluído.

Quadro 19 - Número de trabalhadores do DSEI Interior Sul em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural (PPA)

Recurso Humano	Programação			
	2024	2025	2026	2027
Médico(a)	5	5	5	5
Enfermeiro	10	12	14	16
Dentista	8	8	10	12
Técnico de Enfermagem	22	20	24	25
Agente Indígena de Saúde	30	36	42	48
Agente Indígena de Saneamento	166	40	15	15
Assistente Social	2	2	2	2
Farmacêutico	6	6	6	6
Nutricionista	7	7	7	7
Psicólogo	7	7	7	7

Fonte: DSEIISUL/SESAI/MS, consolidado em outubro/2023.

Quadro 20 - Previsão das principais temáticas para formação profissional por ano, DSEI

Previsão das principais temáticas/prioridades	Ano
Ciclo de palestras resíduos sólidos, água, saneamento, territorialidade: território e saúde uma visão na ótica do saneamento	2024
Medicinas indígenas	2024 2025 2026 2027
Indígenas com deficiência e a interface com a saúde no território	2024 2025 2026 2027

Fonte: DSEIISUL, 2023.

Quadro 21 - Número de trabalhadores do DSEI Interior Sul em ações educativas de qualificação para atuação em trabalho em saúde (PPA)

Recurso Humano	Programação			
	2024	2025	2026	2027
Médico(a)	20	25	30	35
Enfermeiro	20	30	40	50
Dentista	32	32	32	40
Técnico de Enfermagem	60	80	70	60
Agente Indígena de Saúde	30	36	42	48
Agente Indígena de Saneamento	166	40	15	15

Assistente Social	3	3	3	3
Farmacêutico	6	6	6	6
Nutricionista	7	7	7	7
Psicólogo	7	7	7	7

Fonte: DSEIISUL, 2023.

Quadro 22 - Previsão das principais temáticas/prioridades para formação profissional

Previsão das principais temáticas/prioridades para formação profissional	Ano
Saúde mental e bem viver	2024
	2025
	2026
	2027
Vigilância do óbito materno, infantil e fetal	2024
	2025
	2026
	2027
Vigilância epidemiológica, investigação de campo, sistemas de informação em saúde	2024
	2025
	2026
	2027
Saúde das mulheres, crianças e vigilância alimentar e nutricional	2024
	2025
	2026
	2027
Saúde dos homens	2024
	2025
	2026
	2027
Doentes crônicos não transmissíveis	2024
	2025
	2026
	2027
Saúde bucal	2024
	2025
	2026
	2027
Oficina de planejamento avaliação e planejamento das ações do sesani/isul (duas por ano durante toda vigência do PDSI)	2024
	2025
	2026
	2027
Oficina com os aisans e técnicos dos pólos sobre proteção recuperação e execução de drenagem nas fontes (teórico e prática)	2024
	2026
Oficina sobre o uso de energia solar para sistemas de água e de instalação elétrica de baixa tensão SPDA para obras de engenharia-	2025
	2027
Manutenção de Sistemas de Abastecimento de Água com instalação de filtro lento e clorador artesanal, e uso do zelta Z –técnicos e aisans(teórico e prática)	2025
	2027
Ciclo de palestras resíduos sólidos, água, saneamento, captação subterrânea (tratamento e monitoramento da água) e participação em congresso e/ou treinamento externo para	2024
	2025
	2026

Previsão das principais temáticas/prioridades para formação profissional	Ano
atualização da área técnico SESANI	2027
Oficina sobre implantação de sistema de esgotamento alternativos em áreas indígenas – participantes técnicos e técnicos SESANI (teórico e prática)	2024 2026
Manutenção de sistemas de bombas e quadro de comando para técnicos e agentes indígenas de saneamento que lidam com esse sistema (teórico e prática)	2025 2027
Oficina para fiscalização de obras, serviços e procedimentos processuais (servidores e técnicos do SESANI/SEDE)	2024 2025
Oficina: Utilização de dados epidemiológicos para definição de indicadores para o saneamento (SESANI/DIASI)	2024 2026
Curso para utilização de softwares Autodesk (Autocad, Revit, Civil 3D, InRoads, Navisworks Manage, ReCap Pro, FormIt Pro, Advance Steel, Robot Structural Analysis Professional, Structural Bridge Design, Vehicle Tracking, Fabrication CASmep, 3ds Max, Insight) bem como suas atualizações para elaboração dos projetos elaborados pelo SESANI –	2024 2025 2026 2027

Fonte: DSEIISUL, 2023.

5.4 Infraestrutura de saneamento

O SESANI vem executando as ações nas 203 aldeias adstritas ao DSEI/ISUL as quais estão inseridas no SIASI e, nas demais que estão em processo de inserção ao SIASI.

Em relação ao número de aldeias adstritas ao DSEIISUL é sabido que há uma dinâmica na movimentação das comunidades indígenas de forma tradicional, bem como, provocada pelos conflitos internos em áreas indígenas do RS e SC homologadas e/ou demarcadas tendo como consequência o aumento de comunidades, e por vezes a mudança de toda a comunidade para outro município. Também, houve alterações no quantitativo de aldeias em TI pela FUNAI, isto é, Terras Indígenas com várias aldeias estão agrupadas em uma única. Como exemplo:

- As aldeias da Terra Indígena de Ligeiro (Sede, Agua Santa, Caixa D'água, Mata, Paraná) que estavam descritas como 5 estão agrupadas em uma: Ligeiro.
- Mesma situação para Terra Indígena de Nonoai as aldeias situadas no município de Planalto que estavam descritas como 7 estão agrupadas em uma: Pinhalzinho
- Para a aldeia situada em Montenegro houve a mudança para a nova localidade em Capela de Santana e, foi nomeada como Goj Kusug.
- A Aldeia Passo do Índio passou para ser atendida pelo Polo Nonoai.

No total houve a inclusão de 15 aldeias novas, logo o número de 197 passou para 203. Embora, o SIASI para este PDSI não consta a revalidação das 4 aldeias situadas em Mato Castelhana, o SESANI trabalha com elas individualmente e, demais acampamentos não inclusos no SIASI. O SESANI também estará elaborando processo de perfuração de poços para complementar alguns sistemas e/ou de aldeias que não tem captação. As aldeias estão listadas nos quadros para infraestrutura e se houver alguma aldeia nova será incluída.

O SESANI trabalha com base em dois programas: monitoramento da qualidade da água e o gerenciamento de resíduos sólidos. Para que se possa atingir metas saudáveis nesses programas, é necessário que a base forneça água em qualidade e quantidade suficientes. Para tanto, a construção de sistema de abastecimento de água, sistemas de esgotamento sanitário e destino correto nos descarte dos resíduos nas aldeias será indicativo de bem-estar em uma comunidade.

Água, terra, fogo são elementos do cotidiano nas comunidades indígenas. Água representa a vida, que sacia a sede, que fornece alimento, que faz a vida crescer no entorno. Sem água não há como sustentar a vida numa comunidade. Se faz necessário a preservação da mata, dos rios e das fontes, pois muitas áreas são de retomadas as quais se encontravam com o ambiente em estado de degradação. A forma que as comunidades verem a água livre por meio das chuvas, dos rios, dos pontos altos (morros) difere da forma da água que sai das torneiras. Devido à situação hídrica que ambos os estados que compõe o DSEI/ISUL atravessou nos últimos 10 anos, ocorre uma grande demanda por reservatórios, ao compreenderem não haver água tão disponível como no passado. Em muitas aldeias ocorre movimento por preservação das fontes.

Em relação ao sistema de tratamento da água ocorre uma não aceitação da cloração, principalmente em comunidades da etnia guarani. E outras, às vezes o sistema é interrompido devido a troca de AISAN. A equipe do PMQAI vem realizando um trabalho de convencimento com a comunidade em efetuar a cloração de forma contínua. E nas reuniões do CONDISI sempre é esclarecido a necessidade de termos os AISAN capacitados permanecerem no serviço sem essa rotatividade que existe por questões políticas da aldeia.

Deve-se buscar novas alternativas para não ser necessário realizar a cloração por meio de tecnologias. Há um trabalho da equipe do PMQAI em convencer a comunidade a efetuar a cloração de forma contínua.

A questão do resíduo sólido há uma grande movimentação nas comunidades para ter lugar adequado para o depósito desse material. Se discute muito nas rodas de conversas que saúde se estende além do corpo e a natureza também faz parte da nossa saúde, logo não podemos jogar “lixo no chão”. Como a responsabilidade do serviço de coleta é das prefeituras e a maioria das aldeias está nas áreas rurais, a rotina dessa coleta em geral ocorre de forma quinzenal ou mensal, por isso muitas vezes utiliza-se a queima do lixo nas aldeias. Observa-se também que garrafa pet, sacos de alimentos e fraldas descartáveis, bem como roupas são queimados.

Atualmente 81,5% das aldeias do DSEI/ISUL contam com o destino adequado dos resíduos sólidos (coleta do resíduo realizado pela prefeitura, compostagem, aterro sanitário de pequeno porte - ABNT 15849/2010), sendo contempladas com a coleta regular dos resíduos sólidos pelas prefeituras municipais. Esta coleta é realizada de forma semanal com no mínimo uma coleta, entretanto algumas aldeias situadas em municípios de grande porte essa rotina passa a ser até três vezes na semana com coleta do resíduo seletivo com rotinas.

O aumento do percentual ao longo dos próximos anos depende da capacidade dos municípios em incluir as aldeias que estão de fora, em seus roteiros de coleta, uma vez que o DSEI/ISUL não possui contrato com empresa para realizar a coleta de destinação final dos resíduos sólidos domésticos, não é possível prever um aumento de percentual a depender de outra gestão, neste caso a municipal.

