



PLANO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA

2024 - 2027

**Distrito Sanitário Especial Indígena
Kaiapó MT**

COLÍDER – MT, 2024



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Plano Distrital de Saúde Indígena – DSEI Kaiapó MT

Nísia Trindade
Ministra da Saúde

Ricardo Weibe Tapeba
Secretário de Saúde Indígena

Paimu Muapep Trumai Txucarramae
Coordenador Distrital de Saúde Indígena DSEI Kaiapó-MT

Antonio Sérgio Iori
Chefe da Divisão de Atenção à Saúde Indígena

Benedito Nascimento Gomes
Chefe do Serviço de Contratação de Recursos Logísticos

José Nogueira Bastos
Chefe de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena

Dione Ramos Merotti
Chefe de Serviço de Orçamento e Finanças

José Neto da Silva
Chefe Seção de Apoio Administrativo e Patrimonial

Mrure Metuktire
Presidente do CONDISI do DSEI Kaiapó-MT



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





Aprovado: Plano Distrital de Saúde Indígena DSEI Kaiapó-MT

Resolução: nº 02, de 09 de fevereiro de 2024.

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 Kaiapó-MT, 2024-2027



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Percentual populacional por etnia, DSEI Kaiapó-MT, ano 2023.....	4
Figura 2 - Localização geográfica do DSEI Kaiapó do Mato Grosso.	32
Figura 3 - Pirâmide Etária do DSEI KAIAPÓ-MT, 2023.	34
Figura 4 - Distribuição populacional, por faixa etária, Polo Peixoto de Azevedo, ano 2023.....	35
Figura 5 - Taxa de incidência por mil habitantes das Doenças Diarreicas Agudas - DDA, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a 2022.....	45
Figura 6 - Percentual das Doenças Diarreicas Agudas - DDA, segundo polo base, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a 2022.	46
Figura 7 - Incidência por mil habitantes das Doenças Diarreicas Agudas - DDA, por Semana Epidemiológica, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a 2022.....	47
Figura 8 - Fluxo de encaminhamentos dos pacientes indígenas para Rede de Atenção à Saúde Indígena, DSEI KAIAPÓ-MT, 2023.....	52
Figura 9 - Percentual do esquema vacinal completo das crianças indígenas menores de 5 anos, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a junho de 2023.....	76
Figura 10 - Percentual de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023.	79
Figura 11 - Percentual de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré- natal realizadas, por polo base, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023.....	80
Figura 12 - Percentual de crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023.	81
Figura 13 - Percentual de crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento, por polo base, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a 2023.	82
82	
Figura 14 - Percentual de crianças indígenas menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a 2023.....	85
Figura 15 - Percentual de crianças indígenas menores de 5 anos com	

acompanhamento alimentar e nutricional, por polo base, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a 2023.....	86
Figura 16 - Percentual de óbitos em crianças indígenas menores de 1 ano investigados, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023.....	87
Figura 17 - Percentual da população indígena com primeira consulta odontológica, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a 2023.....	90
Figura 18 - Percentual da população indígena com primeira consulta odontológica, por polo base, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a 2023.	91
Figura 19 - Percentual e meta da população indígena com tratamento odontológico básico concluído, por polo base, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a 2023.....	92
Figura 20 - Percentual da população indígena com tratamento odontológico básico concluído por polo base, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023.....	93
Figura 21 - Percentual e meta da redução de casos novos de tuberculose, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023.....	97
Figura 22 - Número de casos de tuberculose por polo base, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023.	98
Figura 23 - Taxa de incidência da malária por 1000 habitantes, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023.	100
Figura 24 - Percentual da redução de casos novos autóctones de malária, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023.....	101
Figura 25 - Percentual da participação dos trabalhadores em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023.	102
Figura 26 - Percentual de trabalhadores da atenção para o aprimoramento do trabalho em saúde, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023.....	103
Figura 27 - Estabelecimentos de saúde indígena com sua respectiva força de trabalho cadastrados no CNES e SESAI RH, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023.....	104
Figura 28 - Percentual do tratamento de água nas aldeias com infraestrutura de abastecimento de água, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023.....	107

Figura 29 - Percentual da cobertura de aldeias com gerenciamento de resíduos sólidos domésticos implementados, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023. .	108
Figura 30 - Percentual das melhorias de infraestruturas de saneamento de água existentes nas aldeias indígenas, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023.....	109
Figura 31 - Percentual dos representantes do CONDISI, DSEI Kaiapó - MT, julho 2023.....	112
Figura 32 -Distribuição dos conselheiros locais e distrital, DSEI Kaiapó - MT, julho 2023.....	113
Figura 33 - Percentual e meta da estrutura de participação e controle social aprimoradas, CONDISI DSEI Kaiapó - MT, 2020 a 2022.	114
Figura 34 - Percentual e meta das atividades de participação e controle social anuais executadas, CONDISI DSEI Kaiapó - MT, 2020 a 2022.	115

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização geral do DSEI KAIAPÓ-MT	3
Quadro 2 - Características específicas da região do DSEI	33
Quadro 3 - Característica dos domicílios no DSEI por Polo base (Percentual).	39
Quadro 4 - Previsão de implantação/reformas/ampliação/reforma e ampliação de infraestrutura de saúde previstos para 2024 a 2027	50
Quadro 5 - Estabelecimentos habilitados e com possibilidade de habilitação do incentivo de atenção especializada aos povos indígenas - IAEPÍ.	54
Quadro 6 - Caracterização do meio de transporte entre as unidades de abrangência do DSEI.	65
Quadro 7 - Caracterização do meio de transporte da CASAI para os estabelecimentos de saúde	68
Quadro 8 - Previsão de novos contratos logísticos no DSEI.	70
Quadro 9 - Previsão de Compra de equipamentos logísticos no DSEI.....	70
Quadro 10 - Previsão de novos contratos – natureza diversa	70
Quadro 11 - Percentual da cobertura de aldeias com gerenciamento de resíduos sólidos domésticos implementados, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023. .	108
Quadro 12 - Atenção à Saúde: Qualificar as ações e equipes de atenção e vigilância em saúde indígena.....	121
Quadro 13 - Resumo dos resultados e metas nacionais referentes à Estratégia 2 - Infraestrutura E Saneamento.....	123
Quadro 14 - Resumo dos resultados e metas nacionais referentes à Estratégia 3 – Planejamento e gestão de bens e serviços	124
Quadro 15 - 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	124
Quadro 16 - Estratégia 5: Ampliação da articulação Interfederativa e Intersetorial com vistas à integralidade das ações de Atenção à Saúde Indígena.....	125
Quadro 17 - Estratégia 6: Fortalecimento das instâncias de controle social do	

Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.....	125
---------------------------------------------	-----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Demonstrativo da população por Polo Base.....	34
Tabela 2 - Perfil sócio demográfico, étnico-cultural e linguística dos povos indígenas por Polo base.....	36
Tabela 3 - Função social dos indígenas da abrangência do DSEI.	38
Tabela 4 - Perfil do recebimento de benefícios sociais dos indígenas de abrangência do DSEI.....	38
Tabela 5 - Taxa de natalidade do DSEI por ano, 2020 a 2022.....	39
Tabela 6 - Taxa de incidência/prevalência das principais morbidades que acometem os povos indígenas do DSEI.....	40
Tabela 7 - Causas de mortalidade de crianças indígena < 1 ano no DSEI e taxa de mortalidade infantil por ano, 2020 a 2022.....	40
Tabela 8 - Principal causa de mortalidade materna no DSEI e Razão de mortalidade materna por ano, 2020 a 2022.....	41
Tabela 9 - Principais especialidades que geram referência para a média e alta complexidade, 2020 a 2022.....	42
Tabela 10 - Principais especialidades / morbidades que geram referência para a CASAI, 2020 - 2022.....	43
Tabela 11 - Quantitativo de usuários com doenças crônicas não transmissíveis e que necessitam de intervenção/cuidados específicos em 2022.	43
Tabela 12 - Incidência por mil habitantes das Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental, segundo grupo de doenças, DSEI Kayapó - MT, 2020 a 2022.....	48
Tabela 13 - Quantidade atual de estabelecimentos de saúde indígena por descrição do subtipo, nº de reformas/ampliações e novos estabelecimentos.	49
Tabela 14 - Demonstrativo geral de recursos humano existente no DSEI.....	56
Tabela 15 - Capacidade da EMSI instalada atualmente.....	58
Tabela 16 - Demonstrativo da necessidade de ampliação de recursos humanos do DSEI.	58

Tabela 17 - Ações de Educação Permanente em Saúde no âmbito do DSEI	60
Tabela 18 - Caracterização das aldeias sobre infraestrutura de saneamento.	60
Tabela 19 - Tecnologias de tratamento de água mais utilizadas	60
Tabela 20 - Tecnologias de tratamento e disposição final de esgotamento mais utilizadas.....	61
Tabela 21 - Previsão de implantação de infraestrutura de abastecimento de água por aldeia 2024 a 2027.	61
Tabela 22 - Previsão de reforma e/ou ampliação de infraestrutura de abastecimento de água por aldeia.	62
Tabela 23 - Previsão de sistema de esgotamento sanitário por aldeia.....	62
Tabela 24 - Caracterização resumida do acesso às aldeias por tipo de transporte no DSEI	69
Tabela 25 - Número de equipamentos de transporte por tipo.....	69
Tabela 26 - Total de conselheiros locais, distritais e assessor indígena no DSEI ...	72
Tabela 27 - Previsão de capacitação anual de CLSI e CONDISI, 2024 a 2027	72
Tabela 28 - Previsão de reuniões dos conselhos locais de saúde.....	73
Tabela 29 - E.1. R.1. Alcançar em 2023, 90% das crianças menores de 5 anos com esquema vacinal completo com calendário de vacinação.	74
Tabela 30 - E.1. R. 2. Alcançar em 2023, 52% das gestantes indígenas com no mínimo 6 consultas de pré-natal.	78
Tabela 31 - E.1. R. 3. Alcançar em 2023, 73% das crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento.	80
Tabela 32 - E.1. R. 4. Alcançar em 2023, 95% das crianças indígenas menores de 5 anos	84
Tabela 33 - E.1. R. 5. Alcançar em 2023, 100% de óbitos em crianças indígenas menores de 1 ano investigados.	87
Tabela 34 - E.1. R. 6. Alcançar em 2023, 100% de óbitos em maternos investigados.	88
Tabela 35 - E.1. R. 7. Alcançar em 2023, 60% da população indígena com primeira	

consulta odontológica.....	88
Tabela 36 - E.1. R. 8. Alcançar em 2023, 60% de tratamento odontológico básico concluído na população indígena	91
Tabela 37 - E1.R. 9. Reduzir em 2023, 5% o número de óbitos por suicídio no DSEI.	94
Tabela 38 - E.1. R. 10. Reduzir em 2023, 8% a incidência da tuberculose no DSEI.	95
Tabela 39 - E1. R. 11. Até 2023, reduzir em 35% o número de casos novos autóctones de malária nos DSEI endêmicos.	99
Tabela 40 - E1.R. 12. Alcançar em 50% a participação de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural....	102
Tabela 41 - E1. R. 13. Qualificar 70% dos trabalhadores da atenção para o aprimoramento do trabalho em saúde.	102
Tabela 42 - E 1. R. 14 Alcançar 100% dos estabelecimentos de saúde indígena com sua respectiva força de trabalho cadastrados no CNES e SESAI RH.	103
Tabela 43 - E2. R.1. Ampliar em 7% a cobertura de água potável nas aldeias indígenas até 2023.	106
Tabela 44 - E2.R2. Realizar, até 2023, o tratamento da água em 100% das aldeias com infraestruturas de abastecimento de água existentes.	107
Tabela 45 - E2.R.3. Ampliar, até 2023, em 15% a cobertura de aldeias com o monitoramento da qualidade da água implementado	107
Tabela 46 - E2. R.4. Ampliar, até 2023, em 15% a cobertura de aldeias com gerenciamento de resíduos sólidos domésticos implementado.....	108
Tabela 47 - R.6. Ampliar, até 2023, em 7,00% as melhorias das infraestruturas de saneamento de água existentes nas aldeias indígenas.....	109
Tabela 48 - E.3 R.1. Alcançar em 2023, 100% de Distritos Sanitários Especiais Indígenas com a estrutura de participação e controle social aprimoradas.	113
Tabela 49 - E.3 R.2. Alcançar em 2023, 100% das atividades de participação e controle social anuais executadas	114

LISTA DE SIGLAS

AAE	Atenção Especializada à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças prevalentes na Infância
AIS	Agentes Indígenas de Saúde
AISAN	Agente Indígena de Saneamento
ATL	Acampamento Terra Livre
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.
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.
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
AAE	Atenção Especializada à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças prevalentes na Infância
AIS	Agentes Indígenas de Saúde
AISAN	Agente Indígena de Saneamento
ATL	Acampamento Terra Livre
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.
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.
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	3
3.1.	História da população Indígena.....	3
3.1.1	POVO KAIAPÓ.....	4
3.1.2	POVO KAYABI	9
3.1.3	POVO PANARÁ	13
3.1.4	POVO TAPAYUNÃ.....	15
3.1.5	POVO JURUNA.....	18
3.1.6	POVO MUNDURUKU.....	20
3.1.7	POVO APIAKÁ	23
3.1.8.	POVO TERENA.....	26
3.1.9	POVO TRUMAI	27
3.1.10	POVO TAPIRAPÉ	30
3.2.	Dados Geográficos.....	32
4.	DETERMINANTES E FATORES DE RISCOS AMBIENTAIS	33
4.1.	Dados Demográficos.....	34
4.2.	Determinantes Sociais	37
4.3.	Caracterização da infraestrutura domiciliar por polo base	38
4.4.	Perfil Epidemiológico.....	39
4.5	Perfil de DRSAI e MDDA do DSEI dos últimos 3 anos.....	44
5.	ESTRUTURAÇÃO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA – ATUAL E PREVISÃO	49
5.1	Infraestrutura de saúde	49
5.2	Rede de Atenção à Saúde	50
5.3	Gestão do Trabalho e educação na saúde	54
5.3.1	Força de Trabalho	55
5.3.2	Qualificação Profissional	59
5.4	Infraestrutura de saneamento	60
5.5	Meio de transporte	62
5.5.1	Plano de Transporte.....	63
5.5.2	Monitoramento e Acompanhamento dos Contratos Administrativos Relacionados ao transporte do DSEI KMT...	63
5.5.3	Estrutura da Equipe de Transporte.....	64

5.6	Insumos e recursos para execução das ações de saúde.....	70
5.7	Controle social.....	71
5.8	Recursos financeiros.....	73
6.	AVALIAÇÃO DO PDSI 2020 – 2023.....	74
6.1	Atenção à Saúde.....	74
6.1.1.	Produto 1. Profissionais qualificados para notificação de violência autoprovocada no SINAN em todos os polo-base..	94
6.1.2.	Produto 2. Caracterização do perfil epidemiológico e dos fatores associados do suicídio indígena, por meio da investigação dos óbitos, elaborada.	95
6.1.3.	Produto 3. Plano de ação distrital para qualificação da linha de cuidado de prevenção do suicídio em povos indígenas elaborado e implementado.	95
6.2	Infraestrutura e Meio Ambiente	105
6.2.1.	Estratégia 2: Saneamento Ambiental: Qualificação de serviços de saneamento ambiental nas áreas indígenas.	105
6.3	Controle Social.....	110
6.3.1.	Resultados obtidos a partir dos Planos de Metas e Ações dos estabelecimentos de saúde.....	116
6.3.2.	Barreiras identificadas pelos estabelecimentos.....	117
6.3.3.	Fatores facilitadores	118
6.3.4.	Principais impactos alcançados por meio da experiência ...	118
7.	RESULTADOS ESPERADOS PDSI 2024 - 2027	120
7.1.	Estratégia 1. Atenção à Saúde: Qualificação das ações e equipes de saúde indígena que atuam no DSEI/SESAI.	121
7.2.	Estratégia 2. Infraestrutura e Saneamento: Melhorias das infraestruturas de saúde e dos serviços de saneamento nas áreas indígenas.....	123
7.3.	Estratégia 3: Planejamento e gestão de bens e serviços: Adequados à execução das ações de saúde indígena pelos DSEI.	124
7.4.	Estratégia 4: Qualificação do gasto público Monitoramento da execução orçamentária e financeira dos recursos empenhados nos Contratos continuados e nas Atas de Registros de Preços.	124
7.5.	Estratégia 5: Modelo de Gestão: Aprimoramento do modelo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS	125
7.6.	Estratégia 6: Fortalecimento das instâncias de controle social do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena	125
8.	REFERÊNCIAS.....	126

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 (SasiSUS) 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 SasiSUS 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 Secretária 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 impactos 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

A metodologia do Plano Distrital de Saúde Indígena 2024-2027 foi elaborada pela SESAI, no âmbito central e enviada aos DSEI em setembro de 2023. Na sede do DSEI, foram realizadas reuniões com os profissionais e chefes dos setores (SEOFI, SESANI, SELOG, DIASI E SEPAT). A partir dessas reuniões, cada setor ficou responsável em analisar o atual PDSI, realizando a avaliação crítica dos seus respectivos indicadores, fazendo o levantamento das necessidades específicas.

Em todo o processo de construção, foram utilizados documentos norteadores disponibilizados pela SESAI. Disponibilizou-se o modelo de PDSI proposto pelo nível central, sendo compartilhada a equipe técnica do DSEI, em formato Word e Excel para elaboração descritiva deste trabalho e dos indicadores de saúde a serem pactuados pelo DSEI, através da nuvem em formato web.

O Conselho Distrital de Saúde Indígena - CONDISI realizou reuniões com os Conselhos Locais de Saúde Indígena - CLSI, através de 8 etapas, o que propiciou a participação de mais de 636 indígenas representantes diversos da comunidade, como conselheiros, lideranças, profissionais de saúde, pajés e parteiras em todos os CLSI que compõe este distrito sanitário. As demandas levantadas nessas reuniões foram avaliadas detalhadamente pela equipe técnica do DSEI e consolidadas para serem inseridas no Plano Distrital de Saúde Indígena quadriênio (2024-2027) apresentadas neste trabalho.

3. CARACTERIZAÇÃO GERAL DO DSEI

Quadro 1 - Caracterização geral do DSEI KAIAPÓ-MT

Caracterização	Descrição
Extensão Territorial	9.512.254 km ²
Município sede do DSEI	Colíder-MT
Endereço	Av. Darci Gaviolli Penca, 626 B. Boa Esperança
E-mail	dseikmt.sesai@saude.gov.br
Município com população indígena em sua jurisdição	Juara-MT, Altamira-PA, Jacareacanga-PA, São Félix do Xingu-PA, Apiacás-MT, São José do Xingu-MT, Guarantã do Norte-MT, Matupá-MT, Peixoto de Azevedo-MT
Total da População Indígena	4.615 indígenas
Nome das Etnias existentes	Kayabi, Kayapó, Panará, Trumai, Apiaká, Munduruku, Juruna, Terena, Tapayuna/Oconã, Guarani, Suya, Tapirapé, Cinta Larga, Guajajara, Kuikuro, Txikão, Xipaya, Ikpeng, Kamayurá, Guarani.
Nº de Polos Base	03
Nº de UBSI	05
Nº de CASAI	03
Nº de Casas de Apoio aos indígenas nos municípios	01
Nº de Aldeias	62
Nº de Famílias	1508
Meios de transporte utilizados, se possível incluir a proporção	Terrestre – 30,16% Terrestre + fluvial – 55,54% Aéreo – 14,3%

Fonte: Siasi, 2023.