Outro fator importante são as estradas de acesso às aldeias que em alguns casos impossibilita em tempo de alto índice pluviométrico o acesso. Considerando que o atual percentual de destinação do DSEI/ISUL supera a meta Brasil, os esforços em manter a porcentagem de destinação, ainda, considerando-se o surgimento de novas aldeias/acampamento que surgirão ou ao longo dos próximos quatro anos, que conseqüentemente impactam no resultado do percentual atual.

Importante salientar que para os novos acampamentos e/ou aldeias já existe uma articulação com o município para inserir as novas comunidades na rota do caminhão de coleta.

O gerenciamento de resíduos domésticos é considerado “implementado” quando se realiza a SESAI mediante a realização de inspeção sanitária de forma sistemática nas aldeias, ou seja, mensalmente, agregadamente às ações educativas. Considera-se gerenciamento de resíduos sólidos implementado em determinada aldeia quando atender simultaneamente os seguintes critérios:

- I. realização mensal de inspeção sanitária na aldeia indígena;
- II. realização mensal de atividades de educação em saúde na aldeia indígena;
- III. realizar a inspeção sanitária e a atividade de educação em saúde em $\geq 75\%$ meses, que corresponde a 9 meses do ano.

A equipe do SESANI possui dificuldade em executar a cobertura de inspeção sanitária nas aldeias com destinação adequada em sua totalidade. A inspeção sanitária realizada pelos técnicos está sendo executada de uma forma mais geral, com a identificação das condições da disposição dos resíduos sólidos nos contêineres/lixeiros coletivos e as orientações pertinentes são geralmente repassadas aos AISAN e/ou lideranças.

Considerando que os AISAN somam 83% da equipe lotada no SESANI, seria importante que a SESAI implementasse no DSEI/ISUL, nos próximos 4 anos, o programa nacional de qualificação de AIS e AISAN e, programas de qualificação para a comunidade em geral, de conscientização da preservação da saúde por meio do descarte correto do resíduo sólido.

Quando se fala em sistema de abastecimento de água ocorrem vários conceitos que muitas vezes podem acarretar erros de interpretações.

O distrito, por meio de sua equipe (técnicos e AISANS) realizam muitas instalações provisórias e/ou ampliações de rede compostas por captação, com ou sem tratamento, reservação, rede de distribuição e ramais em aldeia sem abastecimento de água para ser algo provisório, visto que o tempo necessário para elaboração até a execução de uma obra e o número significativo de aldeias, a comunidade não pode ficar sem água. Portanto, ao se responder às planilhas com a pergunta se tem SAA a resposta acaba sendo, sim.

Logo, ao realizar obra de SAA é conceitualmente denominada como reforma ou ampliação, acaba não contribuindo para o aumento desta meta, apenas a mantendo. Para exemplificar, o esforço e investimento empregado nestes projetos não irá aumentar o percentual da meta, porém certamente qualificará positivamente o percentual atualmente atingido. Para este PDSI 2024-2027 foram contemplados 26 sistemas novos e 21 sistemas com reforma e ampliação.

Para as aldeias onde os sistemas serão totalmente novos, deste a captação até a distribuição, com aumento de população, o Distrito está considerando como novos.

O desafio atual do DSEI é manter os sistemas existentes ou substituir os existentes que estão no fim de sua vida útil, e sistemas afetados pela forte estiagem ocorrida nos últimos 5 anos para os Estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul ou ainda não contemplam toda a população de determinadas aldeias.

O DSEI/ISUL ainda tem como desafio substituir pontos de captação seja por captação subterrânea e/ou superficial afetadas pela estiagem e por eventos climáticos do tipo enchentes., para tanto será montado processo de perfuração de poços.

O sucateamento e/ou sistemas provisórios propiciam uma má gestão da qualidade da água, por mais que se tente executar ações preventivas e corretivas. Também, devido ao surgimento de novas aldeias, e que sejam de pequeno porte, por meio de sua equipe técnica, o DSEI/ISUL, elabora e executa os projetos de redes de águas.

Então, diante desse cenário, o resultado mais gratificante dessas obras é a entrega de água tanto em qualidade e quantidade suficiente para atender a comunidade. Nas aldeias de abrangência do DSEI/ISUL, ocorre um déficit de MSD significativo. Com exceção de uma aldeia onde todas as casas têm banheiros, as demais não chegam nem a 10% das famílias com banheiro.

Inclusive importante salientar, que muitos dos nossos AISANS em suas residências não possuem MSD. Algumas aldeias existem MSD Coletivo, porém, em nenhuma delas a quantidade de MSD atende as comunidades em sua totalidade.

A maioria dos sistemas de esgotamento sanitário, nas aldeias de abrangência do DSEI/ISUL, estão com a sua capacidade saturada ou foram construídos sem técnica adequada. Todos os processos de MSD que foram construídos e/ou que estão em tramitação foram por ordem judicial.

O Distrito por meio do setor SESANI está organizando um inventário sanitário para contabilizar a necessidade de novos MSD e/ou a manutenção dos existentes. Para tanto, está sendo previsto nesse PDSI a elaboração de projeto de novos MSD, a manutenção e processo de limpeza de fossas, bem como a construção de novos sistemas de esgotamento sanitário.

Atualmente, o programa de monitoramento de qualidade da água do DSEI consegue contemplar mensalmente aproximadamente 79 aldeias, variando-se este resultado mês a mês, dependendo das condições logísticas, climáticas e de recursos

humanos disponíveis. A execução do programa já opera próxima do limite das condições e recursos existentes no distrito. Alguns fatores limitantes podem ser elencados neste cenário:

- Compartilhamento da programação mensal dos técnicos de saneamento com as manutenções que os SAA demandam, restando poucos dias para execução do monitoramento;
- Indisponibilidade de carro exclusivo para a execução das atividades do MQAI em cada um dos Polos Base.
- Morosidade na tramitação de compra de equipamentos para substituir os danificados.

Em Polos Base de grande extensão territorial, como Passo Fundo e Porto Alegre, para a ampliação da cobertura do programa é necessária realocação de técnicos e carros exclusivos para o programa.

Para que se possa executar as ações em saneamento nas aldeias, as quais compreendem desde uma roda de conversa até a elaboração de projetos seja de água ou edificações, bem como a implantação de programas de monitoramento da qualidade da água e de gerenciamento de resíduos sólidos se faz necessário aquisição de materiais, de serviços complementares e essenciais os quais são listados no quadro de obras e serviços anexo a este PDSI, sendo que os demais que porventura se fazem necessários serão instruídos pela equipe técnica do SESANI/ISUL.

Quadro 23 - Caracterização das aldeias sobre infraestrutura de saneamento, DSEI Interior Sul, 2023

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 a queima de resíduos na aldeia	Nº de aldeias com infraestrutura de água	Nº de aldeias com Esgotamento Sanitário adequado
Araquari	12	10	12	12	3	0
Barra Do Ribeiro	13	11	13	10	2	1
Chapecó	4	0	4	4	4	0
Florianópolis	13	13	13	8	3	0
Guarita	17	12	17	8	15	0

Ipuaçu	14	10	14	12	6	0
José Boiteux	10	9	10	10	7	0
Nonoai	15	15	15	5	15	0
Osório	9	4	9	5	8	1
Passo Fundo	51	49	51	23	43	0
Porto Alegre	36	25	36	6	24	1
Viamão	9	7	9	1	7	0
Total	203	168	206	105	137	3

Fonte: SESANI/DSEIISUL/SESAI/MS, 2023.

Quadro 24 -Tecnologias de tratamento de água mais utilizadas, DSEI Interior Sul, 2023

Polo Base	Nº de Aldeias	Nº de aldeias somente clorador	Nº de aldeias somente filtração	Nº de aldeias filtração e Clorador	Nº de aldeias sem tratamento	Nº de aldeias que são atendidas por concessionária *	Nº de aldeias que são atendidos por caminhão pipa
Araquari	12	0	3	5	3	1	3**
Barra Do Ribeiro	13	1	0	1	11	0	5**
Chapecó	4	4	0	0	0	0	3**
Florianópolis	13	0	2	4	7	0	0
Guarita	17	14	0	0	3	1**	15**
Ipuaçu	14	3	0	2	7	1	5**
José Boiteux	10	0	0	9	1	0	0
Nonoai	15	8	0	0	3	4	3**
Osório	9	3	0	1	4	0	1
Passo Fundo	51	25	0	0	11	9	6**
Porto Alegre	36	2	0	0	9	12	13
Viamão	9	2	1	0	1	4	1
Total	203	79	27	0	59	34	45

Fonte: SESANI/DSEIISUL/SESAI/MS, outubro/2023.

Legenda: (*) Considerando como concessionária: companhia, prefeitura e departamento de água; (**) parte da aldeia concessionária parte é sistema próprio.

Quadro 25 - Tecnologias de tratamento e disposição final de esgotamento mais utilizada, DSEI Interior Sul, 2023

Polo Base	Nº de Aldeias	Nº de aldeias com fossa séptica e sumidouro	Nº de aldeias com tanque de evapotranspiração	Nº de aldeias com fossas rudimentares	Nº de aldeias atendidas por concessionária	Nº de aldeias corpos hídricos
Araquari	12	10	6*	12	0	0
Barra do Ribeiro	13	3	0	10	0	1
Chapecó	4	4	0	4	0	0
Florianópolis	13	10	1	10	0	0
Guarita	17	15	0	15	0	0
Ipuaçu	14	14	0	14	0	0
José Boiteux	10	10	0	10	0	0
Nonoai	15	15	0	15	0	0
Osório	9	8	1	9	0	0
Passo Fundo	51	51	0	51	0	0
Porto Alegre	36	35	1	34	1	0
Viamão	9	6	0	9	0	1
Total	203	181	9	193	1	2

Fonte: SESANI/DSEIISUL/SESAI/MS, outubro/2023.

(*) Obra em execução.