3.1. História da população Indígena

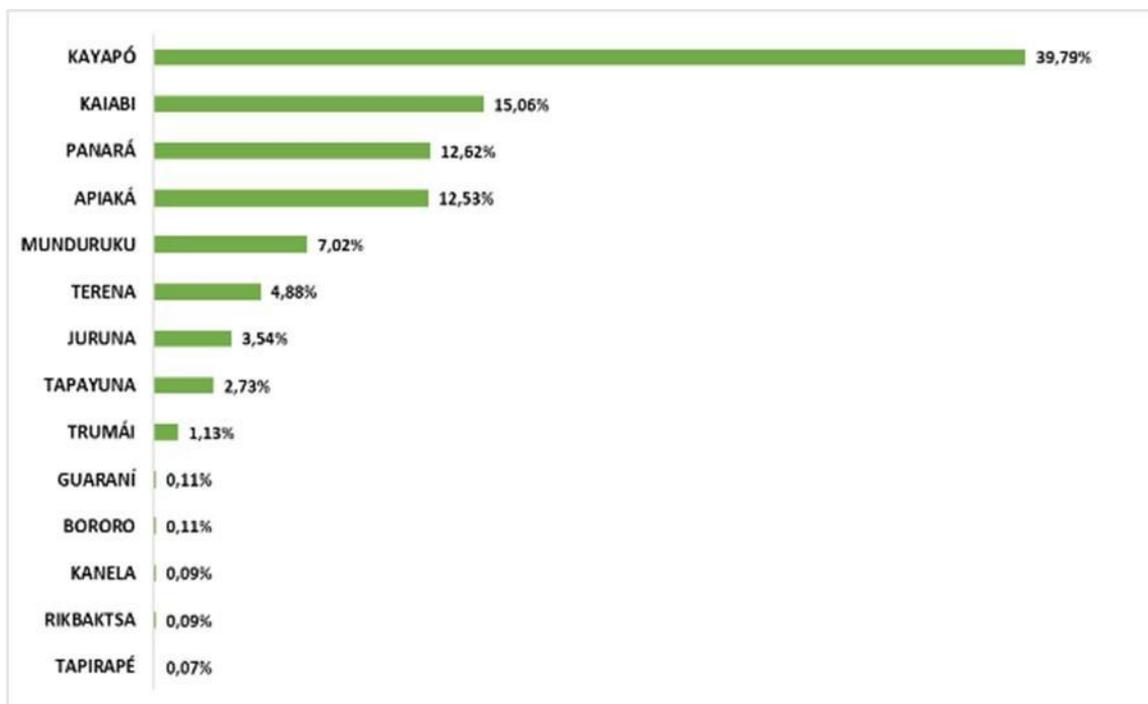
A História de resistência da população indígena, perpassa pela formação da população do Brasil e da sociedade nacional, a riqueza da sua pluralidade de sua cultural, das suas línguas e particularidades, influenciou as formas de viver da sociedade brasileira, estando hoje em um novo momento em que assumem o seu protagonismo valorizando os seus espaços, a sua identidade e os seus saberes (MAIA, 2022).

Com relação a nuvens de palavra observada na figura 1, ocorre análise da distribuição das etnias encontradas nas fontes de dados. Observa-se que a etnia de maior predominância na figura é a Kayapó, seguido de Kaiabi, Panará, Apiaká e Munduruku.

Atualmente o DSEI KMT possui uma população de 4.615 indígenas, 21 etnias, que vivem em 7 terras indígenas, sendo predominantemente jovens. Observando o percentual populacional por etnia, temos a etnia Kayapó representando a maior etnia

com 39,79% da população, seguida dos Kaiabi 15,06% e Panará 12,62% como demonstra o gráfico abaixo.

Figura 1 - Percentual populacional por etnia, DSEI Kaiapó-MT, ano 2023.



Fonte: DGISI/DGESI/SESAI/MS, 2023.

Compreender cada uma dessas etnias é importante para realização do vínculo que permite o cuidado integral por democratizar as práticas em saúde, enquanto constrói laços afetivos, confiança, respeito e valorização dos saberes dos usuários/família/trabalhadores de saúde (Jorge *et al.*, 2011).

A seguir abordar-se-á brevemente a história das seguintes etnias: Kayapó, Kayabi, Paraná, Tapayunã, Juruna, Munduruku, Apiaká, Terena, Trumai, Guarani, Suya e Tapirapé.

3.1.1 POVO KAIAPÓ

No século XIX, as comunidades próximas usavam o termo "kayapó", que significa "aqueles que se parecem com macacos". Isso pode ser derivado de um ritual que envolvia homens usando máscaras de macacos e fazendo danças curtas. Mesmo assim, eles se referem a si como Mebengokre, ou "os homens do furo de água" (Tanger *et al.*, 1991).

O grupo é um membro da família linguística Jê, que se origina do tronco Macro-

Jê. A língua portuguesa está presente em cada comunidade de acordo com a variante de contato, o grau de isolamento e a história (Freitas *et al.*, 2023).

No século XIX os Kayapó estavam divididos em três grandes grupos, os Irã'ãmranh-re ("os que passeiam nas planícies"), os Goroti Kumrenhtx ("os homens do verdadeiro grande grupo") e os Porekry ("os homens dos pequenos bambus"). Destes, descendem os sete subgrupos kayapó atuais: Gorotire, Kuben-Krân-Krên, Kôkramômô, Kararaô, Mekrãgnoti, Metyktire e Xikrin (PDSI 2020-2023).

Os diversos subgrupos atuais têm, portanto, diferentes histórias de contato com a sociedade nacional, mas consideram de impacto relevante o contato a partir dos anos 1950, principalmente com missionários, caçadores de pele e coletores de castanha. Nos anos 1970, com a construção da estrada Belém-Brasília e, uma década depois, da estrada Xinguara-São Félix do Xingu, se intensificam brutalmente os contatos e suas consequências para a população indígena, dividindo também o território tradicional e favorecendo a entrada massiva de garimpeiros em algumas regiões (Turner, 1993).

As lutas dos Mebêngôkre pela defesa do seu território nos anos 1980 permitiram acelerar os processos de homologação das terras indígenas e marcaram o início de experiências socioambientais apoiadas por cientistas e organizações não governamentais (ONGs). Essa aliança, reforçada pelo apoio de personalidades, mobilizou a atenção da mídia internacional sobre os problemas dos Kayapó e dos povos da floresta em geral. O processo de reconhecimento legal dos territórios tradicionais dos Mebêngôkre foi acelerado, sendo alguns homologados a partir dos anos 1990. Os trabalhos do antropólogo e etnobiólogo Darell Posey, pesquisador do Museu Paraense Emílio Goeldi na época, contribuíram para reforçar a reputação dos Kayapó por seus conhecimentos sobre biodiversidade e agrobiodiversidade. Apesar disso, os territórios dos Mebêngôkre continuaram sendo regularmente invadidos, seja para a exploração ilegal de madeira e ouro, seja pelas invasões organizadas por fazendeiros. Os Mebêngôkre-Kayapó continuam habitando e manejando seu meio ambiente com práticas tradicionais, obtendo a maior parte dos seus alimentos básicos por meio da agricultura tradicional em suas roças e quintais (ROBERT *et al.*, 2012).

Localidade Atual

O território do povo Mebêngôkre, uma ilha de floresta cercada de pastagens, é

constituído por um conjunto de cinco Terras Indígenas contíguas (TI Baú, TI Kayapó, TI Mekragnoti, TI Badjônkôre, TI Capoto/Jarina), em continuidade territorial com o Parque Indígena do Xingu, assimilado a um foco regional maior de biodiversidade e agrobiodiversidade.

Os indígenas pertencentes ao DSEI KAIAPÓ-MT, vivem a sua maioria no território dos municípios de Peixoto de Azevedo-MT e São José do Xingu- MT, ambos no TI Capoto/Jarina. Além desse bloco, existem outras três Terras Indígenas habitadas pelos Mebêngôkre: TI Xikrin do Cateté, localizada ao norte da estrada Xinguara/ São Félix do Xingu; a TI Kararaô e a TI Trincheira-Bacajá, próximas à Transamazônica; e a TI Las Casas, perto da cidade de Redenção, Pará.

Essas Terras Indígenas, homologadas, contíguas ou não, possuem características diferentes e somam um total de mais de 13 milhões de hectares em ambas as margens do rio Xingu. A população Mebêngôkre é estimada em 8.000 pessoas, repartidas em vinte aldeias principais, espalhadas pelo sul do estado do Pará e norte do Mato Grosso, e também em centros urbanos como Redenção, Tucumã e Ourilândia. A maioria dos Kayapó reside de maneira permanente em suas aldeias e ficará provisoriamente fora de suas Terras Indígenas (Robert *et al.*, 2012).

Modo de Vida

As aldeias Kayapó são relativamente grandes em relação ao padrão amazônico: se uma aldeia indígena costuma variar entre 30 e 80 pessoas, entre os Kayapó, esse número flutua entre 200 e 500 habitantes (Instituto Socioambiental, 2021).

Suas aldeias tradicionais são compostas por um círculo de casas construídas em torno de uma grande praça descampada. No centro da aldeia, encontra-se a casa dos homens, onde as associações políticas masculinas se reúnem diariamente. Esse centro é um lugar simbólico, origem e coração da organização social e ritual dos Kayapó, famoso por sua complexidade. É interessante notar que essa estrutura espacial e simbólica é encontrada em outros grupos Jê (Instituto Socioambiental, 2021).

Os Kayapó são monogâmicos. Quando um homem se casa, ele deixa a casa dos homens para habitar sob o teto de sua esposa. As mulheres, por sua vez, jamais deixam sua residência materna. Teoricamente, uma casa abriga várias famílias conjugais: uma avó e seu marido, suas filhas com seus esposos e crianças. Quando

o número de residências se torna grande demais (40 pessoas ou mais), o grupo residencial sofre uma cisão e constrói uma ou mais casas novas contíguas à primeira (Instituto Socioambiental, 2021).

A sociedade Kayapó se considera parte integrante de um mundo circular e vêem o processo do universo e da vida como cíclico, os ciclos do tempo ecológico e estrutural que determinam e acompanham a vida e as atividades humanas. Os Kayapó, homens e mulheres, desempenham suas atividades, independentes enquanto grupos, e espacialmente separados (Freitas *et al.*, 2023)

São especialmente as mulheres que destinam as atividades das roças a preparação dos alimentos, a cultura e a educação dos filhos. Estas roças, são cultivadas em um raio médio de quatro a seis quilômetros da aldeia, são geridas por elas além da educação dos filhos, dos afazeres da casa. Já os homens, realizam outras atividades do lado de fora da casa: a caça, a pesca, as caminhadas, a fabricação de objetos e ferramentas, ou simplesmente a conversa na casa dos homens, lugar onde eles se reúnem para discutir suas tarefas cotidianas, fabricarem seus artefatos e objetos dos rituais (Turner, 1991; Freitas, 2023).

Práticas alimentares

Os Kayapó são exigentes na escolha de terras potencialmente férteis: o oásis ideal é uma porção de floresta com uma vegetação não muito densa, não longe de um rio e situada no pé de colinas. Os Kayapó fazem uma distinção entre diferentes tipos de terrenos e de florestas. A escolha de um lugar conveniente para o estabelecimento de uma nova aldeia ou de uma nova roça não se faz de modo precipitado. Especialistas examinam cuidadosamente a terra, sua cor e sua composição. A vegetação existente é igualmente tomada em consideração (Instituto Socioambiental, 2021).

No que se refere à arte culinária Kayapó, destacam-se os alimentos assados no forno. Hoje, os Kayapó usam panelas de alumínio para carregar água ou para cozinhar o arroz ou macarrão, produtos comprados na cidade, havendo nas aldeias um aumento de consumo de produtos industrializados. Porém, mantém nas roças o cultivo e a produção de subsistência de alguns gêneros alimentícios mais tradicionais como a mandioca, o milho, pequi, o palmito e as abóboras. A Carne vem da caça, o peixe e tracajás no rio. O modo de preparo tradicional se mantém, como os grandes bolos de farinha de mandioca embrulhados em folhas de bananeiras denominado

Juwocupú, sendo assados diariamente no grande forno de pedra o Ki situado atrás das casas na aldeia. Ele faz parte integrante da vida dos Kayapó e não se pode imaginar sua aldeia sem ele. A construção e o manejo do forno são tarefas das mulheres, especialmente quando há muito alimento para assar, as mulheres se reúnem e tratam do forno e da comida (Freitas *et al.*, 2023).

Saberes Tradicionais

O povo Kayapó, como verdadeiros exemplos de diversidade cultural, compreendendo a relação existente entre sua arte, costumes, modo de vida, política e uma grandiosa harmonia com meio ambiente são fantásticos guardiões de seus territórios tradicionais. Os saberes tradicionais são diversos na cultura Kayapó, sendo observada na comida, no cuidado realizado pelos Xamãs, na pintura corporal, nos rituais.

Na comunidade indígena Kayapó, permanece o saber da doença do branco e do indígena, sendo tratados pela equipe de saúde da aldeia e da cidade, mas também pela medicina tradicional, realizadas pelo Pajé respectivamente. Este é o auxílio em promover o cuidado integral no processo saúde doença.

Os rituais Kayapó são numerosos e diversos, mas sua importância e duração variam fortemente. Eles são divididos em três categorias principais: as grandes cerimônias de confirmação de nomes pessoais; certos ritos agrícolas, de caça, de pesca e de ocasião - por exemplo, aqueles realizados quando ocorre um eclipse solar ou lunar e, por fim, os ritos de passagem. Estes últimos são frequentemente solenes, acompanhados de danças ou cantos, e organizados para anunciar publicamente a passagem de algumas pessoas de uma classe de idade para outra (Freitas *et al.*, 2023).

Atualmente, as terras indígenas são basicamente a única barreira contra a onda de desmatamento que vem devastando o sudeste da Amazônia, onde florestas dão lugar à agricultura. Este efeito de barreira ocorre porque os povos indígenas, que dependem da floresta para sua sobrevivência, lutam ativamente por seus direitos territoriais e expansão de suas fronteiras.

3.1.2 POVO KAYABI

Os Kaiabi/Kawaiwete são indígenas que pertencem ao tronco linguístico Tupí, da família Tupí-Guarani. Sua denominação mais comum não é autodeclarada, sendo chamados de Kaiabi pela etnia Apiaká, significando “tribo hostil”, tendo sua primeira aparição literária nos registros de Francis de Castelnau como “Cajahis”, em 1850. A partir disso, seus registros em outros documentos usavam essa mesma denominação com outras grafias. Todavia, atualmente, se autodenominam Kawaiwete, que significa “o povo verdadeiro” (Senra, 2002).

De acordo com Coudreau (1997) citado por Oliveira (2010), até o final do século XIX, os Kawaiwete não habitavam o baixo curso do rio Teles Pires. Seu território tradicional estaria localizado acima da cachoeira Sete Quedas, no médio e alto curso do mesmo rio, na área Paraense. No entanto, os indígenas Kawaiwete teriam migrado em função da presença dos seringueiros em seu território (Souza *et al.*, 2021).

O primeiro contato efetivo com a etnia Kawaiwete teria sido através da expedição Pyreneus de Souza, enviada por Marechal Rondon em 1915 para efetivar o levantamento topográfico do rio Teles Pires com o objetivo de construir a linha telegráfica entre Cuiabá e Porto Velho. Neste contato, os expedicionários passaram uma semana em território Kawaiwete, convivendo com os mesmos no médio Teles Pires amistosamente após o interesse dos indivíduos Kawaiwete por seus metais (Souza *et al.*, 2021).

Entre as décadas de 1940 e 1950, com a retomada da borracha no mercado internacional, a área Amazônica foi cada vez mais afetada pelas empreitadas pela extração do látex, criando conflitos entre os povos originários e os seringalistas e seringueiros. Além disso, o governo mato-grossense passou a oferecer incentivos fiscais para as empresas privadas que tivessem interesse em colonizar a área, seguindo o projeto político e ideológico de Getúlio Vargas da Marcha para oeste (Souza *et al.*, 2021). A Marcha era uma forma de integrar física e economicamente o país, incluindo áreas que para eles eram de vazios demográficos na Divisão Regional do Trabalho, o que englobava a captura e incorporação de mão-de-obra dos povos indígenas na produção capitalista (Silva, 2019).

Este movimento trouxe consigo a alienação dos territórios tradicionais Kawaiwete, além de mortes por doenças contagiosas, principalmente o sarampo, e

por violência sobre aqueles que não se submetiam ao trabalho nos seringais. Assim, com o objetivo de consolidar a política de interiorização do governo Vargas nas regiões do Xingu e do Tapajós, a Expedição Roncador-Xingu, liderada pelos irmãos Villas-Bôas, foi implementada. Eles foram responsáveis pelo estabelecimento de contato com várias etnias, promovendo sua pacificação e comprometendo-se a proteger esses povos das incursões econômicas ligadas à extração da borracha. Os irmãos começaram, com o apoio do líder Prepori Kaiabi, a transferir os indígenas para a área do Parque Indígena do Xingu, tendo como marco a ação de 1966, conhecida como Operação Kaiabi. Os que não aceitaram a mudança, com a pressão da invasão dos seringueiros, se deslocaram ao norte, para onde é hoje a Terra Indígena Kayabi no Sul do Pará, outros se deslocaram para a atual Terra Indígena Apiaká-Kayabi no rio Arinos (Senra, 2002).

Localidade Atual

O DSEI KAIAPÓ-MT, presta assistência a duas Terras Indígenas (TI) com etnia Kayabi, T.I Kayabi e a T.I Kayabi – Apiakas.

A Terra Indígena Kayabi se encontra na divisa dos estados do Mato Grosso e do Pará, mais precisamente nos municípios de Apiacás/MT e Jacareacanga/PA, estando localizado na Bacia dos Tapajós, no baixo curso do rio Teles Pires. O rio Teles Pires é o marco físico determinado enquanto divisa dos dois estados e perpassa toda a área indígena. A Bacia dos Tapajós é, segundo Tempesta (2010), o território cultural Tupí, uma área de forte territorialização das etnias, sendo, também, seu espaço de mobilidade a partir das invasões não-indígenas. São abrigo de espíritos e moradas ancestrais, um patrimônio dos povos (Vega *et al.*, 2021).

Já a TI Apiaká-Kayabi está localizada na região do Rio dos Peixes (Mato Grosso), abaixo do grande salto desse rio. Essa área é compartilhada com outros dois povos, os Apiakás e os Mundurucus, e por grupos indígenas isolados no Rio dos Peixes (Instituto Socioambiental, 2021).

Modo de Vida

O trabalho entre os povos indígenas no Brasil segue um padrão muito comum: os homens abrem a roça, caçam, pescam e fabricam utensílios necessários para a realização de suas atividades. Além disso, constroem as casas, buscam e transportam

lenha, coletam mel e sabem construir canoas. As mulheres plantam, colhem e transportam os produtos da roça, preparam os alimentos, fiam o algodão para confeccionar redes e tipoiás (faixas para carregar crianças) e fabricam pulseiras e colares a partir da amêndoa de diversos tipos de palmeira. Em conjunto, homens e mulheres coletam e transportam frutos, cuidam das crianças e da criação de animais domésticos (Senra, 2002).

É notável uma mudança em sua arquitetura de suas residências nas aldeias indígenas. Antes da transferência para o Xingu, as casas eram grandes, pois abrigavam todos os membros de uma família extensa. Eram casas de duas águas que mediam em torno de 12 metros de largura por 24 de comprimento e sua cobertura de palha ia até o chão.