Quadro 26 - 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
Araquari	Pindoty	73	2024
Araquari	Tarumã Mirim	13	2024
Araquari	Tarumã Br	48	2024
Araquari	Ka'aguy Mirim	4	2024
Chapecó	Konda	1122	2024
Florianópolis	Kuryí (Amaral)	113	2024*
Florianópolis	Cambirela	13	2024
Ipuaçu	Pinhalzinho	1547	2024
Ipuaçu	Água Branca, Barro Preto E Manduri/Ipuaçu	503	2025
Araquari	Yviti Jecupe	30	2025
Barra Do Ribeiro	Guapoý	47	2025
Barra Do Ribeiro	Yvy Poty	42	2025
Barra Do Ribeiro	Tekoa Mirim	108	2025

Polo Base	Aldeia	População	Ano de previsão de implantação de infraestrutura de água
Barra Do Ribeiro	Guavira Poty (Três Bicos)	12	2026
Barra Do Ribeiro	Ivy À Poty (Flor Da Serra)	52	2026
Barra Do Ribeiro	Tenondé (Passo Da Vitorina)	56	2026
Porto Alegre	Goj Kusûg	84	2027
Passo Fundo	Itaúba	45	2027
Passo Fundo	Kéty Jug Tegtú	53	2027
Chapecó	Guarani do Araçi	159	2027
Guarita	Linha Mó	40	2027
Guarita	Linha São Paulo	252	2027
Porto Alegre	Guajayvi (Carola)	93	2027
Porto Alegre	Araçaty	46	2027
Porto Alegre	Mineração(Piquiri)	40	2027
Porto Alegre	Forqueta	22	2027

Fonte: SESANI/DSEIISUL/SESAI/MS, outubro/2023.

Nota: 2024* processo em obra

Quadro 27 - 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
Florianópolis	Pirá Rupá (Maciambu)	169	2024*
Florianópolis	Itaty (M. Cavalos)	57	2024*
Florianópolis	Yyakã Porã	167	2024*
Florianópolis	Yynn Moroty Wherá (M`Biguaçu)	27	2024*
Florianópolis	Comunidade Amâncio	103	2024*
Nonoai	Aeroporto	731	2024**
Nonoai	Pinhalzinho (4ª Seção, Conceição, Ivaí, São Braz e Vila Cruzeiro)	1303	2025
Florianópolis	Praia De Fora	27	2025
Guarita	Inhacorá Sede	1348	2025
José Boiteux	Coqueiro	353	2025
José Boiteux	Palmeira	442	2025
Ipuaçu	Sede	1779	2025
Passo Fundo	Bela-Vista-Linha Polita	83	2025
Guarita	Estiva	549	2026
Guarita	Irapua	627	2026
Guarita	Missão	747	2026
Guarita	Pau Escrito	484	2026

Polo Base	Aldeia	População	Ano de previsão de reforma e/ou ampliação de infraestrutura de água
Guarita	Santo Antonio	487	2026
Chapecó	Toldo Chimbangue II	630	2027
Nonoai	Nonoai-Sede	696	2027
Nonoai	Goj Vêso	121	2027
Passo Fundo	Saltinho	161	2027
Passo Fundo	Ligeiro	1313	2027

Fonte: SESANI/DSEIISUL/SESAI/MS, 2023.

Quadro 28 - Previsão de sistema de esgotamento sanitário por aldeia no DSEI Interior Sul

Polo Base	Aldeia	População	Ano de previsão de implantação de infraestrutura de esgotamento sanitário
Araquari	12	643	2024
Barra Do Ribeiro	13	584	2027
Chapecó	4	2002	2024
Florianópolis	13	1093	2027
Guarita	17	8101	2027
Ipuaçu	14	6430	2027
José Boiteux	10	2369	2024
Nonoai	15	5973	2027
Osório	9	417	2027
Passo Fundo	54	8109	2027
Porto Alegre	36	1841	2027
Viamão	9	680	2027
Construção de MSD			
Araquari	Diversas	106	2024*
Chapecó	Kondá	1122	2024
José Boiteux	Diversas	2369	2024
Florianópolis	Diversas	-	2025
Ipuaçu	Diversas	-	2025-2027
Aldeias nos Estados de SC e RS	A definir**	-	2025-2027

Fonte: SESANI/DSEIISUL/SESAI/MS, outubro/2023.

Nota: * Processo em obra; **A definir - será efetuado diagnóstico em campo em 2024.

5.5 Meio de transporte

O acesso das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) às 206 aldeias, acontece, predominantemente, por via terrestre. No DSEI/ISUL apenas 1 aldeias (Polo Base Viamão – Ilha Grande (Ilha dos Porcos)) tem acesso exclusivo por via fluvial. Há, ainda, 4 aldeias que possuem acesso misto, sendo elas: Jacutinga, Rio da Várzea – Sede, Pinheiro Baixo e Linha Veiga.

Todas essas 4 aldeias fazem parte da área de abrangência do Polo Base Passo Fundo. Os quadros abaixo apresentam a caracterização do acesso às aldeias por tipo de transporte no DSEI/ISUL e o resumo da caracterização.

O DSEI/ISUL está em fase de elaboração do plano de transporte, que deverá estar concluído até o final do primeiro trimestre de 2024. O objetivo é que este plano seja atualizado anualmente.

O DSEI/ISUL monitora os contratos administrativos relacionados ao transporte (contratos de locação de veículos e/ou embarcações, horas-voo, mão de obra de condutores, sejam motoristas ou pilotos fluviais, manutenção de veículos e/ou embarcações, entre outros), através de planilhas dos contratos e quadros de controle interno, com a devida atenção à data de término de vigência de cada contrato. Além das planilhas de monitoramento, há um controle das contratações com base nos dados inseridos no sistema COMPRASNET, no módulo CONTRATOS.

Geralmente, quatro meses antes de findar a vigência, o DSEI averigua o interesse da empresa em renovar o contrato, caso contrário, o setor de contratação do DSEI já inicia a instrução de uma nova contratação a fim de evitar a desassistência dos serviços.

Anualmente, o DSEI realiza um estudo interno com base nas demandas e necessidades que surgem ao longo do ano e na análise da execução dos contratos de transporte, a fim de verificar a necessidade de acréscimo ou supressão dos contratos, ou também, de readequação ou inclusão de alguma contratação.

A equipe de transporte do DSEI está em fase de estruturação, não há um instrumento formalizado ainda. Devido a carência de pessoal, hoje a equipe de transporte conta com 4 pessoas, que cuida de forma cooperativa da gestão da frota, manutenção dos veículos, abastecimento e multas. O objetivo do DSEI é ter um instrumento formalizado até o final do primeiro trimestre de 2024.

Quadro 29 - Caracterização do acesso às aldeias por tipo de transporte no DSEI Interior Sul, 2023

Meios de Acesso às aldeias indígenas	Número de aldeias	Percentual de aldeias
Terrestre	201	97,57%
Terrestre e Fluvial	4	1,94%
Fluvial	1	0,49%
Aéreo	0	0%
Total de aldeias	206	100%

Fonte: SELOG/DSEIISUL/SESAI/MS, outubro/2023

Quadro 30 - Número de veículos e equipamentos de transporte por tipo, DSEI Interior Sul, 2023

Tipo	Quantidade	Previsão Anual da necessidade
Picape	59	100
Van	2	4
Unidade Odontológica Móvel (UOM)	2	4
Carro Passeio	68	77
Caminhão	5	5
Utilitário (SUV)	8	10
Unidade Móvel de Saúde	0	2
Barco a motor	0	1

Fonte: SELOG/DSEIISUL/SESAI/MS, outubro/2023.

5.6 Controle social

O Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI) é responsável por acompanhar e avaliar a execução das ações da atenção à saúde, edificações de saúde e determinantes ambientais na comunidade, além de encaminhar proposições ao Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), como também manifestar-se sobre assuntos que diz respeito às deliberações de atenção à saúde no território indígena.

O Conselho Distrital de Saúde Indígena tem o papel de monitorar, debater e apresentar políticas para o fortalecimento da saúde indígena.

Os Conselhos Locais de Saúde Indígena do Interior Sul - CLSI, foram criados em consonância com as propostas, diretrizes e políticas estabelecidas pela Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, que dispõe sobre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS - SasiSUS, instituído nos termos da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e da Resolução CNS/MS nº 453, de 10 de maio de 2012 e Portaria Ministerial GM/MS nº 3.021, de 04 de novembro de 2020, sendo um órgão colegiado, consultivo, propositivo e de natureza permanente para o exercício de controle social

das ações de saúde indígena no âmbito das Aldeias/Comunidades Indígenas dos estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul, vinculado jurídica e administrativamente aos 12 Polos Base do DSEI Interior Sul, nos municípios de Araquari/SC, José Boiteux/SC, Florianópolis/SC, Ipuáçu/SC, Chapecó/SC, Passo Fundo/RS, Nonoai/RS, Porto Alegre/RS, Viamão/RS, Barra do Ribeiro/RS, Osório/RS, Guarita/RS, do Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul.

O Conselho Distrital de Saúde Indígena Interior Sul - CONDISI/ISUL, foi criado em consonância com as diretrizes, propostas e políticas estabelecidas pela Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, a qual dispõe sobre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena - SasiSUS, instituído nos termos da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e da Resolução CNS/MS nº 453, de 10 de maio de 2012 e Portaria Ministerial nº 3.021, de 04 de novembro de 2020, sendo um órgão colegiado, deliberativo e de natureza permanente para o exercício do Controle Social das Ações de Saúde Indígena, vinculado jurídica e administrativamente ao Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul– DSEI/ISUL.

A participação dos indígenas nos órgãos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas de saúde ocorre com a seguinte organização:

Conselhos Locais, com um total de 160 usuários indígenas. Conselho Distrital com um total de: 72, sendo 36 usuários, 18 trabalhadores e 18 Gestores.

A seguir, apresenta-se os quadros demonstrativos com o número de representantes de cada conselho e necessidades do aumento no número de vagas, assim como as atividades programadas para execuções anuais 2024-2027.

Quadro 31 - Total de conselheiros locais, distritais e assessor indígena no DSEI Interior Sul, 2023

Descrição	2023	Atualização 2024	Total
Conselheiro Local	160	18	178
Conselheiro Distrital	72	72	72
Assessor Indígena	2	2	2

Fonte: CONDISI/DSEI/ISUL/SESAI/MS, outubro/2023.

Considerando que o DSEI Interior Sul contabiliza 206 aldeias, e com probabilidade para abertura de novas comunidades, observa-se a necessidade no acréscimo da quantidade de conselheiros locais, tendo em vista que, as comunidades sem representantes no conselho e estas já vem solicitando a oportunidade de participação.

Quadro 32 - Previsão de capacitação anual de conselheiros locais e distritais do DSEI Interior Sul

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

Fonte: CONDISI/DSEIISUL/SESAI/MS, outubro/2023.

O Conselho Distrital de Saúde Indígena Interior Sul- CONDISI/ISUL, organiza um cronograma para execução anual, contemplando as reuniões do Conselho Local de Saúde Indígena- CLSI e Conselho Distrital, bem como as capacitações voltadas para qualificação e fortalecimento do Controle Social.

Além de abranger as atividades específicas dos conselhos estabelecidas regimentalmente, os integrantes dos conselhos e demais usuários indígenas, participam com assento assegurado nos conselhos de saúde municipais e estaduais, as quais são de grande valia para garantia de atendimentos de qualidade aos usuários indígenas advindos do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SasiSUS. Abaixo, apresenta-se o plano de previsão de participação anual nas ações mencionadas.

Quadro 33 - Previsão de reuniões dos Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI) e Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), DSEI Interior Sul

Denominação do Evento	Local	Período
Reunião de Conselho Distrital	Santa Catarina/Rio Grande do Sul	Maior, Agosto e Dezembro (2024, 2025, 2026, 2027)
Capacitação de Conselho Distrital	Santa Catarina	Agosto (2024, 2025, 2026, 2027)
Reunião de Conselho Local	Santa Catarina/Rio Grande do Sul	Junho e Novembro (2024, 2025, 2026, 2027)
Capacitação de Conselho Local	12 Polos Base	Janeiro a Dezembro (2024, 2025, 2026, 2027)
Reunião do conselho municipal	12 Polos Base	Janeiro a Dezembro (2024, 2025, 2026, 2027)
Reunião do conselho estadual	Santa Catarina/ Rio Grande do Sul	Janeiro a Dezembro (2024, 2025, 2026, 2027)

Fonte: CONDISI/DSEIISUL/SESAI/MS, outubro/2023.

Quadro 34 - Previsão de reuniões dos conselhos locais e Distritais de Saúde Indígena, DSEI Interior Sul

Reuniões: CLSI, CONDISI	Total de Participantes	Local	Período/Quantidade			
			2024	2025	2026	2027
CLSI	160	Porto Alegre/RS	2	2	2	2
CONDISI	72	Florianópolis/SC	3	3	3	3
Total Anual			5	5	5	5

Fonte: CONDISI/DSEIISUL/SESAI/MS, outubro/2023.

O acompanhamento das atividades realizadas pelo Controle Social, é realizado através de planilhas mensais, das quais contemplam informações detalhadas sobre a execução das atividades, bem como são inseridas nos sistemas SEI e na plataforma

Transferegov. Sendo estas: Relatórios de Acompanhamentos, Relatórios Técnicos e outros.

A saber, o acompanhamento da efetividade das ações de atenção integral nas aldeias, bem como do acompanhamento da execução financeira é realizado assiduamente, haja vista o CONDISI/ISUL ser bastante atuante e participativo na realização de visitas técnicas e de supervisão nos Polos Base e nas aldeias, com também das demais atividades exercidas pelo DSEI/ISUL, como: Licitações, Processos Seletivos, acompanhamento e visita de pacientes, entre outras atividades rotineiras e essenciais para o desenvolvimento da saúde indígena.

Considerando o exposto acima em consonância com as diretrizes da PNASPI, o CONDISI tem como principais atribuições apresentar e operar políticas/estratégicas para o fortalecimento da assistência assim como: acompanhar, monitorar, debater e fiscalizar a execução das ações de atenção integral e determinantes ambientais. Segue abaixo, quando descritivo com as atividades previstas pelo Controle Social para o efetivo cumprimento de seu papel, quanto ao acompanhamento, fiscalização e monitoramento dos serviços de saúde desenvolvidos pelo DSEI/ISUL.

5.7 Recursos financeiros – SEOFI

Considerando que tanto a execução orçamentária quanto a execução financeira dependem do que o órgão central em Brasília envia periodicamente, o SEOFI/ISUL dará continuidade ao atendimento dos prazos de solicitação e de execução necessários para manter as metas estipuladas.

A execução financeira é efetuada conforme envios das notas fiscais por parte dos fiscais de contrato acompanhado da solicitação financeira, dependendo exclusivamente da disponibilidade de recurso enviada pelo órgão responsável (SEPOR/SESAI). O comprometimento de executar as despesas seguirá o padrão e os prazos das normas legislativas.

Tendo em vista os dados levantados pelo órgão a nível central, SEFOR/SESAI, observou-se que, no período do PDSI 2020/2023, foram executadas despesas de custeio e despesas de investimento. Entende-se que as de custeio estão relacionadas à manutenção de serviços criados anteriormente e que as de investimento envolvem obras, aquisição de imóveis, de materiais permanentes, de instalação, entre outros. Desse modo, observou-se que houve execução de despesas de custeio (de pessoal,

de transporte, de estrutura, de saúde e de alimentação e de outras), assim como de despesas de investimento (obras, investimento em saúde, aquisições de mobiliário e outros investimentos).

As maiores despesas executadas são de pessoal e de obras, abrangendo mais de 50% do total orçamentário disponibilizado. Desse modo, para 2024/2027, entende-se que essas continuarão a ter o maior montante quando comparado às outras despesas. Já as menores despesas executadas são ligadas à alimentação, à saúde e à aquisição de mobiliário e, para 2024/2027, elas dependerão das necessidades apontadas pelos setores responsáveis conforme planejamento

É possível observar, através dos dados informados pela SESAI, que os valores empenhados e executados aumentaram a cada ano desde 2020. Embora empenhados, é mais relevante citar o que foi efetivamente gasto, pois significa que o DSEI/ISUL efetivamente utilizou o crédito orçamentário e o recurso financeiro. Arredondando valores, considera-se os valores pagos: R\$ 23 milhões (2020), R\$ 25 milhões (2021), R\$ 32 milhões (2022) e 23 milhões (até agosto/2023). Seguindo a lógica, supõe-se que o valor total em 2023 ultrapassará R\$ 32 milhões. Portanto, entende-se que, para 2024/2027, os valores empenhados e executados ultrapassam esse valor, prevendo, então, um aumento significativo das despesas de custeio e de investimentos.

O SEOFI/ISUL tem como objetivo diário executar o máximo possível dos valores de crédito disponibilizados para empenho, por isso, no ano de 2022, a média de execução estava em torno de 93%. Desse modo, a meta para execução de orçamento é de 94% (2024), 95% (2025), 97% (2026) e 98% (2027).

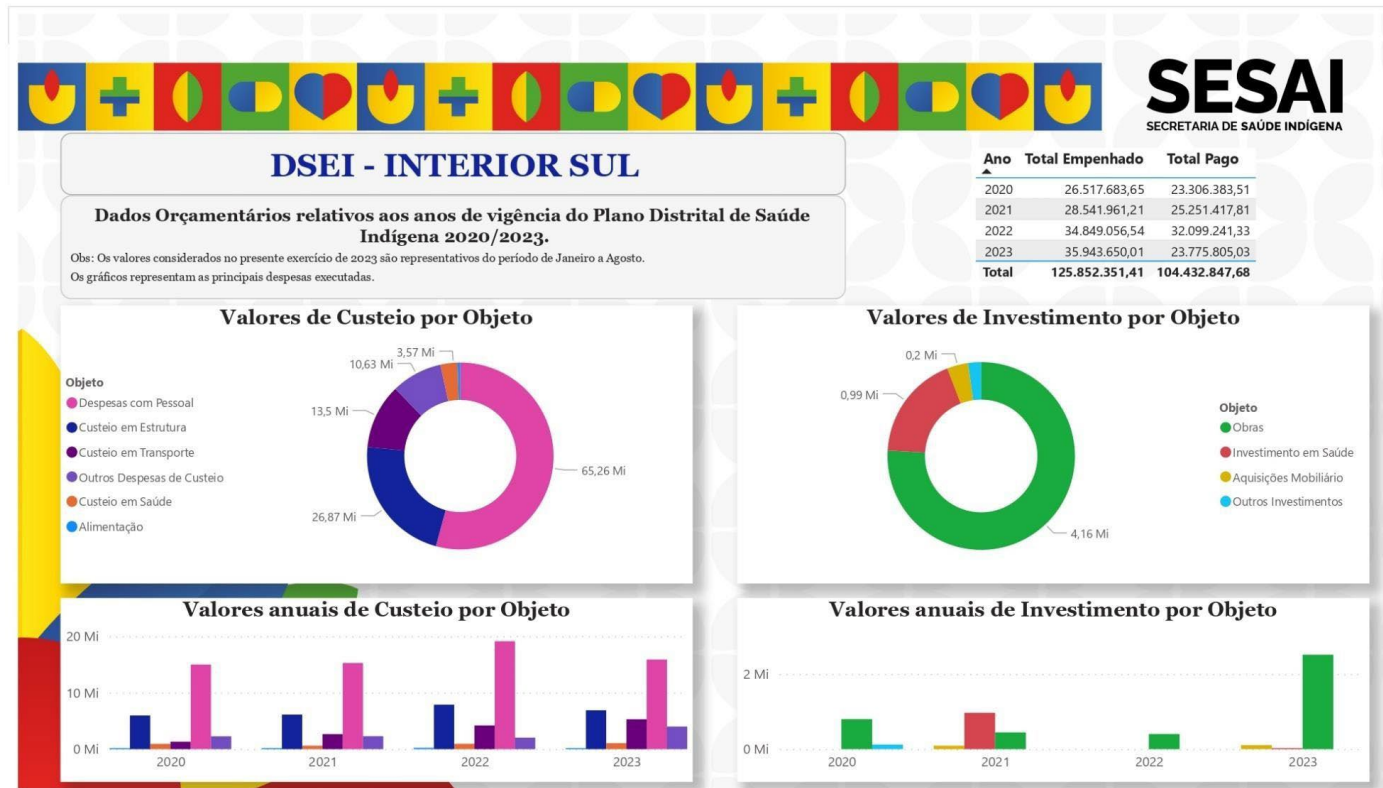
Considerando que tanto a execução orçamentária quanto a execução financeira dependem do que o órgão central em Brasília envia periodicamente, o SEOFI/ISUL dará continuidade ao atendimento dos prazos de solicitação e de execução necessários para manter as metas estipuladas.