Práticas Alimentares

Os Kawaiwete são conhecidos por sua culinária rica e variada, tanto no modo de preparo dos alimentos quanto no uso de grande diversidade de ingredientes: cultivos agrícolas, peixes e carnes de caça. A farinha (u'i) é feita da mandioca, armazenada em cabaças e constitui o alimento básico mais importante. A massa úmida de mandioca peneirada pode também ser transformada em beijus, mani'ókó'ó ou meiyu. Esses beijus têm uma consistência pastosa, não são temperados e permanecem comestíveis por vários dias. Outra alternativa consiste em misturar a massa de mandioca com a castanha do Brasil bem socada, fazer uma bola grande e colocá-la nas cinzas da fogueira. Este é o mani'okanapé. Forma-se assim uma crosta dura, que exala um cheiro apetitoso. O preparo de todas as variedades de inhame, batata-doce, tajá e mangarito é o mesmo. Os tubérculos feculosos são tostados na cinza quente, próximo ao fogo, e comidos descascados. Pode-se fazer a chicha, bebida fermentada, com a batata-doce: elas são cozidas, amassadas e misturadas com água. Resulta daí uma bebida quente, doce, saciante e não fermentada: yétiki (SENRA, 2002).

As atividades econômicas, principalmente vinculadas à agricultura, são orientadas para garantir a segurança alimentar das famílias, abrangendo tanto o consumo próprio quanto a comercialização de produtos excedentes. Isso se reflete, por exemplo, nas práticas das etnias Kaiabi, Apiaká e Munduruku do município de Juara, que se dedicam à coleta e venda da Castanha do Pará. Esse projeto tem como

principal objetivo dar suporte às comunidades indígenas no que tange a preservação de seu modo de vida, bem como, obter autonomia financeira, por meio de um modelo sustentável e compatível com a preservação da floresta (Instituto Socioambiental, 2021).

O povo Kayabi é um grupo com uma forte tradição agrícola, que se manteve apesar da transferência de território. Sua horticultura é diversificada, compreendendo variedades de plantas cultivadas e um sistema agrícola bem-organizado, como as roças poli varietais de mandioca e as roças de poli cultivo. Nas roças de policultivo plantam-se diversas espécies, que exigem melhores solos (áreas de terra preta): milho, algodão, amendoim, batata, cará, banana, fava, cana, abóbora e, melancia.

Saberes Tradicionais

Historicamente, os Kawaiwete possuíam diversos pajés, conhecidos por seu papel essencial no tratamento de doenças. No entanto, nas últimas décadas, a conversão religiosa promovida por missões cristãs, incluindo o Instituto de Linguística de Verão (SIL) e outras organizações, tem gradualmente deslegitimado a atuação dos pajés devido às críticas intensas às práticas xamânicas. Atualmente, a iniciação xamânica é menos frequente nas aldeias atendidas pelo DSEI, embora a cultura xamânica ainda persista (Instituto Socioambiental, 2021).

Os Kayabis têm uma cultura material elaborada e grandemente diversificada, sendo a cestaria e o trabalho de madeira atividades artesanais masculinas, a cerâmica e a tecelagem feminina, os itens mais expressivos são: peneiras; apas (um tipo de peneira); e cestos confeccionados pelos homens, ornamentos com grandes variedades de compressores de grandes padrões gráficos que representam figuras da rica cosmologias e mitologia do grupo (Senra, 2002).

Os povos da TI Kayabi continuam sofrendo pressões dos grandes projetos de investimento, bem como dos grandes empresários e garimpeiros. Estas ameaças significam o fim de territórios ancestrais e do modo de vida das comunidades, além de trazer doenças, prostituição, urbanização desordenada, pobreza, tráfico de drogas e destruição do meio ambiente (Vega *et al.*, 2021).

3.1.3 POVO PANARÁ

Até o contato com os irmãos Villas Boas, em 1972, os Panará eram um povo sobre o qual pouco se sabia. Habitavam a região do rio Peixoto de Azevedo e outros tributários do rio Teles Pires, além do rio Iriri, afluente do Xingu. Encontravam-se justamente no interflúvio das duas grandes bacias do Xingu e Tapajós, próximo à Serra do Cachimbo. Entretanto, a história panará remete há um tempo e espaço longínquos. O grupo é descendente, como se verificou em comparações históricas e linguísticas, dos Cayapó do Sul, um vasto grupo que habitava a região onde hoje é a fronteira dos estados do Mato Grosso do Sul, São Paulo, Minas Gerais e Goiás. No período colonial foram contatados e praticamente dizimados. O grupo provavelmente se espalhou pelo interior do país e os Panará de hoje são seus sobreviventes (Giraldin, 1997; Mead, 2010; Vasconcelos, 2013; de Lima, 2017).

Os Panará viviam na região isolados, tendo contatos esporádicos em conflitos bélicos com povos vizinhos, notadamente os Kayapó e os Kaiabi. Tinham fama entre estes de serem bravios e aguerridos. Em 1961, uma expedição inglesa comandada por Richard Mason, que explorava o rio Iriri, teve um encontro desafortunado com os Panará, que resultou na morte de Mason (Hemming, 2007). Em 1967, um ataque kayapó com armas de fogo provocou mais de 20 baixas no grupo, o que deu a eles embora sem sucesso (Cowell, 1974). Em 1969, os sertanistas Orlando e Cláudio Villas Boas sobrevoaram aldeias panará, mas o contato por terra foi inviabilizado pela desarticulação da frente de atração, devido à falta de recursos. Foi apenas em 1972, quando as obras da BR-163 alcançavam a região, que uma frente de atração, novamente comandada pelos irmãos Villas Boas, foi enviada ao local (de Lima *et al.*, 2017).

Eles foram contratados oficialmente em 1973, quando a estrada Cuiabá-Santarém cortava seu território tradicional na região do Rio Peixoto Azevedo. A violência do contato causou a morte de 2/3 de sua população, por doenças e massacres (ARNT, R *et al.*, 1998).

A remoção dos Panará para o PIX ocorreu em 1975. Aí viveram durante 22 anos. Após um intenso e longo processo de luta, lograram ocupar uma terra ainda preservada às margens do rio Iriri, no norte do Mato Grosso e sul do Pará, no território tradicional. O ano de 2017 celebra os 20 anos de retorno dos Panará ao seu território.

Festejado na aldeia Nãsêpotiti, na atual TI Panará, a data assinala o momento (1997) em que a volta dos Panará foi concluída e o grupo iniciou uma nova fase na sua trajetória. Marca uma conquista diante dos anos vividos em exílio no PIX, de onde sempre quiseram partir com o intuito de voltar a Panará jō kypa, como chamam o território panará. Hoje o grupo vive na TI Panará, distribuído em cinco aldeias, somando mais de 730 pessoas. Quando retornaram, na década de 1990, eram pouco mais de 180 pessoas. O crescimento populacional é um dos efeitos visíveis que a retomada da terra suscitou (de Lima *et al.*, 2017).

Localidade Atual

Os Panará, após serem transferidos de volta à sua terra de origem, residem atualmente na Terra Indígena dos Panará. Esta área está localizada entre os municípios de Guarantã do Norte e Matupa, no Mato Grosso, e Altamira, no Pará, cobrindo uma extensão de floresta de 495.000 hectares. A demarcação dessa terra foi realizada pelo governo federal em 1996 (ARNT, R *et al.*, 2021).

Modo de Vida

Os Panará vivem numa aldeia circular, com residências situadas na periferia do círculo. No centro fica a Casa dos Homens, como em outras aldeias dos grupos de família linguística jê. No círculo da aldeia estão fixados os lugares dos quatro clãs do buriti”), *keatsôtantera* (“os das folhas do buriti”), *kukrenôantera* (“os sem casa”) e *kwôtsitantera* (“os da costela”) (ARNT, R *et al.*, 2021).

Os Panará dividem suas aldeias de acordo com os clãs que compõem a sua sociedade, mantendo uma relação direta entre espacialidade e organização social. Quatro são os clãs que se relacionam exogamicamente, cada Panará pertencendo a um deles, de acordo com a descendência materna. Os clãs panarás possuem uma localização fixa no círculo aldeão. São dispostos literalmente a partir do eixo leste-oeste, determinado a partir do caminho do sol durante o dia (Instituto Socioambiental, 2021).

Práticas Alimentares

Os Panará plantam milho, batata, cará, várias espécies de banana, mandioca, abóbora e amendoim. Nas terras férteis do Peixoto e do Iriri as mesmas bananeiras dão frutos durante anos a fio (ARNT, R *et al.*, 2021).

A pesca ocorre tanto no período de cheia ou de seca, já que as técnicas de captura dos peixes variam de acordo com o nível da água: timbó na estação de águas

baixas e arco e flecha nas águas cheias. A caça é a atividade masculina mais prestigiada. Anta, macaco-prego, macaco-aranha, paca, jacu, mutum e outros galináceos são abatidos com arco, flecha e borduna. Sobretudo o conhecimento dos animais e do ecossistema, mais do que força ou tecnologia, garante os resultados das empreitadas. Como coletores, os Panará valorizam muito as diversas qualidades de mel que recolhem, comendo-o puro, misturado com açaí, ou diluído n'água. Apreciam também mamão-bravo, cupuaçu, cacau-selvagem, caju, buriti, tucum, macaúba, inajá, mangaba, pequi e a importante castanha-do-pará, coletada entre novembro e fevereiro, justamente no período em que as roças já foram plantadas, mas não começaram a produzir (ARNT, R *et al.*, 2021).

Saberes Tradicionais

Muitos rituais são realizados, cada qual consoante a ocasião. Desde cedo as crianças têm suas orelhas furadas e, dos meninos, além das orelhas, furam-se os lábios. Além dos furos são feitas escarificações, todos permeados pelo respectivo ritual. A corrida de toras é a atividade cerimonial mais importante, feita em vários momentos: na festa da puberdade feminina; após expedições guerreiras; ou por si só. É a maior demonstração pública da força e energia masculina (Instituto Socioambiental, 2021).

Os nomes panarás são transmitidos pelos homens. É o pai que dá nome ao filho e é a irmã do pai, ou algum outro parente feminino do clã do pai, que dá o nome à filha. Os homens dão para seus filhos seus próprios nomes, ou os nomes dos seus irmãos, ou outros parentes. Todo mundo tem pelo menos dois nomes, alguns até uma dúzia. Todo nome corresponde ao nome de algum antepassado e foram os antepassados míticos que deram os nomes aos Panará, bem como aos animais, aos pássaros e aos peixes (Instituto Socioambiental, 2021).

3.1.4 POVO TAPAYUNÃ

Os Tapayuna se autodenominam Kajkwakratxi e contam atualmente com cerca de 200 pessoas vivendo em duas terras indígenas: Capoto Jarina, dos Mebêngôkre (Kayapó); e TI Wawi, dos Kĩsêdjê (Suyá), ambas no estado do Mato Grosso. Os Tapayuna viviam, até 1970, no noroeste do Mato Grosso, notadamente na margem esquerda do rio Arinos, região que teve como principal precursora da colonização a

empresa Colonizadora Noroeste Matogrossense – Conomali. Na década de 1950, aparecem as primeiras alusões aos Tapayuna – usualmente referidos como Beijo de Pau pelo uso dos botoques labiais – por meio de correspondências enviadas pelos padres jesuítas da Prelazia de Diamantino, que advertiam o Serviço de Proteção ao Índio (SPI) sobre vulnerabilidade dos Irantxe (que se autodenominam Manoki) diante dos constantes ataques dos Tapayuna (DE LIMA *et al.*, 2017).

Os Tapayuna se autodenominam *Kajkwakratxi* que significa “tronco do céu”, pois este povo vivia na direção onde fica o sol nascente.

Na década de 1950, os Tapayuna sofreram envenenamento com arsênico no açúcar, organizado pelo seringalista e ex-prefeito da cidade de Diamantino–MT, Benedito Bruno. Este evento foi noticiado no Jornal do Brasil, em 1968, quase 15 anos após o ocorrido, período no qual os Tapayuna ganham forte evidência jornalística. Foram cinco as tentativas oficiais de “pacificação” dos Tapayuna, conduzidas pelos padres da Prelazia de Diamantino, entre os anos de 1958 a 1967, com incentivos financeiros e logísticos da empresa Conomali, que investia em obras de infraestrutura, portos, rodovias e criação de novas cidades. Na década de 1960, os Tapayuna foram vítimas de um segundo envenenamento, desta vez com carne de anta envenenada, provavelmente por colonos da região (de Lima *et al.*, 2017).

Os 41 sobreviventes foram transferidos para o Parque Indígena do Xingu, vivendo primeiramente na aldeia dos Kĩsêdjê (mais conhecidos como Suyá), que também falam uma língua da família Jê. Nos anos 1980, com a morte de um importante líder e pajé, uma parte do povo Tapayuna foi morar com os Mebengôkrê (Kayapó), na Terra Indígena Capoto-Jarina. O fato dos Tapayuna morarem em aldeias kĩsêdjê e mebengôkrê provocou o enfraquecimento da língua e cultura (Instituto Socioambiental, 2021).

Localidade Atual

Os Tapayuna vivem desde meados da década de 1980 no Parque Indígena do Xingu e nas terras indígenas Wawi e Capoto-Jarina, esta última território dos Mebengôkrê (mais conhecidos como Kayapó) (Instituto Socioambiental, 2018). Residem na Aldeia Kawêretxikô tendo uma população de mais de 160 indígenas (SIASI, 2023).

Modo de Vida

A maioria dos Tapayuna reconhece ser um povo “misturado”. Um deles, contudo, um senhor tapayuna nascido nos Arinos e casado com mulher tapayuna, afirma que os “verdadeiros” Tapayuna estão no Kawêrêtxikô e não no Wawi, onde ele alega ser todos misturados com Kĩsêdjê. Acredito que a observação desse senhor indica que a mistura com os Kĩsêdjê parece ser mais descaracterizante em relação aos Mebêngôkre, principalmente devido às semelhanças linguísticas, culturais e históricas entre eles. Isso requer, em determinadas situações, um esforço mais veemente e pronunciado para manter uma distintividade em relação aos Kĩsêdjê, a fim de se estabelecerem como um povo único (Lima, 2020).

No passado Segundo relatório de Thomaz de Aquino, os Tapayuna exerciam na aldeia atividades de caça e pesca, derrubavam a mata para plantio, coletavam mel, plantavam e colhiam os alimentos da roça, confeccionavam artefatos (cestos, peneiras, esteira, flechas, bordunas, arcos, instrumentos musicais, etc.). Os Tapayuna são artesãos assíduos, os homens geralmente confeccionam bordunas, cocares, arcos e flechas, remos, colares, braceletes, etc. Para as bordunas, arcos e flechas são utilizadas madeiras de ipê-amarelo, tronco de inajá e bacaba. Os remos são feitos de guarantã, a qual é um tipo de árvore bem resistente. Os cocares são feitos de penas de arara-azul, de mutum, papagaio e garças. As mulheres produzem colares e pulseiras feitas de miçangas, além de cestos e esteiras. Tanto os artesanatos feitos pelos homens quanto pelas mulheres utilizam fios de palha de buriti e de algodão (Lima, 2020).

Práticas Alimentares

A alimentação dos Tapayuna vem sendo profundamente alterada nos últimos anos e décadas em decorrência dos deslocamentos territoriais que provocaram mudanças de meio ambiente, a incorporação de técnicas e hábitos alimentares dos outros povos e, atualmente, o consumo progressivo de gêneros alimentícios adquiridos na cidade (LIMA, 2020).

No passado muitos dos alimentos coletados nos Arinos eram extraídos pelas mulheres, tais como: ingá, mamona, frutas vermelhas, denominadas hwĩtykanrêk, bacaba, açaí, buriti, inajá, etc. O pé de inajá era cortado para extração de palmito, chamado riknhõ. Os palmitos eram consumidos, em pequenos pedaços, cru ou com

carne de caça. Os ponteiros dos cachos de banana eram assados no fogo. A bacaba, uma palmeira nativa da Amazônia, também era um item importante na dieta tapayuna. As bacabas eram esquentadas no fogo para amolecer e deixadas para secar. Quando estavam bem secas eram batidas no pilão e o pó era utilizado para fazer uma bebida chamada kwârâ kango. As mulheres preparavam, e ainda o fazem, o forno de terra (kij), no qual assam todos os tipos de carne e alguns outros alimentos, dentre os quais o berarubu, kwârâ iandoro, feito com carne de caça, cozida ou assada, ou peixe e massa de mandioca-brava (Lima, 2020).

Atualmente nas roças e quintais do Kawêrêtxikô, como mamão, banana, melancia e abacaxi também foram posteriormente incorporadas na dieta tapayuna. Apesar da introdução de determinadas espécies cultiváveis e da importância da coleta, a prática da agricultura era bastante disseminada e mantinha um papel crucial na dieta alimentar dos Tapayuna (Lima, 2020).

Saberes Tradicionais

Os Tapayuna, como ocorre entre os Kîsêdjê, possuem dois tipos de xamã, denominados wayanga e katwâjkere. O wayanga pode aplicar seus conhecimentos para cura, mas também para provocar enfermidades e mortes (Lima, 2020).

A criação do Kawêrêtxikô motivou a retomada de rituais que os Tapayuna sentiam-se tolhidos de realizar enquanto viviam em aldeia mebêngôkre. Algumas dessas cerimônias são tipicamente xinguanos.

3.1.5 POVO JURUNA

Breve Histórico

Há muito tempo que a população indígena sofre com toda sorte de perseguição no Brasil. Segundo dados do Instituto Socioambiental (ISA, 2021) publicados no verbete Yudjá/Juruna, na categoria Parque indígena do Xingu do Povos Indígenas no Brasil, por Tânia Stolze Lima e Eric Macedo, os Yudjá possuíam uma população de 2000 pessoas em 1842; 200 em 1884; 150 em 1896, 52 em 1916 e 37 em 19502. Entre a década de 60 e fim da década de 90 o grupo foi dividido em duas aldeias – Saúva e Tubatuba (de Oliveira *et al.*, 2021).

Os jurunas são canoeiros do rio Xingu desde os tempos pré-coloniais, esse seu estado do Pará, até o encontro dos rios formadores de sua cabeceira, no estado do

Mato Grosso – nos dois sentidos. Esses movimentos migratórios foram registrados na literatura histórica, do início da colonização portuguesa da Amazônia (Nondini *et al.*, 2014).

Conflitos interétnicos (com outros indígenas, com os missionários e com os seringueiros) e doenças (adquiridas no contato com o não-índio) causaram grande decréscimo da população juruna, o que levou a sua quase extinção entre os séculos XIX e XX. Em 1949, na Expedição Roncador-Xingu, Cláudio e Orlando Villas-Bôas entraram em contato com 45 juruna à montante da cachoeira Von Martius, na foz do rio Manitsawá no rio Xingu, local onde hoje permanece a aldeia Tubatuba-Maitxiri (no setor setentrional do Alto Xingu). Estes eram constituídos de uma geração oriunda de casamentos interétnicos entre os juruna, e os índios kamaiurá, trumai e suyá que, já vivendo em condições pacíficas, não haviam experimentado o contato com os seringueiros e mantiveram a cultura juruna (Villas-Bôas, 1970; Mondini, 2014).

Localidade Atual

Atualmente, os jurunas que permanecem no médio e no baixo curso do rio habitam aldeias na Terra Indígena Kapoto/Jarina/MT Aldeias Mupa, Maida, Aribaru e Pakaya. Também vivem na Terra Indígena Paquiçamba/PA; e, na Área Indígena Juruna do Km 17/PA e às margens da rodovia Ernesto Accyoli – PA-415 (MONDINI, 2014; ISA, 2021).

Modo de Vida

A organização da vida social é regida por um princípio sociológico personificado na figura de um “dono”. Esse princípio transforma um conjunto de pessoas unidas por laços de parentesco em um grupo político plenamente constituído. Esse grupo pode ser formado por um agrupamento de aldeias, incluindo uma aldeia-mãe e outras derivadas, ou por um grupo doméstico que habita uma seção residencial ou até mesmo uma única casa. Em um nível intermediário, o da aldeia, a unidade desta pode ser expressa espacialmente em uma Casa do Cauim, idealmente construída pelo dono da aldeia (mas uma casa velha pode ser aproveitada para esse fim), que funciona como uma cozinha coletiva para o trabalho feminino de processamento dos produtos.