A execução financeira é efetuada conforme envios das notas fiscais por parte dos fiscais de contrato acompanhado da solicitação financeira, dependendo exclusivamente da disponibilidade de recurso enviada pelo órgão responsável (SEPOR/SESAI). O comprometimento de executar as despesas seguirá o padrão e os prazos das normas legislativas.

A respeito da recomendação 2.2., sobre preenchimento da planilha Recursos/Orçamento, da distribuição dos valores dos contratos atuais e futuros por Polo Base e por UBSI, informa-se que devido à complexidade da tarefa e pela reduzida força de trabalho, o DSEI/ISUL conseguiu realizar a divisão dos seus contratos em valores por Polo Base. Devido à grande quantidade de aldeias e UBSI pertencentes a este DSEI, devido a constante dinâmica das necessidades e devido ao parâmetro utilizado na formalização e gestão dos nossos contratos, é impossível extrair com exatidão a divisão dos valores contratuais por UBSI. Posto isso, a orientação foi de realizar a divisão apenas por Polo Base e justificar a não inclusão por UBSI.

Informa-se, também, que alguns contratos como os de locação de imóvel e do serviço de correios, que na planilha original enviada pela CGPO constava o valor total considerando o intervalo de 5 anos, foi alterado esses valores para “valor anual”, para que houvesse uma padronização, uma vez que todos os valores dos demais contratos tinha por base o período de 1 (um) ano.

Figura 9 - Dados orçamentários relativos aos anos de vigência do Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Interior Sul, 2020-2023



Fonte: SESAI/MS, outubro/2023.

6. AVALIAÇÃO DO PDSI 2020-2023

6.1. Estratégia 1. Atenção à Saúde: Qualificação das ações e equipes de saúde indígena que atuam nos DSEI/SESAI

Quadro 35 - Resultado 1: Crianças indígenas menores de 5 anos com esquema vacinal completo

2020		2021		2022		2023*	
Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado
87%	82,25%	88%	84,9%	89%	90,4%	90%	87,23%

Fonte: Planilhas padronizadas de imunização encaminhadas trimestralmente à SESAI via Processo SEI (Janeiro 2021, Janeiro 2022, Janeiro 2023, Setembro 2023 em revisão). Dados parciais, sujeitos à alteração.

As metas de cobertura vacinal não foram atingidas nos anos de 2020 e 2021 devido à situação pandêmica enfrentada.

Já em 2022, a contribuição para o alcance das metas relacionadas à cobertura de esquema vacinal completo, foi o engajamento e comprometimento das equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) com a imunização, bem como, o apoio da gestão deste DSEI.

Mesmo durante a pandemia, houve constante capacitação dos profissionais de enfermagem em assuntos relacionados à imunização de forma online em virtude dos protocolos exigidos de distanciamento social. A capacitação em sala de vacina e rede de frio retornou, de forma presencial, em 2021. Outros temas relacionados à imunização e vigilância epidemiológica das doenças imunopreveníveis, também foram discutidos com as EMSI tanto de forma online quanto de forma presencial por meio de oficinas multidisciplinares ou ainda por meio de treinamento em serviço in loco em momento de supervisão técnica.

O envio sistemático, pelos Polos Base/EMSI, das informações de vacinação para a área técnica deste DSEI, proporcionou uma análise mais pontual das áreas indígenas que necessitavam de intervenção para a melhoria de coberturas e

esquemas vacinais. Desta forma, pode-se articular com outras instâncias, bem como planejar ações voltadas para locais específicos.

Ações de imunização, pré-estabelecidas, como o Mês de Vacinação dos Povos Indígenas (MVPI) e Campanhas de vacina contempladas em ações de saúde, também contribuíram para o resgate de faltosos.

A articulação com os Estados, coordenadorias regionais de saúde, regionais de saúde e municípios também favoreceram para o alcance das metas.

O apoio do Ponto Focal de Imunização em área, seja em supervisões, ações e execução de vacinação em campo bem como treinamento em serviço, também favoreceu para que as equipes estivessem mais fortalecidas para o trabalho após o período pandêmico.

Das fragilidades encontradas durante estes 3 anos e meio além da pandemia, destaca-se a recusa de lideranças indígenas na autorização de vacinação da sua comunidade, em locais específicos. Recusa de tutores na administração de mais de uma vacina no mesmo dia. Alta rotatividade de profissionais já capacitados em sala de vacina e atuantes em área, dificuldades em receber informação de histórico vacinal de outros DSEI e ainda informações vacinais de indígenas que retornaram da cidade para aldeia no período da pandemia. Conflitos, inclusive armados, em área indígena com afastamento da EMSI por determinados períodos. O sistema oficial de registro de vacinados (SIASI) utilizado pela SESAI até 2022 ainda possuía inconsistências para extração de informações, fazendo com que os profissionais necessitassem utilizar outros meios paralelos para o registro de informação de vacinados. O SIPNI Campanha, iniciou a ser utilizado em fevereiro de 2021 para registro das vacinas contra covid-19 da população indígena, mas, ainda carece da possibilidade, para a área técnica ou responsável pela digitação dos registros de vacinados, a extração de informações necessárias para controle da população vacinada.

Ainda em 2023, algumas ações de execução de vacinação em área, pelo Ponto Focal de imunização em conjunto com as EMSI das aldeias, foram realizadas visando a busca de faltosos e complemento de esquemas vacinais, mas ainda há dificuldade em virtude da falta de distribuição de imunobiológicos como, por exemplo:

vacina pneumocócica 23 - valente (Pneumo 23), vacina tetra viral (SCRV), vacina oral contra a poliomielite (VOP) e BCG-ID, esta última com distribuição limitada fazendo com que haja agendamento para abertura de frascos.

Outra situação que prejudicou a vacinação em 2023 foram referentes aos fatores climáticos, onde se teve enchentes em várias aldeias, fazendo com que a população migrasse de um local para outro, atrasando os esquemas vacinais das crianças.

Quadro 36 - Resultado 2: Gestantes indígenas com, no mínimo, 6 consultas de pré-natal:

2020		2021		2022		2023*	
Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado
39%	49%	43%	63%	47%	70%	50%	71%

Fonte: SIASI/DIASI/DSEIISUL/SESAI/MS, 2023.

Diante da análise realizada ao final destes quatro anos, avalia-se positivamente o resultado obtido para este indicador. Houve uma melhora significativa na qualificação dos dados e na inserção das informações.

Neste período também vale ressaltar que o ano de 2020 foi marcado pela pandemia, onde o acompanhamento de pré-natal ficou comprometido. O cuidado pré-natal na atenção primária sofreu com a sobrecarga do sistema, onde o mesmo esteve voltado para um novo contexto onde foram necessárias adaptações para que o acompanhamento não fosse suspenso. A pandemia exigiu das equipes adaptações e reorganização para a manutenção dos acompanhamentos de pré-natal. Notas técnicas foram elaboradas, adequações foram feitas, para que as gestantes continuassem a ser atendidas.

Dentre as estratégias para o enfrentamento do novo contexto que se apresentava, além do seguimento das notas técnicas e manuais, foram realizadas reuniões de alinhamento, monitoramento, orientação, análise e avaliação constante com as equipes para organização do processo de trabalho, planejamento para que o atendimento das gestantes pudesse ocorrer com segurança.

Vale salientar também o apoio e o monitoramento constante e a intensificação das ações realizadas pelas áreas técnicas da DIASI, o que contribuiu de forma significativa para que as equipes permanecessem atuantes e fortalecidas no desenvolvimento das ações em território.

Assim, de modo geral o acompanhamento de pré-natal vem demonstrando uma importante evolução, e podemos atribuir estes avanços a melhora no planejamento das equipes, implementação da organização da Rede de Cuidados e Atenção ao Pré-Natal da Mulher Indígena, a sistematização e periodicidade das consultas e seguimento do calendário conforme estabelecido nos protocolos de pré-natal para as consultas.

Realização de consultas de pré-natal compartilhadas, apoio matricial às equipes, ações pontuais com Polos Bases para qualificação da assistência pré-natal, elaboração de material para qualificação da assistência e organização do processo de trabalho das equipes. Elaboração de Notas Técnicas, monitoramento, análise e avaliação dos dados inseridos nos sistema de informação (SIASI).

Foram feitas articulações e parcerias (Estado, Município, Universidades), e elaboração de relatórios, análises trimestrais para a qualificação da assistência pré-natal, reuniões de alinhamento e apoio matricial com as equipes.

Quadro 37 - Resultado 3: Crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento

2020		2021		2022		2023*	
Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado
40%	46%	44%	67%	52%	66%	60%	62%

Fonte: SIASI/DIASI/DSEIISUL/SESAI/MS, extraído em outubro/2023. Dados parciais, sujeitos à alteração.

(*) Dados referentes ao primeiro semestre/2023.

A organização do processo de trabalho das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI na atenção ao atendimento às crianças, incluindo a qualificação dos profissionais no uso da caderneta e importância da consulta de avaliação do crescimento e desenvolvimento foram fatores que contribuíram positivamente para a execução deste indicador.

Foi organizada com as EMSI cronograma para a digitação no SIASI das consultas realizadas. Como estratégias a Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI) passou a realizar o monitoramento e avaliação dos dados no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) através de devolutiva de trimestral com avaliação da inserção das informações do SIASI, incluindo a listagem de crianças com informações inconsistentes com a solicitação de correção. A realização de visitas técnicas nos territórios e reuniões online com as equipes para a orientação das inserções no SIASI e importância das consultas do C e D de acordo com a idade preconizada ou de acordo com a rotina da equipe e cronograma foram ações adotadas por este Distrito. Durante o período de 2020 a 2023, o SIASI passou a ser utilizado

como a única fonte de informação para o atendimento da criança, fato que proporcionou uma melhora considerável na inserção dos registros no sistema.

Quadro 38 - resultado 4: Crianças indígenas menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional

2020		2021		2022		2023*	
Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado
85,0%	94,0%	88,0%	90,3%	90,0%	94,0%	92,0%	78,0%

Fonte: SIASI/DIASI/DSEIISUL/SESAI/MS, extraído em outubro/2023. Dados parciais, sujeitos à alteração.

(*) Dados referentes ao primeiro semestre/2023.

O DSEI Interior Sul obteve um percentual de 94% das crianças indígenas menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional, no ano de 2020. Vale ressaltar as fragilidades e desafios encontrados como a situação de pandemia decorrente da COVID 19, o que dificultou o acesso às crianças para a avaliação nutricional como de rotina, houve situação de profissionais afastados por motivo de doença ou comorbidades, impossibilidade de realização das capacitações e insuficiência de equipamentos devido aumento da matéria-prima relacionadas as balanças antropométricas. No entanto, as equipes receberam nota informativa com orientações a serem adotadas para os acompanhamentos, o que possibilitou a organização dos serviços e planejamento estratégico favorecendo os resultados, mesmo frente à pandemia.

No ano de 2021, foi executado um percentual de 90,3% de acompanhamento, extraídos do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) na data de 18/04/2022 - período de referência: 01/0/2021 a 31/12/2021, dados estes sujeitos às alterações referente. Os desafios principais foram: rotatividade de profissionais, a efetividade na inserção das informações no SIASI, insuficiência de equipamentos (balanças portáteis) para ações domiciliares e dificuldade no processo de equipamentos. Como avanços, durante o planejamento das atividades optou-se por realizar treinamentos em serviço aos AIS e demais profissionais envolvidos nas ações de vigilância alimentar e nutricional, organizada pelos nutricionistas dos Polos Base com apoio da responsável técnica da DIASI. Para efetivar a inserção das informações no SIASI, o Núcleo 1 da DIASI realizou capacitação dos pontos focais do SIASI dos Polos Base.

Ressalta-se que as fragilidades encontradas para a realização das ações foram: deslocamento das famílias para cidade principalmente nos meses de janeiro, fevereiro e abril para venda de artesanato; imprecisão na inserção das informações

no SIASI; insuficiência de transporte e combustível para a realização da ação no território; equívoco de registros nos instrumentos padronizados para coleta das informações prejudicando a completude e qualidade do dado; não foi possível treinamento em serviço sobre técnicas de vigilância alimentar e nutricional para todos os profissionais envolvidos, sendo somente realizado por 4 Polos Base e equipamentos antropométricos insuficientes com morosidade no processo de aquisição devido outras prioridades serem elencadas de maior urgência como aquisição de medicamentos, insumos de enfermagem e odontologia.

É preciso considerar as estratégias utilizadas pelas equipes para o alcance dos resultados o que impactou positivamente o cumprimento da ação e atenção integral à saúde e nutrição das crianças e gestantes, observou-se que foram seguidas as orientações quanto a organização do processo de trabalho e planejamento, o apoio às EMSI pela área técnica da DIASI, implantação de cronograma de atividades com avaliação da ação, atividades de ações integradas, devolutivas enviadas pela DIASI trimestralmente, acompanhamento dos indicadores pelo relatório gerencial enviado mensalmente pelo núcleo 1 para os polos base, reuniões de equipe e esforço das EMSI na realização do acompanhamento em vigilância alimentar e nutricional.

No primeiro trimestre de 2023, das 4785 crianças menores de 5 anos existentes no SIASI, pertencente ao DSEI/ISUL, tiveram acompanhamento alimentar e nutricional 3717 (78%), informações extração SIASI- 11/05/2023, período de referência: 01/01 a 31/03/23, dados estes sujeitos à alterações. Visto que, tem alguns Polos Base com muita baixa cobertura, na devolutiva enviada aos Polos Base foi ressaltada a necessidade de planejamento e discussão de estratégias para o alcance do proposto como meta para o acompanhamento das crianças quanto a vigilância alimentar e nutricional.

Os desafios são referentes a manter um cronograma diário de inserção no SIASI, intensificar e efetivar o acompanhamento das crianças, principalmente as que estiveram ausentes no período devido acompanhar os pais na venda de artesanato fora da aldeia. Devido a dificuldade na aquisição de equipamento foi instruído processo para aquisição das balanças portáteis, sendo necessário balança com melhor qualidade e material resistente. Foi avançado com relação às visitas técnicas

de supervisão, treinamento em serviço, organização e readequação do processo de trabalho das equipes em área. Ações como fortalecer as articulações com outros segmentos quanto a parceria nas ações de saúde e nutrição foram efetivadas neste primeiro trimestre.

Quadro 39 - resultado 5: Óbitos infantil investigados

2020		2021		2022		2023*	
Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado
87%	64%	88%	47%	89%	84%	90%	71%

Fonte: SIASI/DIASI/DSEIISUL/SESAI/MS, extraído em outubro/2023. Dados parciais, sujeitos à alteração.

(*) Dados referentes ao primeiro semestre/2023.

Em nenhum período avaliado o indicador foi executado. Embora não tenha sido exitoso o resultado, houve uma melhora significativa da inserção de informações no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Muito dessa melhora se deve a mudança que ocorreu com a vigilância do óbito da DIASI, o qual passou a encarar o SIASI como a principal fonte de informações para avaliação e análise da situação de saúde.

Contribuindo para a melhora do registro no sistema está o monitoramento individual para cada óbito por parte da DIASI e a sua comparabilidade com os demais sistemas de informação do Ministério da Saúde, especificamente, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Outro ponto que contribui significativamente para a melhoria, foi a implantação do Grupo Técnico Distrital de Vigilância do Óbito (GTDVO) que passou a monitorar os indicadores de investigação e fomentar a investigação de forma oportuna.

No que se refere à investigação, o SIASI é extremamente frágil, pois há apenas um local de seleção do status de investigação, ponto que dificulta, e muito, no monitoramento da real execução da investigação. Há a necessidade de se aprimorar a linguagem entre os sistemas e aprofundar a inserção de informações sobre investigações no SIASI, de modo que se possa traçar com mais fidedignidade o perfil de mortalidade do DSEI.

Quadro 40 - Resultado 6: Óbitos maternos investigados

2020		2021		2022		2023*	
Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado
89%	N/A	90%	50%	91%	100%	92%	100%

Fonte: SIASI/DIASI/DSEIISUL/SESAI/MS, extraído em outubro/2023. Dados parciais, sujeitos à alteração.

(*) Dados referentes ao primeiro semestre/2023.

No ano de 2020, não houve óbitos maternos. De 2021 a 2023 houve uma melhora considerável na investigação de óbitos maternos. Em parte pode-se atribuir essa melhora ao aumento na notificação dos óbitos no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), tendo em vista o monitoramento implementado pela DIASI utilizando o SIASI como principal sistema para a vigilância do óbito no DSEI. A DIASI monitorou individualmente cada óbito e comparou com os demais sistemas de informação do Ministério da Saúde, especificamente, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Um importante ponto que contribui significativamente para a melhoria, foi a implantação do Grupo Técnico Distrital de Vigilância do Óbito (GTDVO) que passou a monitorar os indicadores de investigação e fomentar a investigação de forma oportuna. Outro fator positivo, está na realização de investigação de óbitos em mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) que implica na busca ativa de possíveis óbitos maternos e no descarte destes - quando se aplicar.

No que se refere à investigação, o SIASI é extremamente frágil, pois há apenas um local de seleção do status de investigação, ponto que dificulta, e muito, no monitoramento da real execução da investigação. Há a necessidade de se aprimorar a linguagem entre os sistemas e aprofundar a inserção de informações sobre investigações no SIASI, de modo que se possa traçar com mais fidedignidade o perfil de mortalidade do DSEI.

Quadro 41 - resultado 7: Primeira consulta odontológica programática

2020		2021		2022		2023*	
Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado
45%	31,5%	50%	29%	55%	41%	60%	29%

Fonte: SIASI/DIASI/DSEI/SUL/SESAI/MS, extraído em outubro/2023. Dados parciais, sujeitos à alteração.

(*) Dados referentes ao primeiro semestre/2023.

A cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática não foi alcançada em 2020, 2021 e 2022 devido à pandemia de Covid-19. O Ministério da Saúde (MS) recomendou a suspensão dos atendimentos de saúde bucal eletivos e a manutenção dos atendimentos de urgência e emergência odontológicas em 2020, em todo o território nacional, o que comprometeu a cobertura de consulta Odontológica Programática

Em 2022 foram realizadas 15.074 Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas, o que representa a cobertura de 41,4%. Houve aumento significativo de cobertura em relação ao ano anterior, porém, em função da suspensão dos atendimentos devido à pandemia, a cobertura de consultas ficou aquém do pactuado para o período. No período de janeiro a junho de 2023 foram realizadas 10.809 Consultas Odontológicas Programáticas, o que representa cobertura de 29% no primeiro semestre de 2023.