Práticas Alimentares

Uma das principais práticas alimentares do povo Juruna é o *caxiri*, ou *cauim*

dubia é uma bebida alcoólica fermentada à base de mandioca e de batata-doce e fermentada por microrganismos que estão presentes nas matérias-primas utilizadas para a sua produção. O *caxiri*, em particular, é tradicionalmente relacionado com rituais sagrados e profanos dos indígenas e bebido ritualmente durante as festas indígenas, mutirões ou trabalhos coletivos, como na derrubada ou no plantio das roças (Santos, 2010).

Seus hábitos alimentares incluem o consumo de pratos feitos à base de peixes e quelônios aquáticos e de mandioca, arroz, bata-doce, batata, cará, banana, farinha de mandioca e mel (Santos, 2020).

O povo da etnia Juruna tem uma cultura rica e diversa, que inclui a tatuagem facial, a perfuração das orelhas e do lábio inferior dos homens, a escarificação das coxas, a corrida de toras, a festa da puberdade feminina, o cauim (bebida fermentada) e os cantos sagrados. Os indígenas desse grupo também têm um sistema de clãs exogâmicos, que determina a organização social e espacial das aldeias (Instituto Socioambiental, 2021).

Saberes Tradicionais

Segundo o Instituto Socioambiental as coordenadas cosmológicas dos *Yudjá/Juruna* são três: A vida e a morte está longe de ser uma dicotomia drástica de nossa cosmologia, pois a algumas transições cruciais, como as mortes passageiras provocadas pelo sono e a expressão mais típica são os sonhos até as mortes antecipadas.

Em segundo lugar, o eixo principal do mundo é o rio, a floresta, o céu e a terra. Todas as coisas existem e podem ser duplicadas a partir de tais oposições entre os humanos e os espíritos dos mortos. Acreditam que todas as coisas que existem na terra e existem no céu (terra parecida com a nossa).

E a terceira é a cosmologia entre os pontos de vistas do sujeito humano vivo e desperto com o ponto de vista dos mortos. Para os Jurunas a complexidade e o dinamismo da cosmologia dependem do estreitamento deste confronto.

3.1.6 POVO MUNDURUKU

Breve Histórico

Os Munduruku são indígenas pertencentes à família linguística Munduruku, do tronco Tupí, e sua denominação foi dada a partir de como a etnia Parintintins, rivais,

os chamavam, já sua autodenominação é *Wuyjuyu* (Souza, 2021).

Com a ascensão da borracha na economia internacional, entre o fim do século XIX e início do século XX, a Amazônia foi inserida no sistema capitalista e alvo de um extrativismo predatório. Com isso, havia a tentativa de cooptar a mão-de-obra indígena para trabalhar nos seringais, e, mesmo os que não se inseriram nesta relação, coexistiam com os trabalhadores, em busca de trocar seus produtos por bens industrializados. Com isso os indígenas passaram a conviver com epidemias, expropriação de suas terras e violência (Ramos, 2003).

Os Munduruku passaram a se deslocar territorialmente, principalmente para as margens dos rios, como ocorreu na epidemia de sarampo nos anos 1940. Neste mesmo ano, o SPI, instalou seus postos de atração, primeiramente o Posto de Atração Kaiabi e, dois anos depois, o Posto Indígena de Atração Munduruku (Ramos, 2003).

Segundo Oliveira (2010), o Posto Kaiabi foi responsável pela presença Munduruku no baixo Teles Pires, visto que, por não quererem ocupar a área de instalação do posto, os Kawaiwete se instalaram em seus territórios tradicionais às margens do rio Cururuzinho. Em 1975 a FUNAI reativou o Posto, o renomeou como Posto de Atração Teles Pires, e propôs aos Munduruku dispersos no alto Tapajós, longe de suas aldeias tradicionais, que se alterassem nos arredores do Posto, com isso, receberiam auxílio governamental e assistência médica.

Localidade

Os Munduruku estão situados em regiões e territórios diferentes nos estados do Pará (sudoeste, calha e afluentes do rio Tapajós, nos municípios de Santarém, Itaituba, Jacareacanga), Amazonas (leste, rio Canumã, município de Nova Olinda; e próximo a transamazônica, município de Borba), Mato Grosso (Norte, região do rio dos Peixes, município e Juara). Habitam geralmente regiões de florestas, às margens de rios navegáveis, sendo que as aldeias tradicionais da região de origem ficam nos chamados “campos dos Tapajós”, classificados entre as ocorrências de savana no interior da floresta amazônica (Ramos, 2021).

Modo de Vida

A sociedade Munduruku dispõe de uma organização social baseada na existência de duas metades exogâmicas, identificadas como a metade vermelha e a metade branca. Atualmente existem cerca de 38 clãs mais conhecidos, que estão

divididos entre as duas metades, de onde se originam não apenas as relações de parentesco, como também diversos significados na relação com o cotidiano da aldeia, com o mundo da natureza e do sagrado (RAMOS, 2021).

Na estrutura social dos Munduruku, a linhagem é patrilinear, ou seja, os filhos adquirem o clã do pai. Contudo, a norma residencial é matrilocal, obrigando o homem recém-casado a residir na casa de seu sogro. Nesse arranjo, ele deve auxiliar nas atividades agrícolas, pesca, caça e outras tarefas associadas à sustentação da casa. Isso inclui também participar com a família nas atividades de extração e coleta em seringais e castanhais. Geralmente este período de moradia corresponde aos primeiros anos de casamento, até o nascimento do segundo filho; depois desta fase o marido providencia a construção da casa para sua família (Ramos, 2021).

Práticas alimentares

A agricultura é praticada conforme os conhecimentos imemoriais, em terra firme, com pleno aproveitamento dos espaços e o plantio consorciado de culturas. Os cultivos mais presentes são os diferentes tipos de mandioca, bananas, batatas, cana e cará. As frutíferas são plantadas na maioria das vezes nos caminhos para roça (ISA, 2021)

Na divisão social do trabalho, cabe ao homem fazer a broca e derrubada da mata onde será aberta a roça de toco. A coivara, limpeza após a queimada, normalmente é feita por toda família. O plantio de mandioca é feito com a participação do homem e da mulher; outros cultivos como as batatas, cará, abacaxi e pimentas são realizados apenas pelas mulheres. Normalmente as atividades de capina das roças e as colheitas são feitas pelas mulheres (ISA, 2021).

Saberes Tradicionais

Segundo Ramos (2003) no desenvolvimento da cultura Munduruku temos como principais destaques:

A confecção de cestarias e trançados são atividades tradicionalmente masculinas. Os homens são responsáveis por fabricar itens como o lço, um cesto usado pelas mulheres para transportar frutos e produtos agrícolas. Eles também produzem peneiras e outros utensílios domésticos utilizando talas e fibras naturais.

Os cestos Munduruku são decorados com desenhos feitos com urucu, que identificam o clã do marido. Por exemplo, as tipóias para carregar crianças, confeccionadas pelas mulheres com fibra extraída de uma árvore, identificam com a

cor natural vermelha ou branca a metade exogâmica à qual a criança pertence.

Alguns homens e mulheres são exímios na confecção de colares com figuras zoomorfas, como peixes, tracajás, gatos-do-mato e jacarés, esculpido com sementes de inajá e tucumã.

A cerâmica, atividade feminina por excelência, encontra-se quase desaparecida, tendo algumas mulheres nas aldeias Kaburuá e Katõ que ainda dominam as técnicas tradicionais. Há informações de que entre os Munduruku da terra indígena Coatá, no estado do Amazonas, esta prática está mais presente.

A tecelagem, principalmente de redes de algodão, também está em desuso, apesar de contar com um número considerável de mulheres adultas e idosas que têm conhecimento da técnica e por vezes confeccionam para venda como artesanato.

3.1.7 POVO APIAKÁ

Breve Histórico

A história dos Apaikas com mais de dois séculos de contato violento, no qual impuseram um processo de depopulação e dificuldade de manutenção de sua língua, pertencente ao tronco linguístico Tupí, da família Tupí-Guarani, assim como os Kawaiwete, todos hoje falantes da língua portuguesa e que através das escolas tentam reativar sua língua (Tempesta, 2010).

Denominados a partir da palavra tupi apiaba, que significa "homem", "pessoa". Entretanto, de acordo com os caciques, o termo Apiaká foi dado devido a um marimbondo que quando atacado busca vingança por longas distâncias, enfrentando os inimigos, o termo remonta a um povo guerreiro (Wenzel, 1999).

No início do século XIX, os Apiaká se mostraram estratégicos aos governos do Mato Grosso e Pará, em vista da colonização, os indígenas eram usados como mediadores do contato com outras etnias. O seu território a ser colonizado era tratado como um deserto contendo uma riqueza a ser explorada e os Apiaká conseguiam colaborar com o projeto. Entretanto, na transição do século XIX para o século XX, à medida que se consolidaram as rotas comerciais entre Cuiabá e Belém, o povo Apiaká, que anteriormente era visto como aliado dos não-indígenas, passou a ser considerado um obstáculo ao desenvolvimento nacional. Isso ocorreu porque demonstraram que não seriam facilmente integrados como força de trabalho (Tempesta, 2010).

Desta forma, os funcionários do governo passaram a perseguir o povo, que para sobreviver se refugiou no Pontal, essa parcela não aceitou o modo de vida não-indígena e outra parcela se dispersou territorialmente, sendo levados para trabalhar na extração de látex. Os trabalhadores Apiaká se casaram com os migrantes nordestinos, que também eram mão-de-obra nos seringais, Mundurucus e Kawaiwetes vivendo no baixo curso do Teles Pires e Juruena (Tempesta, 2010).

Localidade Atual

Existem sete aldeias Apiakás nos estados de Mato Grosso e Pará: As aldeias Mayrob e Figueirinha, ambas localizadas na margem direita do Rio dos Peixes (TI Apiaká-Kayabi, MT); Mairowy, localizada na margem esquerda do Teles Pires (Terra Indígena Kayabi, MT); Bom Futuro e Vista Alegre, ambas localizadas na margem direita do Teles Pires (na Terra Indígena Mundurucu, PA); Minhocoçu, localizada na margem direita do Teles Pires (TI Kayabi, PA); Pontal, localizada na margem direita do Juruena (MT). Além disso, no curso baixo do Juruena e do Teles Pires vivem em casas separadas seções de famílias extensas apiaká que mantêm relações de parentesco e de cooperação política e econômica com os moradores das aldeias Pontal e Mairowy (Instituto Socioambiental, 2021).

Modo de Vida

A organização das atividades econômicas e de lazer pauta-se pela alternância das duas principais unidades de tempo: o “verão” ou estação seca e o “inverno” ou estação chuvosa. No ecossistema amazônico, a variação do nível dos rios pode chegar a 10 metros, alterando bastante o aspecto das aldeias. O verão é a época de maior fartura alimentar, ao colherem vários tubérculos e outros vegetais, se pescam tracajás e tartarugas e se apanham seus ovos nas praias, se coletam o açaí, o buriti, a bacaba, o patauá e outros frutos para preparar “vinhos” (sucos); há muito peixe no rio e muita caça na mata, além de diversas larvas e cogumelos (Instituto Socioambiental, 2021).

A maioria dos banquetes festivos ocorre no verão. O inverno é “triste” porque é difícil sair para caçar e as roças ainda não estão produzindo, embora seja possível coletar diversos frutos silvestres. Novembro é tempo de “espiar” saúva, cujo traseiro é consumido sob a forma de farofa, misturado à farinha; entre dezembro e fevereiro é época de “quebrar” castanha e de ir para a cidade comprar objetos industrializados (Instituto Socioambiental, 2021).

Práticas Alimentares

As roças dos Apiakás são motivo de grande orgulho para seus donos, sendo que os produtos agrícolas, especialmente os tubérculos, constituem a base da alimentação cotidiana. O tamanho das roças varia na proporção do número de membros da família conjugal e da disposição do homem para o trabalho, já que ele é o responsável pela 20 derrubada. As roças distribuem-se de modo arbitrário no território da aldeia, de acordo com o desejo de cada família conjugal, e localizam-se a uma distância que varia de 10 a 40 minutos de caminhada em relação às casas. Todo o território da aldeia é de posse coletiva. Não existe propriedade privada da terra, o que existe é o direito de uso de cada família conjugal, que vigora por tempo indeterminado, direito obtido mediante o cultivo efetivo (Instituto Socioambiental, 2021).

Excelentes agricultores e suas roças são amplas e diversificadas: plantam abacaxi, abóbora, amendoim, banana, batata-doce, caju, cana-de-açúcar, cará, feijão, ingá, mamão, mandioca amarga e doce, mangarito, maracujá, melancia, milho, pepino. Nos terreiros das casas, há geralmente árvores frutíferas (especialmente tucunzeiro e inajazeiro) e canteiros com plantas utilizadas para alimentação e fins medicinais (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 2021).

Os Apiakás também consomem frutos silvestres e cultivados, crus e sob a forma de vinhos (de açaí, bacaba, buriti, muruci, patauá e uxi), acompanhados de farinha; bolos de mandioca, beiju e tapioca; tubérculos e legumes cozidos e sob a forma de mingau (bebida não-fermentada); “chicha” (bebida fermentada) de mandioca e milho; mel; cogumelos silvestres; palmito; larvas de palmeiras; filhotes de marimondo; a parte posterior da saúva. Os pratos preferidos e mais raramente consumidos pelos Apiaká, verdadeiras iguarias que distinguem sua “cultura” daquela dos não-índios e de outros povos indígenas (principalmente os Kaiabi, Munduruku e Kayapó), são a carne de macaco cozida com leite de castanha-do-pará e o tracajá assado no casco. Os Apiaká são seletivos em sua dieta; das cerca de 170 espécies conhecidas de aves, consomem pouco mais de 10; das cerca de 60 espécies de mamíferos conhecidas, consomem aproximadamente 20 e das quase 100 espécies de peixes conhecidas, consomem mais ou menos 50 (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 2021).

3.1.8. POVO TERENA

Breve Histórico

O Povo Terena são os últimos remanescentes da nação Guaná no Brasil, falantes da língua Aruak, com características culturais dos povos provenientes da região do Chaco, sendo predominantemente agricultores (Instituto Socioambiental, 2021)

Na década de 1760, a pressão crescente dos espanhóis sobre os territórios Mbayá localizados nas margens ocidentais do rio Paraguai, somada a disputas internas por prestígio guerreiro, forçariam a migração de inúmeros subgrupos Mbayá e Guaná para o lado oriental do rio. Essa migração provavelmente se estendeu até as primeiras décadas do século XIX. Os subgrupos Guaná – Terena, Echoaladi, Layana e Kinikinau – que se estabeleceram ao leste do Chaco, mantiveram, contudo, no novo território a forma tradicional de organização em metades e estratos sociais endógamos, suas roças e também a aliança com os Mbayá-Guaykuru (Instituto Socioambiental, 2021).

O Mato Grosso do Sul se tornou o lar de uma das maiores populações indígenas do Brasil. O povo indígena Terena conta com uma população bastante numerosa e mantém um contato intenso com a população regional. Eles representam um grupo cuja presença é notadamente evidente no estado, seja por meio das mulheres que vendem produtos nas ruas de Campo Grande, seja pelas legiões de cortadores de cana-de-açúcar que se deslocam periodicamente para as destilarias em busca de trabalho temporário nas fazendas e usinas de açúcar e álcool. Essa intensa participação no cotidiano sul-matogrossense propicia atribuições estereotipadas e pejorativas aos Terenas, tais como “aculturados” e “índios urbanos”.

Tais declarações permitem mascarar a resistência de um povo que, através dos séculos, luta para manter viva sua cultura, sabendo positivar situações adversas ligadas ao antigo contato, além de mudanças bruscas na paisagem, ecológica e social, que o poder colonial e, em seguida, o Estado brasileiro os reservou (Instituto Socioambiental, 2021).

As atuais Terras Indígenas Terenas foram “requeridas” ao Estado do Mato Grosso pelo SPI nas décadas de 1920 e 1930; duas delas, porém (Cachoeirinha e Taunay/Ipegue) foram “concedidas” pelo governo estadual no início do século XX (Instituto Socioambiental, 2021).

Localidade

Os Terenas podem ser encontrado no Estado de Mato Grosso, nos municípios de Rondonópolis, situam-se ainda na margem esquerda do alto rio Paraguai, em Mato Grosso; também vivem no Norte do estado, entre os municípios de Peixoto de Azevedo, Matupá e Guarantã do Norte, na Terra Indígena Gleba Iriri Novo, às margens do rio Iriri, nas aldeias Kopenoty, Kuxonety Poke'é, Inamaty Poke'é e Turipuku (Instituto Socioambiental, 2021).

Prática Alimentares

Os Terenas têm uma longa história de práticas agrícolas. Antes da Guerra do Paraguai, eles praticavam uma agricultura itinerante, de corte e queima e posterior pousio, por tempo suficiente para a regeneração da fertilidade natural do solo. Atualmente, confinados nas Reservas – fator fundamental para as transformações ocorridas em sua agricultura tradicional – os Terenas possuem campos de cultivo permanentes, utilizando-se da mecanização (tratores) para gradagem, preparo da terra para plantio e eventualmente para a abertura de novas áreas permanentes de cultivo. As práticas atualmente utilizadas são adaptações posteriores a esta “modernização” forçada. Das atividades produtivas praticadas pelos Terenas nas Reservas, a agricultura continua sendo a sua principal atividade (Instituto Socioambiental, 2021).

O ano agrícola em todas as Reservas Terena inicia-se em agosto, tendo seu término em março/abril, com o plantio de feijão da “seca”. A produção agrícola obtida nas áreas de roça Terena é destinada para o consumo familiar e, quando possível, para a venda – o que é cada vez mais raro, devido ao aviltamento dos preços agrícolas. Na Reserva Buriti, o arroz, o feijão, a mandioca e o milho são os principais produtos plantados para o consumo. Cultivam ainda para a subsistência o feijão “miúdo”, a abóbora, a melancia, o maxixe, entre outros (Instituto Socioambiental, 2021).

3.1.9 POVO TRUMAI

Breve Histórico

A História dos Trumais é dinâmica. O grupo originou-se de uma área entre o Araguaia e o Xingu, migrando devido a ataques do povo Xavante. Eles chegaram ao Alto Xingu na primeira metade do século XIX, por um afluente do rio Kuluene,

enfrentando vários conflitos com outros povos da região, como os Jurunas e os Suyá (Instituto Socioambiental, 2021).

Os indígenas Trumais chegaram na área dos formadores do Rio Xingu na primeira metade do século XIX, sendo considerados o último grupo a ter chegado à região. Atualmente, eles habitam a área central do Parque Indígena do Xingu e estão culturalmente ligados ao complexo conhecido como Alto Xingu, cujos povos compartilham uma série de características culturais e estão articulados em uma rede de especializações comerciais e rituais intertribais. Embora associados ao sistema alto-xinguanos, os Trumais não são totalmente integrados a ele, apresentando particularidades que os diferenciam dos outros grupos da área. Todavia, o convívio com estes povos levou os Trumais a serem influenciados e a influenciar uma série de costumes alto-xinguanos no que diz respeito a rituais, à cultura material e a atividades produtivas (Instituto Socioambiental, 2021).

De acordo com registros históricos, os Trumais eram bastante numerosos na época da chegada ao Xingu. No entanto, além dos conflitos com outras etnias foram acometidos por epidemia de gripe, desintéria e sarampo, o dizimou famílias inteiras.

A exemplo, havia 43 indivíduos Trumai; em 1952, apenas 18; em 1966, 26. O grupo foi lentamente se recuperando graças a casamentos com pessoas de outras etnias e crescimento vegetativo (Instituto Socioambiental, 2021).

Nos anos de 1950 moviam nos limites de seu território, região do Baixo Rio Kuluene, procurando proteção nas aldeias dos grupos vizinhos. Em razão das epidemias de gripe e sarampo, rumaram para o próximo do Posto Indígena Diauarum, o que propiciava aos Trumais oportunidades em receber assistência médica, o que garantiu a sobrevivência dos membros do grupo, já bastante reduzido na época (Instituto Socioambiental, 2021).

Localidade Atual

Os Trumais, um povo indígena que reside na área central do Parque Indígena do Xingu, estão distribuídos em quatro localidades principais: aldeias Terra Preta, Boa Esperança e Steinen, Posto Indígena de Vigilância Terra Nova e na Terra Kapot-Jarina, aldeia Wani-Wani. Esses locais situam-se a meio-caminho do Posto Leonardo, Villas-Bôas e do Posto Indígena Diauarum. Há também famílias vivendo em outros locais no parque indígena, bem como, nas cidades de Canarana, Feliz Natal e Peixoto de Azevedo (Instituto Socioambiental, 2021).

Modo de Vida

Os indivíduos Trumais do presente contam que seus ancestrais pré-xinguanos dormiam em esteiras (*weset*); utilizavam como armas a borduna (*nai*) e o propulsor de flechas (*hopep*). Os homens amaravam o pênis com embira e usavam cabelos compridos; as mulheres utilizavam uma faixa que envolvia a cintura, passando entre as pernas (tal faixa era denominada *tsapakuru* e era feita de desnit, um tipo de embira). Após a chegada ao Alto Xingu, os Trumai começaram a incorporar hábitos comuns aos povos da área, como o uso de arcos e flechas e o costume de dormir em redes (Instituto Socioambiental, 2021).

Práticas Alimentares

Na época de sua chegada ao Alto Xingu, teria sido a fabricação do sal (*yakir*) a partir de uma planta aquática e a confecção e comércio de machados de pedra (*daka*). O grupo dominava as técnicas de produção de sal e de extração dos materiais usados na fabricação de machados. Eram também produtores e fornecedores de algodão, de pequi e de óleo de pequi. Contudo, a introdução de machados de metal e de outros produtos feitos pelo homem branco acabou provocando uma quebra no poder comercial dos Trumai. Atualmente eles produzem o sal de aguapé apenas para consumo próprio, e já não mais fabricam machados de pedra, cujo uso foi totalmente abandonado no Xingu (Instituto Socioambiental, 2021).

Saberes Tradicionais

Os Trumai introduziram no Alto Xingu os ciclos cerimoniais: do *Jawari* e do *Tawarawanã*. O *Jawari* é um ritual complexo dedicado aos guerreiros mortos, cujo contendo diálogos polêmicos. Segundo a interpretação de alguns estudiosos, o *Jawari* agregaria em seus rituais os símbolos da guerra e da paz, criando o espaço para a manifestação da aliança com os inimigos e com as mulheres e o *Tawarawanã* é uma festa simples e alegre, que as pessoas realizam pela manhã.

Os homens vestem uma espécie de saia feita de buriti e se enfeitam com folhas de bananeira, cocares e folhas de uma árvore cheirosa (*hik'ada xudak*), usadas nos braços e no rosto. Eles dançam, enquanto os cantores, sendo dois, ficam sentados. Um dos cantores toca chocalho e outro o acompanha, tocando um tipo de tambor de bambu de taquara. As mulheres usam pinturas corporais e dançam em pé sozinhas, acompanhando o ritmo dos homens. Depois se juntam a eles, segurando na ponta da

saia dos homens. Dançam então rodando com eles pelo centro da aldeia (Instituto Socioambiental, 2021).

3.1.10 POVO TAPIRAPÉ

Os Tapirapés são um povo Tupi-Guarani habitante da região da serra do Urubu Branco, no Mato Grosso. Em decorrência do contato com as frentes de expansão, a partir de meados do século XX, sofreram intensa depopulação, período em que estreitaram suas relações com grupos Karajá, até então seus inimigos. Após terem seu território tradicional ocupado por fazendas de agropecuária, na década de 1990 conseguiram reconhecimento oficial de duas TI, sendo uma delas coabitada pelos Karajás. Mas na TI Urubu Branco ainda enfrentam problemas fundiários, em razão de invasões de fazendeiros e garimpeiros (Instituto Socioambiental, 2021).

Os Tapirapés são um povo indígena que habitava a região do baixo curso dos rios Tocantins e Xingu até o século XVII. Eles chegaram à região marginal ao médio curso do Araguaia por volta da segunda metade do século XVIII. Desde 1910 até 1947, os habitantes de Tapi'itawa, a maior aldeia do grupo, receberam visitas contínuas de funcionários do antigo SPI (Serviço de Proteção aos Índios), prospectores de látex, missionários dominicanos, protestantes, antropólogos e visitantes nacionais e estrangeiros. Durante um período de significativa diminuição populacional, a aldeia de Tapi'itawa tornou-se refúgio para os remanescentes do povo Tapirapé. Essa é uma das aldeias mais antigas e serve como portal de entrada para o território. Buscando contato com a população regional e distanciando-se dos pontos setentrionais de seu território, que eram frequentemente atacados por grupos Kayapó, os Tapirapé se concentraram nessa localidade (Instituto Socioambiental, 2021).

Em 1946, a nortista aldeia de Xexotawa é novamente ocupada por um grupo de moradores liderados por Kamaira, importante líder familiar registrado por Wagley (1988). Cerca de duas dezenas de pessoas acompanham Kamaira. Esse grupo optou por viver numa aldeia que não estivesse tão sujeita a contatos com estrangeiros e às doenças trazidas por esses últimos (Instituto Socioambiental, 2021).

Em 1947 Tapi'itawa sofreu um grande ataque praticado pelos Kayapó Metyktire. A aldeia foi saqueada e a maioria de suas casas, inclusive a Casa dos Homens, queimadas. Algumas mortes ocorreram, fazendo com que os Tapirapés de Tapi'itawa se dispersassem por núcleos regionais, buscando refúgio em fazendas da

região e no Posto Indígena Heloísa Alberto Torres (atual PI Tapirapé/Karajá), do SPI (Instituto Socioambiental, 2021).

A base econômica e religiosa se realiza sobre um terreno propício a essa atividade: matas altas não-inundáveis, somente esse ecossistema permite a existência e a operacionalidade dos princípios que organizam uma aldeia: os grupos de parentesco, as sociedades de pássaros - wyra e os grupos de comer - Tataopawa. Uma aldeia, segundo a concepção Tapirapé, deve-se localizar próxima às roças, com os conceitos de aldeia e roça se confundindo. Em certos períodos, como na colheita no início do ano, os Tapirapés chegam a morar em abrigos construídos em meio às suas plantações e todo o calendário religioso do grupo está ligado à maturação dos produtos agrícolas.

A agricultura itinerante utilizada pelos Tapirapés até a década de 1940, quando tinham um imenso território à sua disposição, deu lugar, atualmente, a um aproveitamento mais intensivo dos terrenos propícios à agricultura. Hoje em dia é comum o estabelecimento de roças em capoeiras (roças velhas) e de plantios nos mesmos locais que já se aproveitam há muitos anos. Suas atividades agrícolas 14 incluem derrubadas anuais para o estabelecimento de novas roças, fazendo com que desde a década de 1970 suas roças ficassem longe da aldeia. O abandono do sistema tradicional e o esgotamento dos terrenos próximos à área de refúgio para onde foram transferidos no início da década de 50 fez com que o rendimento da agricultura fosse muito reduzido. Atualmente as espécies mais cultivadas são: mandioca para o fabrico de farinha; milho, arroz, banana, mamão, mandioca-mansa, aipim, cará, batata-doce, abóbora, amendoim, andu (tipo de feijão), algodão e outras espécies menos importantes. Próximo às casas mantêm pés de urucum, mangueiras e cuité, utilizada para fazer kari, (uma bolsinha muito vendida como artesanato) (Instituto Socioambiental, 2021)

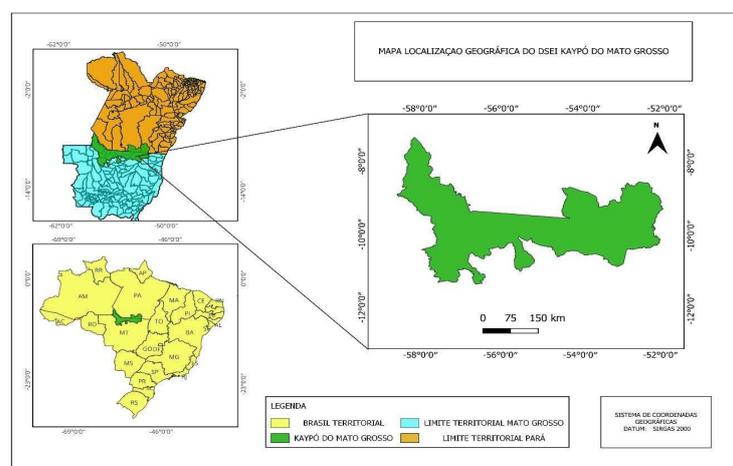
Tradicionalmente, à medida que as roças ficavam muito longe da aldeia, os Tapirapés mudavam essa última para suas proximidades. Wagley (1977) calcula serem precisos cerca de vinte anos para a floresta poder se recompor e o local ser novamente ocupado. Atualmente, as novas condições de vida a que estão sujeitos os Tapirapés fizeram-nos abandonar esse rodízio de aldeia em um território ciclicamente ocupado. As roças, hoje em dia, localizam-se comumente a 15 ou 20 km longe da aldeia. Essa distância é excessiva aos Tapirapé, que a percorrem diariamente a pé, e

carregados de gêneros agrícolas na volta. A caça possui, além de sua importância na nutrição do grupo, uma função simbólica fundamental. É através da caça que os Tapirapés ativam boa parte da série sociológica através da qual o grupo se estrutura. Somente as caçadas coletivas permitem a atuação conjunta dos wyra, as sociedades de pássaro, e dos “grupos de comer”, os tataopawa. As caçadas rituais são o início e condição para a realização da festa de iniciação dos jovens, seu mais importante conjunto cerimonial religioso, através dos quais são “produzidos” os novos membros da sociedade Tapirapé (Instituto Socioambiental, 2021).

3.2. Dados Geográficos

Apresenta-se a seguir os mapas atualizados do Polo Base DSEI KAIAPÓ do Mato Grosso, na qual estão sinalizadas as principais estruturas que compõe esta unidade, tais como localidade das aldeias indígenas, terra indígena, dentre outros, esta área apresentada são os locais de atendimento do DSEI KAIAPÓ.

Figura 2 - Localização geográfica do DSEI Kaiapó do Mato Grosso.



Fonte: SESANI, 2023.

O primeiro mapa apresenta a localização geográfica do DSEI Kaiapó do Mato Grosso, situado no Norte do Mato Grosso e Sul do estado do Pará. O segundo mapa detalha as localizações e as vias de acesso das aldeias, casais e Polos Bases que fazem parte do Distrito de Saúde Indígena Kaiapó do Mato Grosso. Os resultados apresentados são retirados do banco de dados (Funai, SESAI, IBGE). A localização geográfica do DSEI Kaiapó apresenta alguns desafios.

O DSEI Kaiapó-MT, sob a jurisdição da Secretaria Especial de Saúde Indígena

(SESAI), ocupa uma área territorial de 120.596,79 km² e inclui 10 municípios: Altamira-PA, Apiacás-MT, Guarantã do Norte-MT, Jacareacanga-PA, Juara-MT, Matupá-MT, Peixoto de Azevedo-MT, Santa Cruz do Xingu-MT, São José do Xingu-MT, São Félix do Xingu-PA, além de Colíder-MT, onde está localizada sua sede. Localizado na região norte do Estado de Mato Grosso e ao sul do Estado do Pará, responsável por 62 aldeias e 23 diferentes etnias, estando em 7 terras indígenas (Capoto-Jarina, Panara, Kayabi, Apiaka/Kayabi, Apiaka do Pontal e Isolados, Gleba Iriri e Menkragnotire), com uma população 4.799. A localização de algumas aldeias o acesso é difícil, pois a região é remota. O transporte aéreo e fluvial é uma das formas de acesso, mas também é possível chegar por terra, em veículos 4x4 em região que há via terrestre. A localização geográfica onde se encontra a DSEI Kaiapó do MT é o lar de uma população indígena diversa e rica em cultura.

4. DETERMINANTES E FATORES DE RISCOS AMBIENTAIS

A análise do perfil epidemiológico de uma população específica aumenta a eficácia das estratégias de prevenção e promoção da saúde. Esse estudo direciona as ações dos gestores, técnicos e profissionais de saúde para atenuar as dificuldades identificadas. Assim, é possível reconhecer os principais eventos que afetam a população, analisando sua frequência, características e comportamento, bem como identificar os grupos de risco que requerem atenção especial na promoção da saúde (Pauletti *et al.*, 2017). Diante do exposto, o DSEI KAIAPÓ-MT apresenta no quadro 2, as especificidades das características específicas da região onde o DSEI em que se encontra inserido.

Quadro 2 - Características específicas da região do DSEI

Caracterização	Descrição
Bioma	Amazônico
Sazonalidade	Chuvoso e Seco
Área de Fronteira	Não
Áreas de garimpo	Sim
Áreas de Invasão	Sim
Áreas de desmatamento	Não
Áreas contaminadas	Sim
Barreiras Geográficas	Não
Áreas Isoladas	Sim
Qualidade da água para consumo	Tratada
Área com uso de agrotóxicos	Sim

Fonte: DGISI/DGESI/SESAI/MS, 2023

4.1. Dados Demográficos

Segundo o IBGE 2023, em 2022 o número de indígenas residentes no Brasil era de 1.693.535 pessoas, representando 0,83% da população total do país. Em 2010 este número era de 896.917 mil indígenas, ocorrendo, portanto, em termos absolutos.

Essa realidade também foi observada no DSEI, quando comparado com os dados do último PDSI, sendo observado um aumento populacional em todos os seus Polos Bases. Entender as características demográficas de cada polo é importante para a promoção do cuidado à saúde da população, sendo primordial para o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais e um componente fundamental para o planejamento e a gestão do SasiSUS e a definição de prioridades e ações estratégicas (Cunha *et al.*, 2023).

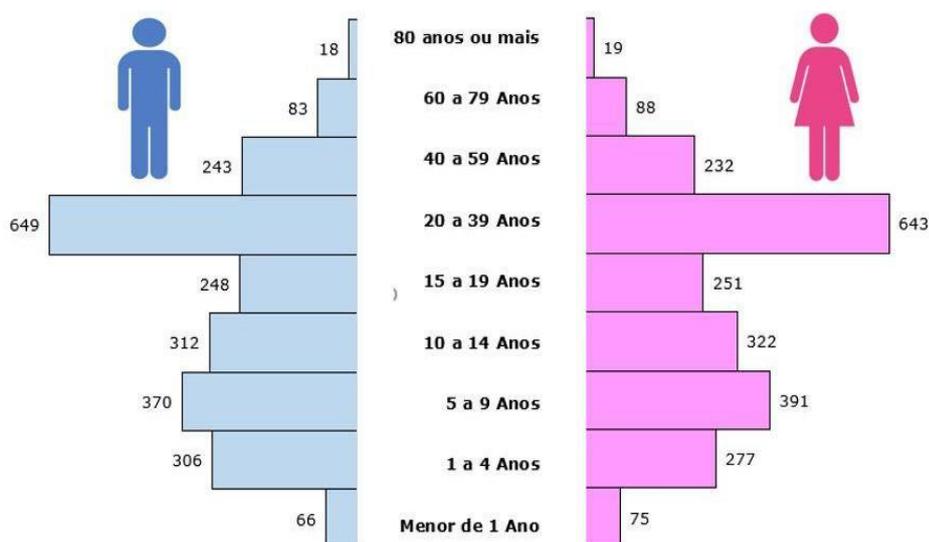
Tabela 1 - Demonstrativo da população por Polo Base

Polo Base	População	%
Sede do DSEI	2.181	47,42%
Peixoto de Azevedo	1.464	31,83%
Juara	940	20,74%
Total	4.599	100%

Fonte: DGISI/DGESI/SESAI/MS, 2023.

Com relação ao demonstrativo da população por Polo Base a Tabela 1, observa-se que a sede do DSEI é o de maior população, contendo quase 50% do total de indígenas do Distrito Sanitário e o menor Polo Base é o de Juara, com 20,74% da população do DSEI.

Figura 3 - Pirâmide Etária do DSEI KAIAPÓ-MT, 2023.

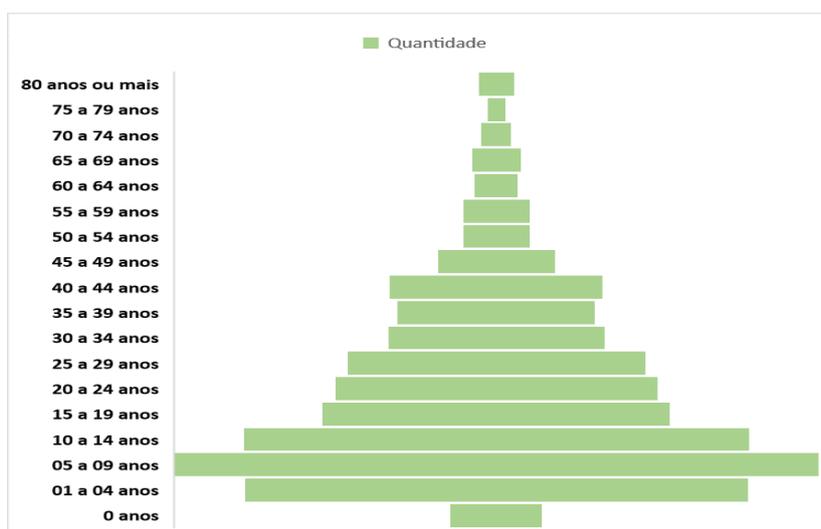


Fonte: DGISI/DGESI/SESAI/MS, 2023

A pirâmide etária do DSEI KAIAPÓ-MT, apresentado no gráfico 1, demonstra as características da população indígena. Observa-se que a população é predominantemente jovem, tendo suas bases mais largas quando comparado ao seu ápice. Esta é também uma das características de países jovens com altas taxas de natalidade, como têm apontado alguns estudos.

A análise da distribuição populacional por faixa etária no Polo Base Sede do DSEI, no ano de 2023, revela que a maior parte da população é jovem, sendo predominantemente composta por indivíduos com menos de 19 anos. A estrutura etária apresenta bases largas e ápice estreito, indicando uma predominância de jovens em comparação com a população idosa.

Figura 4 - Distribuição populacional, por faixa etária, Polo Peixoto de Azevedo, ano 2023.



Fonte: DGISI/DGESI/SESAI/MS, 2023.

A Figura 3 retrata a população por faixa etária, no Polo Base de Peixoto de Azevedo, no ano de 2023. Observa-se que o Polo Base, mantém as mesmas características da Sede do DSEI. A maioria da sua população é jovem, também composta por menores de 19 anos.

Com relação à Distribuição populacional, por faixa etária no Polo Base de Juara, ano 2023, apesar da população ser predominantemente jovem, inicia-se discreto processo de transição demográfica, o que pode significar aumento de doenças crônicas não transmissíveis nesta região.

Tabela 2 - Perfil sócio demográfico, étnico-cultural e linguística dos povos indígenas por Polo base.

Nome dos Municípios	Nº Aldeia	Nº Povo/ Etnia	População												Pop.	Língua Indígena	% de Comunicação em português
			Feminino						Masculino								
			<1	1-4	5-9	10-49	50-59	>=60	<1	1-4	5-9	10-49	50-59	>=60			
Apiacás - MT Juara - MT	10	5	14	55	61	289	20	19	11	64	67	315	28	17	960	Munduruku, Kaiabi	100%
Matupá - MT Peixoto de Azevedo - MT São Félix do Xingú - PA São José do Xingú - MT	23	17	21	107	117	448	21	37	27	97	133	430	32	32	1.502	Panará Kayapó Munduruku Juruna Tapayna	50%
Altamira - PA	30	8	46	124	208	662	31	51	42	144	177	639	21	52	2.197	Kayapó Panará	50%

Fonte: DGISI/DGESI/SESAI/MS, 2023.