De modo geral o acesso ao tratamento odontológico tem sido crescente, e podemos atribuir estes avanços ao comprometimento equipes multidisciplinares, implementação da organização do atendimento odontológico nas aldeias, apoio matricial às equipes, reuniões periódicas com os profissionais, monitoramento, análise e avaliação dos dados inseridos no sistema de informação (SIASI) e elaboração de relatórios trimestrais para análise e qualificação da assistência odontológica.

Das fragilidades encontradas nestes 3 anos e meio estão: falta de veículo para transporte da equipe de saúde bucal para realizar o atendimento odontológico nas aldeias; falta do profissional auxiliar de saúde bucal na equipe, o que tem como resultado menor número de atendimentos; quantidade de material de consumo odontológico insuficiente – o processo foi instruído em 2022, porém, a descentralização de recurso ocorreu apenas em março 2023; falta de cobertura de Cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal em algumas aldeias.

Quadro 42 - resultado 8: Tratamento Odontológico Básico Concluído na população com a primeira consulta odontológica programática

2020		2021		2022		2023*	
Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado
45%	31,5%	50%	29%	55%	41%	60%	29%

Fonte: SIASI/DIASI/DSEIISUL/SESAI/MS, extraído em outubro/2023. Dados parciais, sujeitos à alteração.

(*) Dados referentes ao primeiro semestre/2023.

No que se refere à conclusão do tratamento odontológico básico, a meta não foi alcançada nos primeiros três anos, pois a situação pandêmica afetou diretamente o desempenho do indicador em 2020, 2021 e 2022, pois houve suspensão dos atendimentos eletivos em 2021. Em 2023, de janeiro a junho, foram concluídos 44% dos tratamentos odontológicos iniciados.

A conclusão do tratamento odontológico é um desafio na odontologia, pois considerando que por conta da suspensão dos atendimentos durante a pandemia, gerou aumento significativo na demanda reprimida. Das fragilidades encontradas nestes 3 anos e meio estão: pacientes não retornam para finalizar o tratamento odontológico, falta de veículo para transporte da equipe de saúde bucal para realizar o atendimento odontológico nas aldeias, assim também como buscar os pacientes para atendimento nos locais onde a UBSI encontra-se distante do domicílio; falta do profissional auxiliar de saúde bucal na equipe; quantidade de material de consumo odontológico insuficiente – o processo foi instruído em 2022, porém, a descentralização de recurso ocorreu apenas em março 2023; falta de cobertura de Cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal em algumas aldeias; Unidades Básicas de Saúde sem consultório fixo instalado; alta rotatividade de profissionais; falta de estrutura física para realização de procedimentos odontológicos mais complexos; falta de registro de informações/produção no Sistema de Informação – SIASI.

Quadro 43 - Resultado 9: Redução do número de óbitos por suicídio

2020		2021		2022		2023*	
Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado
2%	2 óbitos	3%	3 óbitos	4%	8 óbitos	5%	6 óbitos

Fonte: SIASI/DIASI/DSEIISUL/SESAI/MS, extraído em outubro/2023. Dados parciais, sujeitos à alteração.

(*) Dados referentes ao primeiro semestre/2023.

Cabe destacar que a linha de base utilizada para o cálculo da redução de óbitos por suicídio foi o ano de 2018 onde este DSEI/ISUL não possuía registro de óbitos por suicídio, outro fator relevante foi a Pandemia Covid 19, ausência de número suficiente de profissionais assistentes sociais e psicólogos que compõem o Núcleo Ampliado de Saúde Indígena (NASI) para auxílio às EMSI nas demandas envolvendo a atenção psicossocial e bem viver, rotatividade de profissionais, conflitos internos de longa duração nas Terras Indígenas, logística, tabu para abordagem do tema, ausência de recursos disponíveis para aquisição de alimentação para realização de atividades de prevenção e promoção da saúde, ausência de recursos disponíveis para impressão de material visual como folders, banners etc para atividades de prevenção e promoção da saúde na comunidade e escola, bem como para deixar exposto nas UBSI, escolas e espaços de lazer nas comunidades

Quadro 44 - Resultado 9: Redução do número de óbitos por suicídio

2020		2021		2022		2023*	
Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado
2%	2 óbitos	3%	3 óbitos	4%	8 óbitos	5%	6 óbitos

Fonte: SIASI/DIASI/DSEIISUL/SESAI/MS, extraído em outubro/2023. Dados parciais, sujeitos à alteração.

(*) Dados referentes ao primeiro semestre/2023.

Cabe destacar que a linha de base utilizada para o cálculo da redução de óbitos por suicídio foi o ano de 2018 onde este DSEI/ISUL não possuía registro de óbitos por suicídio, outro fator relevante foi a Pandemia Covid 19, ausência de número suficiente de profissionais assistentes sociais e psicólogos que compõem o Núcleo Ampliado de Saúde Indígena (NASI) para auxílio às EMSI nas demandas envolvendo a atenção psicossocial e bem viver, rotatividade de profissionais, conflitos internos de longa duração nas Terras Indígenas, logística, tabu para abordagem do tema, ausência de recursos disponíveis para aquisição de alimentação para realização de atividades de prevenção e promoção da saúde, ausência de recursos disponíveis para impressão de material visual como folders, banners etc para atividades de prevenção e promoção da saúde na comunidade e escola, bem como para deixar exposto nas UBSI, escolas e espaços de lazer nas comunidades.

O trabalho em rede parcialmente é um desafio e ainda existe uma grande dificuldade para garantia e acesso integral do cuidado em rede, baseado no diálogo intercultural e na valorização dos saberes tradicionais específicos de cada povo.

Quadro 45 - resultado 10: Coeficiente de tuberculose reduzido da linha de base de 23,11 a cada 100.000 habitantes

2020		2021		2022		2023*	
Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado
- 2%	16,92	- 4%	21,99	- 6%	45,20	- 8%	40,17

Fonte: SIASI/DIASI/DSEIISUL/SESAI/MS, extraído em outubro/2023. Dados parciais, sujeitos à alteração.

(*) Dados referentes ao primeiro semestre/2023.

Durante o período avaliado, verifica-se que apenas nos dois primeiros anos tiveram uma redução no coeficiente de tuberculose no DSEI/ISUL. Parte dessa redução pode ser atribuída aos dois anos mais intensos da pandemia de covid-19, onde todos os esforços e ações estavam direcionados a este novo agravamento. Mas, em partes, pode ser decorrente da subnotificação no SIASI. A Partir de 2021, o SIASI passou a ser a fonte exclusiva do monitoramento dos casos de tuberculose notificados em indígenas no Distrito. Assim, o crescimento identificado na incidência e a não

execução da redução do indicador podem ser atribuídos a essa importante mudança na vigilância desse agravo. A pandemia de covid-19 trouxe importantes desafios para a tuberculose, impactando negativamente na busca ativa de casos suspeitos, no encaminhamento para rede de diagnóstico e nos encaminhamentos para a rede para o correto tratamento.

Quadro 46 - resultado 14: Estabelecimentos de saúde indígena com sua respectiva força de trabalho cadastrados no CNES e no SESAI-RH

2020		2021		2022		2023*	
Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado
40%	53%	60%	64%	80%	65%	100%	70%

Fonte: DIASI/DSEI/ISUL/SESAI/MS, extraído em outubro/2023. Dados parciais, sujeitos à alteração.

(*) Dados referentes ao primeiro semestre/2023.

Não houve o monitoramento deste indicador com a criação de bases de dados anuais, por este motivo, os resultados dos anos de 2020, 2021 e 2022 podem estar sub ou superestimados. Em 2023, houve esforço do DSEI/ISUL em organizar a força de trabalho em ambos os sistemas, CNES e SESAI-RH. Para iniciar esse processo, a DIASI elaborou planilha de levantamento da situação cadastral das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e cadastramento no CNES das estruturas de saúde que existem no DSEI. Este levantamento serviu de base para a busca ativa das informações cadastradas no CNES junto aos municípios e estados, e os encaminhamentos para o cadastramento neste sistema. Uma das limitações no cumprimento deste indicador se deve a ausência de uma base distrital no CNES de forma que otimize o cadastramento e atualização dos dados pelo Distrito, ficando esta regularização no sistema para os municípios. A atualização da força de trabalho do DSEI no SESAI-RH acontece através do ponto focal em uma periodicidade semestral. Entretanto, um único ponto focal dificulta a atualização dos dados no Sistema com a celeridade que se precisa.

6.2 Estratégia 3: Ampliação da efetividade do controle social em acompanhar e fiscalizar a PNASPI

Quadro 47 - Resultado 3.1: 100% da estrutura de instâncias de participação e controle social aprimoradas

2020		2021		2022		2023*	
Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado
25%	25%	50%	45%	75%	60%	100%	70%

Fonte: CONDISI/DSEI/ISUL/SESAI/MS, outubro/2023.

Quadro 48 - Resultado 3.2: 100% das atividades de participação e controle social executadas

2020		2021		2022		2023*	
Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado
100%	30%	100%	45%	100%	60%	100%	80%

Fonte: CONDISI/DSEIISUL/SESAI/MS, outubro/2023.

Quadro 49 - Resultado 3.3: 100% dos conselheiros de saúde indígena qualificados

2020		2021		2022		2023*	
Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado
25%	10%	50%	40%	75%	70%	100%	50%

Fonte: CONDISI/DSEIISUL/SESAI/MS, outubro/2023.