A análise do perfil sócio demográfico, étnico-cultural e linguístico, demonstrado no quadro 4 do DSEI KAIAPÓ-MT retrata, como é constituída a organização do distrito, bem como revela que o DSEI é formado por uma População Jovem. Observa-se ainda que o DSEI é formado por 3 Polo Base, espalhados no norte do estado de Mato Grosso e sul do Pará - PA, distribuído em 11 municípios da federação.

O Polo de Juara é constituído por 10 aldeias, 5 etnias e com uma população de 960 indígenas, a maioria de população é menor de 10 anos e do sexo predominante é o masculino, a maioria da população fala português. O Polo Peixoto de Azevedo é constituído por 23 aldeias, 17 etnias e com uma população de 1.502 pessoas, a maioria da população é maior de 10 anos e o sexo feminino é predominante, 50% da população indígena fala português.

Por fim, o Polo Sede do DSEI é formado por 30 aldeias, 8 etnias, tendo uma população de 2.197 pessoas, no qual a maioria possui mais de 10 anos, é o polo com maior número de pessoas acima de 60 anos quando comparado com outros dois polos e 50% da população fala português.

4.2. Determinantes Sociais

São determinantes estruturais das condições da vida que impactam diretamente na situação de saúde, e responsáveis pela maior parte das iniquidades em saúde. E na tentativa de diminuí-las, estabeleceu-se um conceito de saúde de forma mais ampla, divulgado pela OMS em 1947 pela definição que: "Saúde é um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades". Desta maneira, a saúde não pode ser apenas compreendida por medições fisiopatológicas para prestação de um cuidado integral. É importante relacionar às condições em que uma pessoa vive e trabalha, incluindo fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população (Assis, 2015).

Os povos indígenas do Brasil têm uma relação profunda com a natureza, refletindo em suas práticas agrícolas e agrárias, com suas práticas sociais, culturais e espirituais que vão além do aspecto técnico e econômico, os quais são parte do seu modo de vida. A Terra é um ser vivo e não objeto de exploração, qual se precisa

estabelecer uma relação de respeito e cuidado (Bevenuto, 2023; Carlos JR, 2014).

No que diz respeito à identificação dos determinantes sociais da saúde das populações indígenas do DSEI KAIAPÓ-MT é necessário avançar nos aspectos a saber como: escolaridade, função social e perfil de recebimento de benefícios sociais, inclusive no quesito escolaridade não possuindo atualmente essa informação no cadastro da família, nos relatórios a serem preenchido no SIASI.

Porém, os outros determinantes sociais foram obtidos no painel SIASI e no relatório consolidado do bolsa família.

Tabela 3 - Função social dos indígenas da abrangência do DSEI.

Setor de Atividades	%
Agricultura	92%
Professor	2,52%
AIS	1,12%
AISAN	0,75%
Parteira	0,90%
Serviços	2,71%
Outro, especificar:	**

Fonte: DGISI/DGESI/SESAI/MS, 2023.

Com relação à função social, é possível observar na tabela acima que a maioria dos indígenas são agricultores, porém a maioria da sua atividade não é remunerada, sendo realizado para sua subsistência.

Tabela 4 - Perfil do recebimento de benefícios sociais dos indígenas de abrangência do DSEI

Programa Social	%
Bolsa Família	86,31%
Benefício Prestação Continuada	0,37%
Aposentadoria	4,50%
SER Indígena	***

Fonte: SAPS, 2023.

A tabela acima descreve o percentual de indígenas que recebem benefícios sociais na abrangência do DSEI, os dados foram extraídos do site do Governo federal e mostram que 86,31% da população indígena do DSEI recebem o benefício do Bolsa Família e 0,37% recebem o Benefício de Prestação Continuada e 4,5% são aposentados.

4.3. Caracterização da infraestrutura domiciliar por polo base

As diversas formas construtivas das infra estruturas residenciais, são diversificadas, uma vez que se trata de várias comunidades indígenas, com presença de diversas etnias. Segue abaixo a caracterização da infraestrutura domiciliar por polo

base das diversas formas construtivas.

Quadro 3 - Característica dos domicílios no DSEI por Polo base (Percentual).

Polo Base	Infraestrutura domiciliar	Geração de energia	Segurança
JUARA	ALVENARIA= 15,0 % MADEIRA= 65,0 % MISTA*= 20,0 % TRADICIONAL (PALHA)= 0,0 %	CONCESSIONÁRIA	FUNAI/IBAMA
PEIXOTO DE AZEVEDO	ALVENARIA= 10,0 % MADEIRA= 20,0 % MISTA*= 20,0 % TRADICIONAL (PALHA)= 50,0 %	CONCESSIONÁRIA/ SISTEMA FOTOVOLTAICO	FUNAI/IBAMA
SEDE DO DSEI	ALVENARIA= 10,0 % MADEIRA= 10,0 % MISTA*= 70,0 % TRADICIONAL (PALHA)= 0,0 %	SISTEMA FOTOVOLTAICO	FUNAI/IBAMA

Fonte: Sesani, 2023.

Nota*: Mista= Alvenaria e Madeira, Alvenaria e Palha, ou Madeira e Palha.

O quadro acima descreve a característica dos domicílios nas aldeias por Polo Base. Conforme o quadro, o polo com maior infraestrutura é o Polo Base de Juara com 65% das residências são de madeira, 15% alvenaria e 20% mista e a menor é o Polo Base de Peixoto de Azevedo. Quanto à geração de energia, o único Polo Base com energia elétrica é o Polo de Juara e os demais, a maioria são fotovoltaicos ou por grupo gerador.

No que se refere à segurança, apesar dos desafios impostos pela vasta extensão territorial, ela é realizada pelos próprios indígenas. A FUNAI e o IBAMA são os principais órgãos de proteção das terras indígenas. Além disso, várias ONGs atuam junto às comunidades indígenas, desempenhando um papel crucial na defesa dos territórios. Um exemplo atual é o Instituto Raoni, que estabeleceu bases de vigilância nas terras indígenas.

4.4. Perfil Epidemiológico

Realizar o estudo do perfil epidemiológico de uma determinada população, permite aumentar a eficácia das ações de prevenção e promoção de saúde. Portanto, evidenciar um perfil epidemiológico do DSEI Kaiapó-MT é direcionar ações de saúde para as dificuldades evidenciadas, reconhecendo os principais eventos de saúde é prestada a determinados grupos de riscos para realização da promoção a saúde (Pauletti *et al.*, 2017).

Tabela 5 - Taxa de natalidade do DSEI por ano, 2020 a 2022

Taxa de Natalidade	2020	2021	2022
Taxa de Natalidade no DSEI	30,06	36,52	31,31

Fonte: DGISI/DGESI/SESAI/MS, 2023.

Com relação à Taxa de Natalidade do DSEI KMT no período de 2020 a 2022, nota-se que em média nos últimos 3 anos não houve uma variação significativa na taxa, sendo maior no ano de 2021 com 41,8%. De maneira geral, no Brasil o envelhecimento da população favorece na redução da natalidade brasileira, percebida pela queda da Fecundidade. Em 2021 a taxa de natalidade do Brasil correspondeu a 12,88% (MALAQUIAS et al., 2023). Se compararmos a taxa de natalidade do Brasil com a do DSE KMT, observaremos que a população indígena do distrito possui uma taxa de natalidade 3x maior que a média nacional. Isso se justifica devido à população indígena do DSEI ser predominantemente jovem.

Tabela 6 - Taxa de incidência/prevalência das principais morbidades que acometem os povos indígenas do DSEI.

Morbidade	Taxa de Incidência		
	2020	2021	2022
COVID -19	Tx. Incidência 228,55	Tx. Incidência 120,32	Tx. Incidência 106,19
Nasofaringe Aguda (resfriado comum)	Tx. Incidência 119,92	Tx. Incidência 86,14 / 1.000 hab.	Tx. Incidência 54,10
Dor lombar baixa	Tx. Prevalência 47,10	Tx. Prevalência 33,49	S.I.
Doenças por vírus de localização não específica	S.I.	S.I.	Tx. Incidência 24,82

Fonte: Siasi, 2023.

Observa-se que no período estudado as doenças do aparelho respiratório são as de maior incidência no DSEI, como a COVID-19 e a de resfriado comum, ainda o quadro demonstra que as doenças do sistema osteomuscular estão de maior incidência no DSEI.

No ano de 2020 a principal causa de mortalidade foi pela infecção da COVID-19. Observa-se ainda que os demais anos as doenças do aparelho respiratório, bem como as neoplasias tiveram maiores evidências

Tabela 7 - Causas de mortalidade de crianças indígena < 1 ano no DSEI e taxa de mortalidade infantil por ano, 2020 a 2022.

Óbito Infantil	2020		2021		2022	
	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade
Total de Mortalidade Infantil	5	32,05	2	11,05	5	32,47
Principais Causas de Óbito	Nº de óbitos		Nº de óbitos		Nº de óbitos	
A41.9 - Septicemia não especificada	2					
J96.0 - Insuficiência	1					

Óbito Infantil	2020		2021		2022	
	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade
respiratória aguda						
A41.8 - Outras septicemias especificadas	1					
P20.9 - Hipoxia intra-uterina não especificada	1					
P20 - Hipoxia intra-uterina			1			
P22.9 - Desconforto respiratório não especificado do recém-nascido			1			
P01.8 - Feto e recém-nascido afetados por outras complicações maternas da gravidez					1	
B34.2 - Infecção por coronavírus, não especificada					1	
J15 - Pneumonia bacteriana não classificada em outra parte					1	

Fonte: SIASI, 2023.

Com relação à Tabela 7, observam-se as principais causas de mortalidade infantil em menores de <1 ano nos anos de 2020 a 2022, com 5 óbitos em 2020 e uma taxa de mortalidade de 32,05%, seguido de 2 óbitos (11,05%) em 2021 e 5 óbitos (32,47%) em 2022. As principais causas de mortalidade infantil foram em torno das doenças respiratórias, seguido de problemas relacionados ao parto e nascimento.

Tabela 8 - Principal causa de mortalidade materna no DSEI e Razão de mortalidade materna por ano, 2020 a 2022.

Óbito Materna	2020		2021		2022	
	Nº de óbitos	Razão de Mortalidade	Nº de óbitos	Razão de Mortalidade	Nº de óbitos	Razão de Mortalidade
Razão de Mortalidade Materna	0	0,00	01	5,52	0	0,00
Principais Causas de Óbito	Nº de óbitos		Nº de óbitos		Nº de óbitos	
CID 045.9 - Deslocamento prematuro da placenta não especificado	00		01		00	

Fonte: SIASI, 2023.

Método de Cálculo: Nº de óbito de mulheres por gravidez, parto ou puerpério/Total de nascidos vivos X 100.000

Observa-se que apenas ocorreu uma morte materna no ano de 2021, pelo deslocamento prematuro da placenta. Este ano, a taxa de mortalidade materna no DSEI KMT foi de 5,52. Registrou-se o falecimento de uma gestante de 15 anos, com seis meses de gestação, no polo base da sede do DSEI KMT. A gestante havia realizado apenas uma consulta de pré-natal. O óbito ocorreu no hospital, sendo a causa atribuída a um sangramento anormal do útero ou da vagina e ao deslocamento

premature da placenta, ambos não especificados.

O Brasil, no período de 2018 a abril de 2022, foram registrados 2.024 óbitos maternos de indígenas, sendo as principais causas obstétricas diretas devido às complicações hemorrágicas e as síndromes hipertensivas e nas causas obstétricas indiretas foram os distúrbios circulatórios (Nascimento *et al.*, 2023).

Estudos associam a alta mortalidade materna em mulheres indígenas a diversos aspectos, dentre eles, as questões culturais, linguísticas, geográficas e socioeconômicas (Teixeira, *et al.*, 2022; Abritta & Torres, 2021).

Tabela 9 - Principais especialidades que geram referência para a média e alta complexidade, 2020 a 2022.

Morbidades Referenciadas	2020	%	2021	%	2022	%
Capítulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	83	16,34	178	37,47	75	10,55
Capítulo II - Neoplasias (tumores)	0	0,00	3	0,63	0	0,00
Capítulo IV- Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1	0,20	2	0,42	2	0,28
Capítulo VI - Doenças do sistema nervoso	0	0,00	1	0,21	0	0,00
Capítulo VII - Doenças do olho e anexos	2	0,39	17	3,58	8	1,13
Capítulo VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	0,00	1	0,21	0	0,00
Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório	1	0,20	1	0,21	1	0,14
Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório	35	6,89	12	2,53	16	2,25
Capítulo XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	14	2,76	14	2,95	25	3,52
Capítulo XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	31	6,10	16	3,37	33	4,64
Capítulo XIV - Doenças do aparelho geniturinário	0	0,00	1	0,21	1	0,14
Capítulo XV - Gravidez, parto e puerpério	42	8,27	52	10,95	60	8,44
Capítulo XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade	126	24,80	41	8,63	165	23,21
Capítulo XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	156	30,71	114	24,00	317	44,59
Capítulo XXII – Códigos para propósitos especiais	17	3,35	22	4,63	8	1,13
Total Geral	508	100,00	475	100,00	711	100,00

Fonte: Siasij, 2023.

Em relação às principais morbidades que resultaram em encaminhamentos para serviços de média e alta complexidade, nota-se que, na maioria dos casos, elas foram associadas a fatores que afetam o estado de saúde e a interação com os serviços de saúde. Esse padrão sugere limitações no diagnóstico, o que pode indicar

a insuficiência da atenção básica em ser resolutiva, destacando a necessidade de implementar ações de promoção da saúde no território.

Tabela 10 - Principais especialidades / morbidades que geram referência para a CASAI, 2020 - 2022.

Morbidades	2020	%	2021	%	2022	%
Capítulo III - Doenças do sangue e dos órgãos e dos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	64	8,60	58	6,39	72	6,12
Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais	17	2,28	61	6,73	15	1,28
Capítulo VI - Doenças do sistema nervoso	4	0,54	3	0,33	6	0,51
Capítulo Doenças do aparelho circulatório	6	0,81	12	1,32	12	1,02
Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório	265	35,62	333	36,71	607	51,62
Capítulo XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	80	10,75	126	13,89	81	6,89
Capítulo XIV - Doenças do aparelho geniturinário	56	7,53	29	3,20	203	17,26
Capítulo XV - Gravidez, parto e puerpério	73	9,81	57	6,28	29	2,47
Capítulo XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	158	21,24	208	22,93	123	10,46
Capítulo XXII - Códigos para propósitos especiais	21	2,82	20	2,21	28	2,38
Total Geral	744	100,00	907	100,00	1.176	100,00

Fonte: CASAI, 2023; SISREG, 2023.

Em relação às principais morbidades que geraram referência para a CASAI, no período de 2020-2022, nota-se que as doenças do aparelho respiratório, geraram maior transferência. Justifica-se este exacerbado aumento de casos, quando comparado com outras morbidades, foi o período da pandemia de COVID-19, o que provocou o aumento do número de casos e consequentemente de óbitos na população indígena do DSEI.

Tabela 11 - Quantitativo de usuários com doenças crônicas não transmissíveis e que necessitam de intervenção/cuidados específicos em 2022.

Cronicidade	Usuários
Doenças hematológicas	16
Câncer	15
HIV Positivo	1
Hipertensão Arterial	285
Diabetes	41

Fonte: Siasi, 2023.

A tabela apresenta o quantitativo de usuários indígenas com doenças crônicas não transmissíveis e que necessitam de intervenção e cuidados específicos em 2022,

nota-se que a maioria dos pacientes são hipertensos, seguido de diabetes, doenças hematológicas e câncer.

Nos últimos três anos a proporção de pessoas vítimas de violências no DSEI KMT foi de aproximadamente 5%, sendo os Kayabi o principal povo acometido. Na oportunidade ressalta-se haver a probabilidade de que esta proporção seja maior, visto que alguns profissionais relatam insegurança em fazer as notificações, havendo assim probabilidade de que haja uma subnotificação desta demanda. Tendo em vista esta realidade, que mesmo com o matricialmente vem se mantendo, reafirma-se a necessidade de capacitação com os profissionais de área e das CASAI, para acolhida, cuidados e encaminhamentos corretos desta demanda.

4.5 Perfil de DRSAI e MDDA do DSEI dos últimos 3 anos

As Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental (DRSAI), estão associadas ao abastecimento de água deficiente, ao esgotamento sanitário inadequado, à contaminação por resíduos sólidos ou às situações precárias de moradia (Brasil, 2010).

Quando ocorrem essas doenças na aldeia, podemos considerar que entre as suas causas está a carência ou ausência de saneamento adequado no território (Brasil, 2010).

Assim, a água é um transmissor de enfermidades, que acometem, em especial, populações com condições sócio sanitárias precárias, como os indígenas, que possuem maiores taxas de morbimortalidade quando comparados a outros segmentos da população nacional (Santos *et. al.*, 2020).

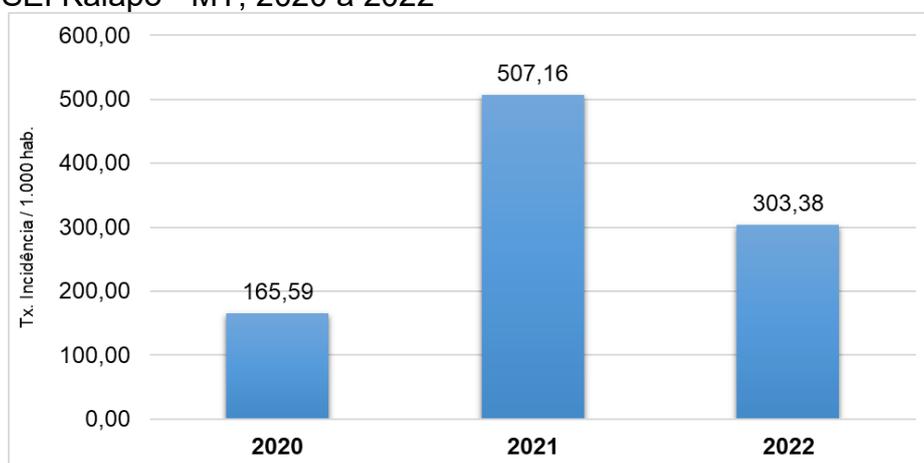
Essas enfermidades, configuram-se entre as principais causas de mortalidade infantil nas terras indígenas. As maneiras de prevenir essas patologias hídricas, são: através da adoção de serviços de saneamento básico, principalmente pelo abastecimento de água potável, pela destinação adequado do lixo e com as ações de saneamento no âmbito da saúde pública que devem ser direcionadas pelos critérios epidemiológicos, sanitários, ambientais e socioculturais (Araújo & Felipe, 2021).

As Doenças Diarreicas Agudas (DDA), ainda são muito frequentes nos países em desenvolvimento, sendo considerado um problema de saúde pública. Assim, os casos de diarreias ainda se apresentam em muitas populações, principalmente aquelas em condições de moradia, saneamento e educação inadequadas (Oliveira & Nascimento, 2009).

Estimativas apontam que mais de 4 milhões de crianças no mundo, menores de 5 anos, particularmente nos países em desenvolvimento, vão a óbito, devido à diarreia infecciosa aguda e no Brasil ocorrem mais de 600 mil internações/ano e 8 mil óbitos por diarreia, conforme AIH/DATASUS (Campos *et al.*, 2001).

A DRSI e a DDA podem ser prevenidas a partir da adoção de serviços de saneamento básico, principalmente pelo abastecimento de água potável e pela destinação adequada do lixo (Araújo & Felipe, 2021).

Figura 5 - Taxa de incidência por mil habitantes das Doenças Diarreicas Agudas - DDA, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a 2022



Fonte: SIASI-Web, 2023.

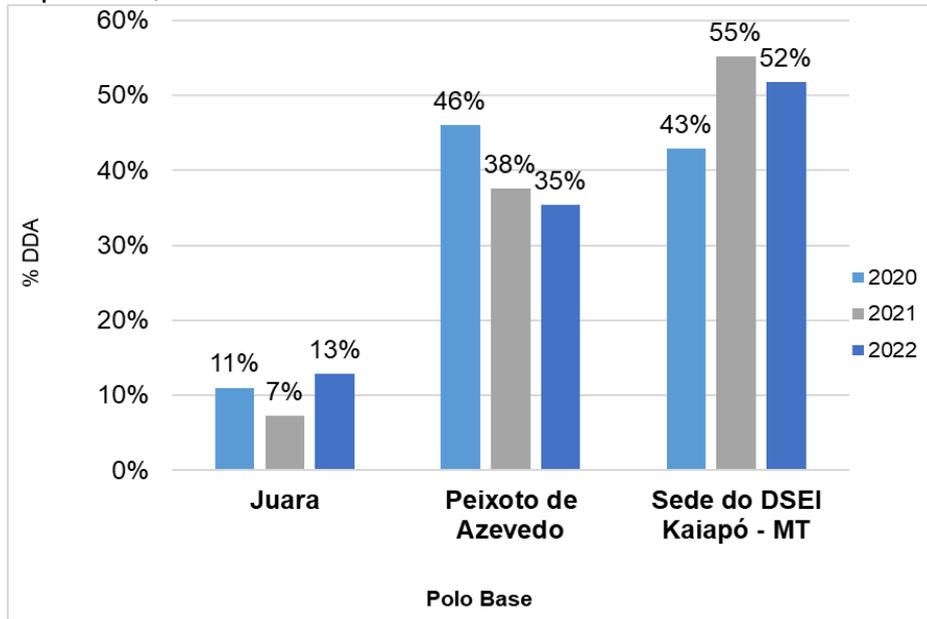
No período de 2020 a 2022, foram registrados o total de 4.242 casos DDA no DSEI KMT, destes casos em 2021, a incidência foi de 507,16 por mil habitantes, sendo a maior quando comparada com os demais anos (gráfico 5).

A falta de saneamento ambiental, as práticas sanitárias e os indicadores epidemiológicos de saúde em comunidades indígenas são considerados fatores de risco de DDA dentre outros problemas de saúde inerentes às condições de vida desses grupos. Quando as condições de saneamento não são adequadas, ocorre a contaminação do solo e das fontes d'água por micro-organismos de origem fecal e por parasitas intestinais, favorecendo a ocorrência das diarreias (BRASIL,2010).

Mesmo com as transformações nos modos de vida dos povos indígenas, ainda há ocorrências da DDA que trazem diversas consequências desfavoráveis à manutenção da qualidade de vida e da saúde.

No ano de 2022, a taxa de incidência da DDA diminuiu para 303,38 mil habitantes. Entende-se que foi em decorrência da implantação dos Sistemas Simplificado de Abastecimento de Água (SSAA).

Figura 6 - Percentual das Doenças Diarreicas Agudas - DDA, segundo polo base, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a 2022.



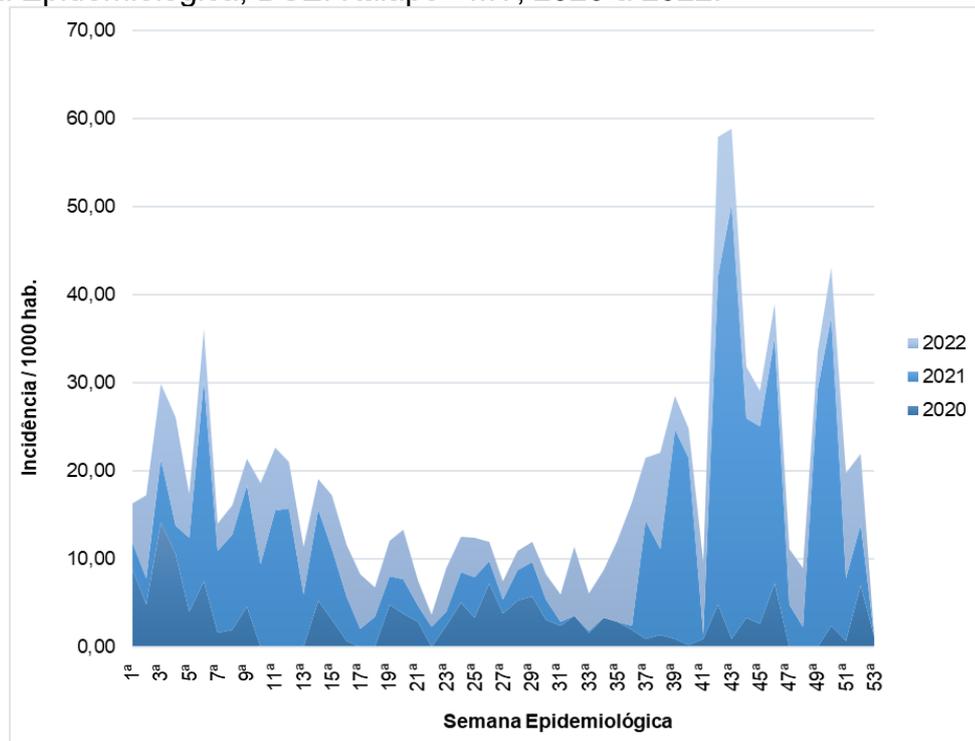
Fonte: SIASI-Web, 2023.

Quando analisamos a DDA por polo base e ano de referência, nota-se que o percentual de casos se concentra na Sede do DSEI Kaiapó do MT nos anos de 2021 (55,00%) e 2022 (52,00%), seguido do polo base de Peixoto de Azevedo com (46,00%) em 2021.

A Sede do DSEI Kaiapó do MT, tem a maior população do DSEI KMT, seguida do polo base de Peixoto de Azevedo, fato que também pode estar relacionado com a maior proporção de casos dessa morbidade sanitária.

Os fatores que contribuem com a incidência ou prevalência dessas doenças relacionam-se com a baixa disponibilidade de água, seu fornecimento sem qualidade, a inadequada disposição dos dejetos e um inadequado destino dos resíduos (Brasil, 2002).

Figura 7 - Incidência por mil habitantes das Doenças Diarreicas Agudas - DDA, por Semana Epidemiológica, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a 2022.



Fonte: SIASI-Web, 2023.

Quando analisada a distribuição da DDA por Semana epidemiológica - SE, é possível inferir que o pico dos casos, concentram-se no período das chuvas nas TI. Entretanto, a incidência no ano de 2020 foi de 14,18 por mil habitantes na SE 3ª; em 2021 na SE 43ª com a incidência de 49,42 por mil habitantes e 2022 a incidência de 15,64 por mil habitantes na SE 42ª.

Observou-se que o aumento de casos de doenças diarreicas agudas (DDA) nos municípios da região Amazônica está relacionado às mudanças climáticas que influenciam os padrões de pluviosidade. Essas mudanças afetam o acesso aos serviços de abastecimento de água e saneamento, facilitando a disseminação de contaminantes fecais. Conseqüentemente, isso eleva os riscos de surtos de doenças transmitidas pela água, colocando a população em risco de contrair inúmeras doenças (Oliveira *et al.*, 2020).

A OMS, define o saneamento como o controle de todos os fatores do meio físico do homem, que exercem ou podem exercer efeito nocivo sobre seu bem-estar físico, mental e social. Desse modo, é evidente que o saneamento é indissociável do conceito de saúde (Bovolato, 2010).

Tabela 12 - Incidência por mil habitantes das Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental, segundo grupo de doenças, DSEI Kayapó - MT, 2020 a 2022.

Doenças	2020	2021	2022
Arboviroses	0,00	0,23	0,89
Artrópodes	1,20	0,46	0,00
Diarreicas	25,96	7,39	5,37
Ectoparasitoses	11,78	2,77	0,45
Helmintíases	0,24	0,23	0,22
Leishmanioses	0,96	1,62	0,22
Malária	3,85	29,10	21,01
Toxoplasmose Adquirida	0,00	0,23	0,00

Fonte: SIASI-Web, 2023.

De acordo com o grupo de doenças, no ano de 2020 a incidência das diarreicas foi de 25,96 por mil habitantes, uma vez que essa morbidade está na categoria de doenças causadas pela ingestão da água ou alimentos contaminados.

Pressupõem-se que as crescentes taxas de diarreia, são frequentes quando há ocorrência de chuvas, pois a população aumenta eventualmente o consumo hídrico de águas não tratadas (Maia *et al.*, 2020).

Nos últimos dois anos destacam-se as doenças transmitidas por vetores que relacionam com a água ou o lixo, a malária com a incidência de 29,10 por mil habitantes no ano de 2021 e em 2022 a incidência de 21,01 por mil habitantes. Assim, elevadas taxas de morbidade devido à malária são observadas na população indígena do DSEI KMT, com ênfase no ano de 2021 (n=126/53,39%).

A distribuição da malária no Brasil é desigual, com concentração de 99% dos casos na Amazônia, classificando a região como área endêmica. Esses casos estão dispostos no território de múltiplas formas, com taxas mais notáveis em determinadas áreas, a exemplo dos territórios indígenas, assentamentos e garimpos (Brasil, 2021).

5. ESTRUTURAÇÃO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA – ATUAL E PREVISÃO

5.1 Infraestrutura de saúde

Tabela 13 - Quantidade atual de estabelecimentos de saúde indígena por descrição do subtipo, nº de reformas/ampliações e novos estabelecimentos.

Estabelecimento	Quantidade Atual	Nº de reformas/ ampliações previstas	Nº de novos estabelecimentos previstos/
CASAI	03	02	02
UBSI Tipo I	01	0	08
UBSI Tipo II	04	2	0
UBSI Tipo III	0	0	0
Polo Base tipo I	0	0	04
Polo Base tipo II	0	0	0
Sede do DSEI	0	0	0
Escritório Local	0	0	0

Fonte: SESANI, 2023.

Conforme demonstra, o DSEI Kaiapó-MT possui 05 estabelecimentos de saúde conforme as portarias da SESAI. Contudo, existem ainda estabelecimentos de saúde construídos pela FUNASA, que atualmente são geridas pelo DSEI.

De acordo com a tabela, durante a vigência do PDSI 2024 – 2027, estão programadas a reforma e implantação da CASAI Colíder e CASAI Juara, além da construção da CASAI Peixoto de Azevedo. Também estão previstas reformas nas UBSI Tipo II Kapot e Metuktire, assim como a construção de novos estabelecimentos, incluindo 12 UBSI tipo I, 4 Polos Base tipo I e 2 novas CASAI nas cidades de Alta Floresta e Garantã.

O DSEI compreende a necessidade de ampliação das casas de apoio para servir de retaguarda à população indígena. Nas reuniões do conselho local para construção deste Plano Distrital, foram solicitados os estudos de orçamento e viabilidade, para a construção de duas novas CASAI. A Casa de Apoio de Saúde Indígena de Alta Floresta e a de Garantã do Norte.

O Governo do Estado de Mato Grosso, em 2022, autorizou a construção do novo Hospital Regional de Alta Floresta, tendo um investimento de 112,3 milhões, o que permitirá a construção de 151 leitos, incluindo 40 leitos de UTI e 111 leitos de enfermaria para atendimentos de média e alta complexidade. A previsão de conclusão do Hospital está prevista para 2024.

Assim, com a implantação de leitos de média e alta complexidade, os pacientes internados no Hospital Regional de Colíder serão encaminhados para Alta Floresta, incluindo os pacientes indígenas. Isso gerará a necessidade de construir uma CASAI

ou contratar serviços de casa de apoio em Alta Floresta, uma vez que não há aldeias indígenas nesse território. É importante a realização de estudos pela SESAI de viabilidade devendo ser solicitada pelo DSEI.

Quadro 4 - Previsão de implantação/reformas/ampliação/reforma e ampliação de infraestrutura de saúde previstos para 2024 a 2027.

Tipo de Estabelecimento	Aldeia/Povo do estabelecimento	Implantação/reforma/ampliação	Ano de Previsão
UBSI TIPO I	Wani Wani	Implantação	2024
UBSI TIPO I	Kororoty	Implantação	2024
CASAI	Peixoto De Azevedo-Mt	Implantação	2025
POLO BASE TIPO I	Piaraçu	Implantação	2025
POLO BASE TIPO I	Tatui	Implantação	2025
UBSI TIPO II	Kapot	Reforma	2025
UBSI TIPO I	Sankarasã	Implantação	2026
UBSI TIPO I	Kotiko	Implantação	2026
UBSI TIPO I	Kaweretxiko	Implantação	2026
CASAI	Colíder-Mt	Reforma e Ampliação	2026
POLO BASE TIPO I	Nansepotiti	Implantação	2027
POLO BASE TIPO I	Kururuzinho	Implantação	2027
UBSI TIPO I	Kopenoty	Implantação	2027
UBSI TIPO I	São Benedito	Implantação	2027
CASAI	Alta Floresta-Mt	Implantação	2027
CASAI	Guarantã Do Norte	Implantação	2027
CASAI	Juara-MT	Reforma e Ampliação	2027
UBSI I	Tonhore	Implantação	2027
UBS I	Sonkuê	Implantação	2027
USB I	Figuerinha	Implantação	2027
UBS I	Munduruku	Implantação	2027

Fonte: SESANI, 2023

5.2 Rede de Atenção à Saúde

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) tem por objetivo em promover a integração do sistema, por arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, a fim de garantir a integralidade do cuidado regionalmente, com capacidade para garantir o direito à saúde e o acesso resolutivo, com qualidade, tempo oportuno e ordenada pela atenção primária conforme o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 (Martinelli *et al.*, 2022).

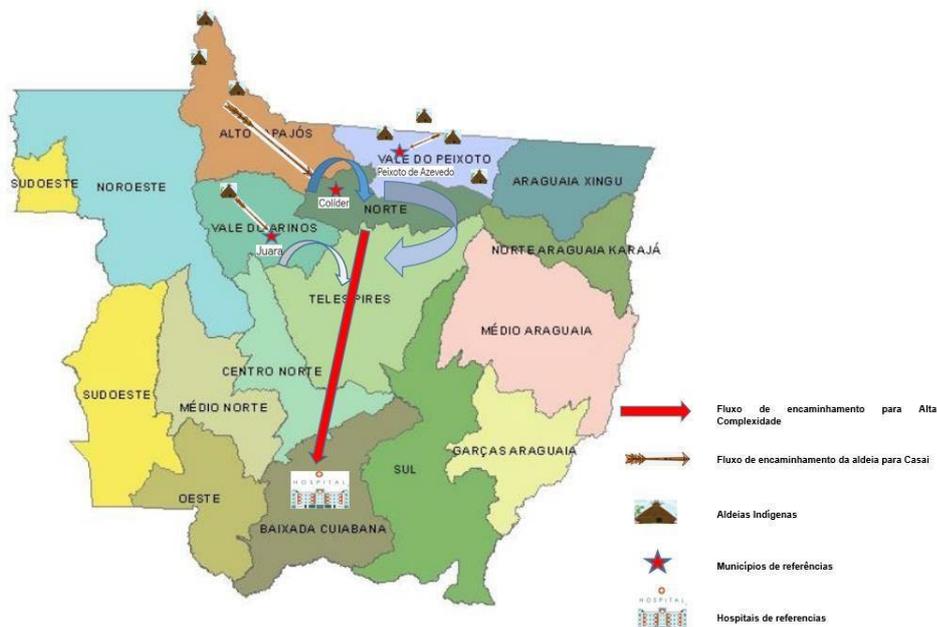
O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei nº 8.080/90 e estabelece a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada. Para a Atenção Primária coordenar efetivamente a RAS, é crucial identificar as necessidades de saúde da

população sob sua responsabilidade e integrá-las aos demais pontos de atenção à saúde. Isso permite que a programação dos serviços de saúde seja baseada nas necessidades reais das pessoas, fortalecendo assim um planejamento ascendente (BRASIL, 2011).

Com a implementação do Decreto N° 7.336/2010, a SESAI assumiu a gestão direta da atenção à saúde indígena, sendo responsável pela atenção básica nas comunidades indígenas por meio dos DSEI. Por outro lado, os municípios e estados são encarregados de fornecer atenção média e alta complexidades tanto para esses povos quanto para os demais cidadãos em seus territórios (Rodrigues *et al.*, 2020). Segundo o Censo 2022, Mato Grosso possui 62 terras indígenas recenseadas no estado e corresponde atualmente a 1,5% da população geral do estado, com 58.231, é o sétimo estado com maior população indígena do Brasil e não possui uma política estadual de saúde de indígena. Esta mesma população tem dificuldade de acesso aos serviços de média e alta complexidade, onde a maioria está concentrada na capital do estado.

A sede do DSEI KAIAPÓ-MT está localizada na cidade de Colíder-MT. A elaborada estrutura do Subsistema de Atenção à Saúde possibilita que a população sob a jurisdição deste distrito sanitário seja dividida em 3 regionais de saúde: a regional Norte Mato Grossense, Vale do Arinos e Vale do Peixoto de Azevedo do Estado de Mato Grosso. Cada Polo Base organiza um fluxo específico para o atendimento da população indígena, conforme ilustrado no mapa abaixo.

Figura 8 - Fluxo de encaminhamentos dos pacientes indígenas para Rede de Atenção à Saúde Indígena, DSEI KAIAPÓ-MT, 2023.



Fonte: COAP/SAS/SES; DIASI, 2023.

A Figura 8 apresenta o fluxo de encaminhamentos dos pacientes indígenas atendidos nas aldeias assistidas pelos DSEI KAIAPÓ-MT. A Atenção Básica é realizada nas aldeias indígenas, sendo de responsabilidade do DSEI, contudo quando esses pacientes necessitam de exames complementares ou atendimento hospitalar e ambulatorial, estes são encaminhados para o Polo Base.

Como o DSEI KAYAPÓ-MT não possui polo base nas aldeias indígenas, a sede do Polo Base está dentro das CASAI. A CASAI recebe estes pacientes e os encaminham para realização de exames ou para atendimento hospitalar e ambulatorial. Conforme o mapa, as principais cidades que recebem estes indígenas no DSEI KAYAPÓ-MT são Colíder, Juara e Peixoto de Azevedo.

Cada cidade possui uma determinada capacidade instalada na rede de SUS, porém todas possuem a sua rede hospitalar que pode ser estadual no caso dos hospitais regionais ou municipais. Quando há pacientes indígenas que necessitam de atendimento de alta complexidade, estes pacientes são encaminhados para a capital do estado percorrendo mais 650 KM dependendo da cidade onde ele esteja. DSEI KAIAPÓ-MT, se inicia na atenção básica realizada pelas EMSI na UBSI das aldeias, quando este indígena necessita de exames laboratoriais ou atendimento, ou hospitalar, são encaminhados para a CASAI, que realiza a articulação com as referências dos municípios e estado. Neste fluxo estão inseridos a rede de urgência e

emergência de todo o tipo de clínica e a rede cegonha, as gestantes indígenas possuem acesso direto aos serviços de saúde.

O segundo fluxo ocorre quando os indígenas precisam de atendimento especializado em centros de saúde, incluindo serviços de pediatria, obstetrícia, ginecologia, SAE, entre outros, assim como cirurgias eletivas e procedimentos de alta complexidade. Todos esses atendimentos são agendados através do SISREG municipal e estadual e estão sujeitos às pactuações definidas pela PPI de cada município.

A CASAI envia os encaminhamentos aos municípios de referência para o acesso ao SISREG, já que não possui este acesso liberado. Por fim, o terceiro fluxo é quando internado nos hospitais e estes necessitam de atendimento de média e alta complexidade, o seu acesso é pelo SISREG hospitalar a estes serviços de maior complexidade. Com a implantação do SISREG estadual os serviços de média e alta complexidade, os pacientes indígenas são encaminhados para as unidades de saúde que possuem vagas disponíveis e nem sempre nas cidades destas regiões possuem CASAI para receber as famílias destes indígenas.