Não há informações sobre atividades de capacitação 2020, somente informações de 2021 e 2022, onde as atividades aconteceram com regularidade abaixo do previsto e teve como foco os Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI). Um dos motivos para uma baixa execução das metas pactuadas no ano 2020 foi a pandemia do Covid-19, que impactou diretamente a realização de reuniões e demais eventos do CONDISI.

Durante a elaboração do Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) 2020-2023, foram elaboradas propostas e ações envolvendo reuniões de CONDISI, capacitação de conselheiros distritais, reuniões de Conselho Local de Saúde Indígena e capacitação de Conselhos Locais de Saúde Indígena. Posto isto, muitos pontos positivos e fatores negativos que impediram ou dificultaram as ações propostas. Podemos elencar alguns exemplos de pontos positivos:

- Efetivação a recomendação da 6ª Câmara Ministério Público Federal, no que tange à paridade dentro do CONDISI/ISUL, onde 50% dos membros são usuários, 25% são trabalhadores da saúde indígena e 25% compõem a gestão;
- Possuir conselhos locais de saúde indígena com Regimento Interno, Ata de composição e Termo de Posse de presidente e vice-presidente dos conselhos locais atualizados;
- Participação ativa dos conselheiros locais durante as capacitações de CLSI;
- Realização das etapas locais da 6ª Conferência Nacional da Saúde Indígena que ocorreu nos estados de Rio Grande do Sul e Santa Catarina;
- Realização da etapa distrital da 6ª Conferência Nacional da Saúde Indígena;
- Acompanhamento e intervenção do MPF nas atividades do controle social; e
- Intensificação no debate sobre organização do controle social e gestão DSEI Interior Sul.

Assim como os pontos positivos, podemos elencar os pontos negativos que impediram ou dificultaram as ações propostas:

- Número de vagas de conselheiros distritais são insuficientes para atender a demanda existente, devido à extensão territorial e ao número de população atendida;
- Ausência de representatividade no CONDISI de alguns Polos Base;
- Dificuldade de entendimento dos conselheiros que, embora o CONDISI seja deliberativo, não faz o trabalho de gestão;
- Dificuldade de registro das reuniões de CLSI; e
- Dificuldade na organização de informações do CONDISI.

7. RESULTADOS ESPERADOS PDSI 2024 -2027

Quadro 50 - Estratégia 1: Promover e Qualificar as ações e equipes de atenção e vigilância em saúde indígena

Resultado DSEI/SESAI	Valor de referência (2022)	2024	2025	2026	2027
Reduzir em 30,0%, até 2027, a Taxa de mortalidade infantil indígena por causas evitáveis (PPA).	16,57	15,33	14,09	12,85	11,60
Alcançar, em 2027, 90% de recém-nascidos indígenas com pelo menos 1 (uma) consulta até o 28º dia de vida.	81,5%	75%	80%	85%	90%
Alcançar, em 2027, 60% das crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento (PPA).	55,3%	45%	50%	55%	60%
Alcançar, em 2027, 80% das crianças indígenas menores de 1 ano com no mínimo 6 acompanhamentos alimentar e nutricional (PPA).	76,1%	67%	70,0%	75,0%	80%
Alcançar, até 2027, 88% das crianças menores de 6 meses em aleitamento materno exclusivo.	75,2%	82%	84%	86%	88%
Alcançar, até 2027, 35% de mulheres indígenas, com idade entre 25 e 64 anos, com 1 (uma) coleta de exame citopatológico no ano.	26%	30%	32%	34%	36%
Alcançar, em 2027, 65% das gestantes indígenas com acesso a 6 ou mais consultas de pré-natal (PPA).	69,5%	70,8%	74,4%	81,8%	90,0%
Reduzir, para 12%, até 2027, a proporção de gestantes indígenas com gestações finalizadas entre 22 e 36 semanas de gestação	Sem informação	18,9%	16%	4%	12%
Alcançar, em 2027, 35% das gestantes indígenas com no mínimo 1 consulta odontológica durante o pré-natal.	15,9%	16,7%	17,5%	20%	35%
Alcançar, em 2027, 60% da população indígena com primeira consulta odontológica programática.	40,2%	41,0%	49,0%	57%	60%
Alcançar, até 2027, 60% de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica programática.	Sem informação	48%	53%	56%	60%
Alcançar, em 2027, 40% da população indígenas portadora de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com no mínimo 2 consultas ao ano.	Sem informação	10%	20%	30%	40%
Reduzir, até 2027, em 5% o número de óbitos por suicídio nos 34 DSEI.	7	2%	3%	4%	5%
Alcançar, até 2027, 100% dos DSEI com no mínimo uma Rede Intersectorial de Atenção Psicossocial implementada.	Sem informação	50%	70%	90%	100%
Alcançar, em 2027, 84% das crianças menores de 1 ano com esquema vacinal completo.	90%	90,2%	90,4%	90,6%	90,9%
Alcançar, em 2027, 90% de óbitos infantis indígenas investigados (PPA).	87,9%	90%	92%	93%	94%
Alcançar, em 2027, 95% de óbitos maternos indígenas investigados.	100%	90%	92%	94%	95%

Resultado DSEI/SESAI	Valor de referência (2022)	2024	2025	2026	2027
Reduzir, até 2027, em 8% a incidência de tuberculose por todas as formas nos 34 DSEI.	45,52 a cada 100 mil hab.	2%	4%	6%	8%
Reduzir, até 2027, em 40% o número de casos autóctones de malária nos DSEI endêmicos.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Alcançar, até 2027, pelo menos 70% de casos novos de hanseníase com incapacidade física grau zero no diagnóstico.	Manter vigilância	50%	55%	60%	70%
Alcançar, até 2027, em 55% a participação de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural (PPA).	22%	25%	35%	45%	55%
Qualificar, até 2027, 70% dos trabalhadores do DSEI para o aprimoramento do trabalho em saúde.	65%	55%	60%	65%	70%

Fonte: PDSI 2024-2027.

Quadro 51 - Estratégia 2. Melhorias das infraestruturas de saúde e dos serviços de saneamento nas áreas indígenas

Resultado DSEI/SESAI	Valor de referência (2022)	2024	2025	2026	2027
Aumentar, até 2027, 217 aldeias com novas infraestruturas de abastecimento de água	1	8	5	3	10
Aumentar, até 2027, 69 aldeias com reforma de infraestrutura de abastecimento de água existentes	21	6	8	5	5
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	36,4%	36,4%	36,4%	36,4%	36,4%
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)	80%	69%	69,7%	70,5%	71,2%
Aumentar, até 2027, em 80 aldeias com novos estabelecimentos de saúde	8	3	8	7	9
Aumentar, até 2027, em 50 aldeias com reformas e/ou ampliação dos estabelecimentos existentes	69	3	9	12	36
Alcançar, até 2027, 15% de cobertura de aldeias com ações	86%	81,4%	81,5%	81,5%	81,5%
Reduzir, até 2027, em 5% o percentual de aldeias que praticam a queima como destinação final de resíduos sólidos	1	1%	2%	4%	5%

Resultado DSEI/SESAI	Valor de referência (2022)	2024	2025	2026	2027
Aumentar, até 2027, em 8% o percentual de aldeias com realização de ações voltadas ao esgotamento sanitário	Sem informação	25%	25%	25%	25%

Fonte: PDSI 2024-2027.

Quadro 52 - Estratégia 3. Planejamento de bens e serviços adequados à execução das ações de saúde indígena pelos DSEI

Resultado DSEI/SESAI	Valor de referência (2022)	2024	2025	2026	2027
Reduzir, até 2027, 80% das despesas oriundas de contratos emergenciais	8 contratos	10%	30%	60%	80%
Estruturar, até 2027, 80% do serviço de transporte nos DSEI	Sem informação	33,3%	33,3%	66,6%	100%
Estruturar, até 2027, 80% da gestão farmacêutica nos DSEI	Sem informação	33,3%	66,6%	66,6%	100%

Fonte: PDSI 2024-2027.

Quadro 53 - 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 DSEI/SESAI	Valor de referência (2022)	2024	2025	2026	2027
Ampliar, até 2027, a execução orçamentária em 98% nos DSEI	93%	94%	95%	97%	98%

Fonte: PDSI 2024-2027.

Quadro 54 - Estratégia 5: Ampliação da articulação Interfederativa e Intersectorial com vistas à integralidade das ações de Atenção à Saúde Indígena:

Resultado DSEI/SESAI	Valor de referência (2022)	2024	2025	2026	2027
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	78 estabelecimentos	30%	40%	50%	60%

Fonte: PDSI 2024-2027.

Quadro 55 - Estratégia 6: Fortalecimento das instâncias de controle social do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

Resultado DSEI/SESAI	Valor de referência (2022)	2024	2025	2026	2027
Ampliar, até 2027, em 46% os conselheiros locais capacitados por DSEI	100%	35%	38%	43%	46%
Ampliar, até 2027, 58% os conselheiros distritais capacitados	100%	48%	50%	55%	58%
Ampliar, até 2027, em 70% as reuniões de Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI) realizadas	62,5%	60%	65%	67%	70%
Ampliar, até 2027, em 80% as reuniões de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) realizadas	100%	70%	73%	76%	80%

Fonte: PDSI 2024-2027.

8. Referências Bibliográficas

Povo: Kaingang. Povos Indígenas no Brasil, 2021. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Kaingang>. Acesso em: 10 de outubro de 2023.

Povo: Guarani. Povos Indígenas no Brasil, 2018. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Guarani> . Acesso em: 10 de outubro de 2023.

Povo: Xoklêng. Povos Indígenas no Brasil, 2021. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Xokleng>. Acesso em: 10 de outubro de 2023.

Charrúa. Pueblos originários, 2002. Disponível em: <https://pueblosoriginarios.com/sur/pampa/charrua/charrua.html>. Acesso em: 10 de outubro de 2023.

Povo: Xetá. Povos Indígenas no Brasil, 2021. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Xet%c3%a1>. Acesso em: 10 de outubro de 2023.