Os pacientes que necessitam de transporte para atendimento de média e alta complexidade utilizam dos recursos federais enviados aos municípios para o Tratamento Fora do Município (TFD), sendo transportados pelos mesmos. Existe uma situação peculiar no DSEI KAYAPÓ-MT relacionada ao atendimento de indígenas que residem no estado do Pará, que não são munícipes de nenhum município mato-grossense. Nestes casos, utiliza-se o SISREG, aproveitando-se do bom relacionamento que as CASAI têm com os municípios e considerando a pequena quantidade de indígenas. O transporte desses indivíduos é assegurado até a capital, Cuiabá-MT, onde estão concentrados os serviços de maior complexidade do estado. O contrato de transporte inclui a garantia de passagens de ônibus, com transferência subsequente para a CASAI CUIABÁ.

Com relação aos estabelecimentos de saúde para apoio diagnóstico, média e alta complexidade da área de abrangência do Polo base Peixoto de Azevedo. Os pacientes indígenas que necessitam de exames complementares para realizar apoio diagnóstico, bem como atendimento à especialidade, internação clínica e cirúrgica de média complexidade são encaminhados das aldeias para cidade de referência para o Polo base como ocorre em todos os Polos do DSEI.

Os principais estabelecimentos de saúde de alta complexidade que não

encaminhados os pacientes indígenas no Estado de Mato, a maioria dos serviços de alta complexidade estão na cidade de Cuiabá-MT e Várzea Grande-MT, concentrando os serviços de alto risco de (Pré-Natal, Obstetrícia, Ortopedia, Cardiologia, Neurologia, Nefrologia, Pneumologia, Hematologia, oncologia, etc. Os demais serviços estão distribuídos nos leitos de UTI Neonatal, pediátrico e adulto no Norte do estado, bem como serviços de alta complexidade como neurocirurgia no Hospital Regional de Sorriso (MT) e Sinop.

Por fim, os pacientes que possuem doenças raras ou negativas do SISREG de não contratualização do tratamento de saúde, são encaminhados para o ambulatório do índio em São Paulo/UNIFESP, sendo acompanhados pela CASAI Nacional de São Paulo.

Quadro 5 - Estabelecimentos habilitados e com possibilidade de habilitação do incentivo de atenção especializada aos povos indígenas - IAEPI.

Estabelecimento	Habilitado	Possibilidade de habilitar			
		2024	2025	2026	2027
Caps Garantã Do Norte	Sim				
Caps Bem Viver De Juara	Sim				
Ceo Portal Da Amazônia - Garantã Do Norte	Sim				
WG Laboratório Regional De Prótese Dentária	Sim				
Lrpd- Garantã Do Norte	Não	X			
Hospital Municipal E Lrpd De Paranaíta	Não	X			
Unidade Mista	Não	X			
Caps- Colíder	Não	X			
Hospital Regional De Peixoto De Colíder	Não	X			
Hospital Regional De Alta Floresta	Não	X			

Fonte: DIASI, 2023.

O Quadro 5 mostra os estabelecimentos já habilitados e aqueles que podem se qualificar para receber o incentivo de atenção especializada aos povos indígenas – IAEPI. Além dos locais já habilitados, há estabelecimentos interessados em obter o IAEPI, o que requer uma ampliação da articulação do DSEI com os gestores.

5.3 Gestão do Trabalho e educação na saúde

Apresentar a força de trabalho atual e a necessidade de ampliação, apresentando o dimensionamento de Recursos Humanos de todas as categorias, seja servidor, conveniado ou terceirizado.

5.3.1 Força de Trabalho

A Tabela 14 apresenta o demonstrativo geral de recursos humanos existente no DSEI no ano de 2023. Para apresentar o atual quadro, foi necessário pegar a planilha da conveniada apresentada no SICONV, devido o RH não estar atualizada.

Tabela 14 - Demonstrativo geral de recursos humano existente no DSEI.

Recurso Humano	LOTAÇÃO						VÍNCULO EMPREGATÍCIO				
	Total	PB tipo I	PB tipo II	CASAI	Sede DSEI	CAF	Servidor	Convênio	Terceirizado	Mais Médicos	Município
Médico (a)	4	0	4	0	0	0	0	1	0	3	0
Enfermeiro (a)	26	0	13	9	4	0	0	26	0	0	0
Enfermeiro Jovem Indígena	2	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0
Cirurgião Dentista	5	0	4	0	1	0	0	5	0	0	0
Assistente Social	3	0	0	3	0	0	0	3	0	0	
Nutricionista	5	0	1	3	1	0	0	5	0	0	0
Farmacêutico(a)	6	0	1	3	1	1	0	6	0	0	0
psicólogo	2	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0
Engenheiro/civil/sanitarista	2	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0
Apoiador técnico de atenção à saúde	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Apoiador técnico de saneamento	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Gestor de saneamento ambiental	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Técnico de Enfermagem	66	0	38	28	0	0	0	66	0	0	0
Técnico de Enfermagem Jovem Indígena	3	0	3	0	0	0	0	3	0	0	0
Auxiliar de Saúde Bucal	5	0	5	0	0	0	0	5	0	0	0
Técnico de Saneamento/Químico Eletrotécnico	4	0	0	0	4	0	0	4	0	0	0
Agente Indígena de Saúde	52	0	52	0	0	0	0	52	0	0	0
Agente Indígena de Saneamento	35	0	35	0	0	0	0	35	0	0	0
Técnico de Suporte II	12	0	0	3	0	1	0	0	12	0	0
Recepcionista	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
Oficial Administrativo	5	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0
Apoio Administrativo	2	0	0	2	0	0	0	0	5	0	0
Auxiliar de Administração	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Auxiliar de Contábil	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Vigia Noturno 12x36	10	0	0	6	2	2	0	0	10	0	0
Vigia Diurno 12x36	4	0	0	0	2	2	0	0	4	0	0
Digitadores	4	0	0	0	4	0	0	0	4	0	0
Técnico de informática	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Serviços Gerais	4	0	0	3	1	0	0	0	4	0	0
Técnico de Manutenção	2	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0
Condutor Fluvial	10	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0

Recurso Humano	LOTAÇÃO						VÍNCULO EMPREGATÍCIO				
	Total	PB tipo I	PB tipo II	CASAI	Sede DSEI	CAF	Servidor	Convênio	Terceirizado	Mais Médicos	Município
Motoristas 15x15	44	0	0	0	0	0	0	0	44	0	0
Motoristas 12x36 Diurno	6	0	0	6	0	0	0	0	6	0	0
Motoristas 12x36 Noturno	6	0	0	6	0	0	0	0	6	0	0
Servente Limpeza Interno 44h	13	9	0	0	3	1	0	0	13	0	0
Servente Limpeza Externo 44h	3	0	0	3	0	0	0	0	3	0	0
Servente Limpeza Interno 12x36	10	10	0	0	0	0	0	0	10	0	0
Copeira	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Aux. Lavanderia 44h	5	0	0	5	0	0	0	0	5	0	0
Guarda de Endemias	13	0	0	0	13	0	13	0	0	0	0
Agente de Saúde Pública	3	0	1	2	0	0	3	0	0	0	0
Atendente de Enfermagem	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
Auxiliar de Saneamento	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
Administrador	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
Contador	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0

Fonte: SESAI-RH/SICONV, 2023.

Tabela 15 - Capacidade da EMSI instalada atualmente.

POLO BASE	EMSI	PERFIL DAS EMSI							
		Enfermeiro	Médico	CD	Téc. Enf.	ASB/T TSB	AIS	AISAN	Aldeias Atendidas
SEDE DSEI	EMSI 1	2	1	1	5	1	7	3	4
	EMSI 2	2	1	0	5	1	6	4	7
	EMSI 3	2	1	1	7	1	8	8	18
PEIXOTO	EMSI 4	1	0	0	7	0	5	4	5
	EMSI 5	1	0	0	4	0	7	5	6
	EMSI 6	2	1	1	5	1	10	3	12
JUARA	EMSI 7	1	0	0	3	1	2	3	3
	EMSI 8	1	0	1	2	0	2	3	6

Fonte: SESAI-RH, 2023.

A capacidade instalada das Equipes Multidisciplinar de Saúde Indígena, que trabalham atualmente nas aldeias, faltando ainda a nutricionista atualmente trabalhando em todos os polos e a psicóloga que exerce suas atividades no Polo base de Juara.

Tabela 16 - Demonstrativo da necessidade de ampliação de recursos humanos do DSEI.

Recurso Humano	PB tipo II	CASAI	DSEI	Total	Programação			
					2024	2025	2026	2027
Médico	4	0	0	8	4	0	1	0
	3	0	0		3	0	0	0
	1	0	0		1	0	0	0
Farmacêutico	1	0	0	2	1	0	0	0
	1	0	0		1	0	0	0
Psicólogo	1	0	0	3	2	0	0	0
	1	0	0		1	0	0	0
Nutricionista	1	0	0	2	0	0	0	1
	1	0	0		0	0	0	0
	1	0	0		0	0	0	0
Enfermeiro	3	0	0	12	0	0	1	0
	2	2	0		4	5	5	5
	2	3	0		3	3	3	3
Téc.de Enfermagem	4	0	0	13	0	2	0	2
	4	0	0		2	0	2	0
	3	2	0		3	2	0	0
Téc. de Saneamento	1	0	0	3	1	0	0	0
	1	0	0		1	0	0	0

Recurso Humano	PB tipo II	CASAI	DSEI	Total	Programação			
					2024	2025	2026	2027
	1	0	0		1	0	0	0
Odontólogo	1	0	0	2	1	0	0	0
	1	0	0		1	0	0	0
Agente de Combate a Endemias	2	0	0	6	0	2	0	2
	2	0	0		2	0	2	0
	2	0	0		3	2	0	0
Agente Indígena de Saúde	12	0	0	12	3	3	3	3
Auxiliar de Saúde Bucal	2	0	0	2	2	0	0	0
AISAN	20	0	0	20	0	5	10	5
Auxiliar de Serviços Gerais	5	0	0	5	0	0	5	0
Engenheiro/civil/sanitarista	0	0	1	1	0	1	0	0
Assistente Administrativo	0	2	0	2	0	0	0	0
Administrador - CPL	0	0	1	1	1	0	0	0
Suporte Técnico II	0	0	4	4	4	0	0	0
Administrador	0	0	2	2	2	0	0	0
Téc. de Informática	0	2	0	0	2	0	0	0
Recepcionista	3	2	0	5	2	0	3	0
Barqueiro	16	0	0	16	4	4	4	4
Médico Veterinário	0	0	1	1	0	1	0	0

Fonte: DSEI KMT, 2023

5.3.2 Qualificação Profissional

A Educação Permanente dos profissionais em saúde que atuam nos territórios indígenas é uma das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) Portaria nº 254/2002, que visa garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de suas medicinas e o direito desses povos à sua cultura.

No âmbito da atenção à saúde indígena, a Educação Permanente tem dois enfoques:

1. A aprendizagem significativa dos processos e práticas diárias, visando o aperfeiçoamento das ações realizadas.

2. O desenvolvimento de pessoas para atuação em contexto intercultural.

As ações de Educação Permanente são voltadas para os trabalhadores que atuam na DIASI, Polo Base, CASAI, NASI, EMSI, INDEPENDENTE da categoria profissional, classificação da ocupação (no caso do AIS e AISAN) ou vínculo.

Tabela 17 - Ações de Educação Permanente em Saúde no âmbito do DSEI

Descrição	2021	2022	2023
Trabalhadores que participaram de ações de qualificação para atuação em contexto intercultural	19	45	16
Trabalhadores qualificados em ações de aperfeiçoamento do trabalho em saúde	69	245	41

Fonte: DIASI, 2023.

5.4 Infraestrutura de saneamento

Atualmente o DSEI possui 63 Aldeias Indígenas, ao qual 31 (trinta e uma) são contempladas com Sistemas de Abastecimento de Água. Representando um total de 49,21% de aldeias com água tratada e distribuída à população indígena.

As aldeias que ainda não possuem sistemas de abastecimento de água, são contempladas com filtros de barros e posteriormente tratadas com hipoclorito de sódio (2,5%), ao qual elimina vírus, bactérias ou parasitas que podem causar doenças.

Os sistemas de abastecimento de água, contemplam captação de água via poço tubular profundo, clorador de pastilhas, estrutura de concreto para suporte de reservatório de água, rede central e pontos de distribuição em cada domicílio.

Tabela 18 - Caracterização das aldeias sobre infraestrutura de saneamento.

Polo Base	Nº de Aldeias	Nº de aldeias com coleta de resíduo 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
SEDE DSEI KMT	30	0	30	11	14	0
PEIXOTO DE AZEVEDO	23	03	23	12	12	0
JUARA	10	0	10	05	06	0

Fonte: SESANI, 2023.

Tabela 19 - Tecnologias de tratamento de água mais utilizadas

Polo Base	Nº de Aldeias	Nº de aldeias com clorador	Nº de aldeias que sem tratamento	Nº de aldeias atendidas por concessionária	Nº de aldeias com salta-Z	Nº de aldeias com filtração
SEDE DSEI KMT	30	14	16	0	0	02

Polo Base	Nº de Aldeias	Nº de aldeias com clorador	Nº de aldeias que sem tratamento	Nº de aldeias atendidas por concessionária	Nº de aldeias com salta-Z	Nº de aldeias com filtração
PEIXOTO DE AZEVEDO	23	12	11	0	0	01
JUARA	10	06	04	0	0	0

Fonte: SESANI, 2023.

Tabela 20 - Tecnologias de tratamento e disposição final de esgotamento mais utilizadas

Polo Base	Nº de Aldeias	Nº de aldeias com fossa séptica e sumidouro	Nº de aldeias com tanque de evopotransp.	Nº de aldeias com fossa rudimentar	Nº de aldeias atendidas por concessionária	Nº de aldeias corpos hídricos
SEDE DSEI KMT	30	0	0	30	0	25
PEIXOTO DE AZEVEDO	23	0	0	23	0	16
JUARA	10	0	0	10	0	05

Fonte: SESANI, 2023.

Tabela 21 - Previsão de implantação de infraestrutura de abastecimento de água por aldeia 2024 a 2027.

Polo Base	Aldeia	População	Ano de previsão
Peixoto de Azevedo	SAA Aldeia Aribaru	67	2024
Juara	SAA Aldeia Mayrob	229	2024
Juara	SAA Aldeia Tatui	304	2024
Juara	SAA Aldeia Nova Munduruku	171	2024
Sede DSEI	SAA Aldeia Kotiko	125	2024
Sede DSEI	SAA Aldeia Omeikrankum	28	2024
Peixoto de Azevedo	SAA Aldeia Kretire	05	2024
Sede DSEI	SAA Aldeia Canaã	28	2025
Peixoto de Azevedo	SAA Aldeia Kapotnhöre	72	2025
Peixoto de Azevedo	SAA Aldeia Morê	17	2025
Peixoto de Azevedo	SAA Aldeia Tonhöre	44	2025
Peixoto de Azevedo	SAA Aldeia Kromare	25	2025
Peixoto de Azevedo	SAA Aldeia Inamati	25	2025
Sede DSEI	SAA Aldeia Kokakumbem	66	2026
Sede DSEI	SAA Aldeia Nânpôroô	38	2026
Peixoto de Azevedo	SAA Aldeia Maida	20	2026
Peixoto de Azevedo	SAA Aldeia Mupá	34	2026
Peixoto de Azevedo	SAA Poreby	36	2026
Peixoto de Azevedo	SAA Kadjanoro	42	2026
Sede DSEI	SAA Aldeia Kawaiwete	13	2027
Sede DSEI	SAA Aldeia Ximari	31	2027
Juara	SAA Aldeia Vale Verde	19	2027
Sede DSEI	SAA Aldeia Itauba	13	2027
Peixoto de Azevedo	SAA Aldeia Nova Jarina	115	2027
Peixoto de Azevedo	SSA Aldeia Nova Kromare	41	2027
Peixoto de Azevedo	SSA Aldeia Kuiko	34	2027
Juara	SSA Aldeia Itamait	25	2027

Fonte: SESANI, 2023.

Tabela 22 - Previsão de reforma e/ou ampliação de infraestrutura de abastecimento de água por aldeia.

Polo Base	Aldeia	População	Ano de previsão
Sede DSEI	Aldeia Kapot	509	2024
Sede DSEI	Aldeia Nansepotiti	266	2024
Sede DSEI	Aldeia Pakaya	17	2024
Sede DSEI	Kaweretxiko	113	2024
Sede DSEI	Aldeia Kresã	48	2025
Sede DSEI	Aldeia São Benedito	52	2025
Sede DSEI	Aldeia Sankârãsã	172	2025
Juara	Aldeia Figueirinha	51	2026
Peixoto de Azevedo	Aldeia Metuktire	213	2024
Peixoto de Azevedo	Aldeia Kuxonety	96	2027
Sede do DSEI	Aldeia Sônkwê	57	2027
Juara	Aldeia Kawaip/Flor da Terra	15	2027
Juara	Aldeia Ytu Cachoeira	61	2027
Sede do DSEI	Aldeia Kururuzinho	177	2027
Peixoto de Azevedo	Aldeia Kopenoty	115	2027
Peixoto de Azevedo	Aldeia Wani Wani	70	2027
Peixoto de Azevedo	Butire	41	2027

Fonte: SESANI, 2023.

Tabela 23 - Previsão de sistema de esgotamento sanitário por aldeia.

Polo Base	Aldeia	População	Ano de previsão
Peixoto de Azevedo	Aldeia Wani Wani	69	2026
Peixoto de Azevedo	Aldeia Kopenoty	115	2026
Peixoto de Azevedo	Aldeia Kuxonety	96	2027
Peixoto de Azevedo	Aldeia Turipuku	32	2027

Fonte: SESANI, 2023.

5.5 Meio de transporte

A Logística de acesso dos indígenas aos serviços de saúde, bem como, das equipes multidisciplinares até as comunidades assistidas, se dá preferencialmente por via terrestre, todavia, o DSEI possui comunidades em que o acesso é realizado unicamente por transporte aéreo, não havendo a possibilidade de outro meio de locomoção, no caso de aldeias ribeirinhas, o acesso também se dá por meio fluvial, ou seja, misto, onde o transporte terrestre se faz até as margens dos rios e posteriormente a utilização do transporte fluvial se faz necessária.

As inúmeras aldeias e as distâncias entre elas, não permitem que os Médicos estejam em todos os lugares ao mesmo tempo, fator este que causa um déficit na assistência aos pacientes pelo profissional médico. Na maioria das vezes esses pacientes iniciam a avaliação pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem que dependendo da gravidade os encaminham para as CASAls que os classificam em atendimento de urgência e emergência ou atendimento da atenção básica para avaliação médica e realização de exames complementares.

Portanto, o primeiro atendimento é realizado pelas equipes de área e dependendo das condições aguda da doença é referenciada para realização de exames complementares, encaminhado para avaliação de alguma especialidade ou para o atendimento de urgência e emergência na necessidade de hospitalização, quando atendido pelos médicos, outra situação é quando este paciente é atendimento por médicos e enfermeiros de área e são encaminhados para casai para atendimento pelo ambulatório de especialidade, para este fim depende que o encaminhamento médico esteja na regulação. Para este trabalho é importantíssimo o trabalho do meio transporte.

5.5.1 Plano de Transporte

Atualmente o DSEI possui um plano de transportes, sendo comumente utilizado quando preciso, porém, há a necessidade de sua atualização, que será feita no ano de 2024.

5.5.2 Monitoramento e Acompanhamento dos Contratos Administrativos Relacionados ao transporte do DSEI KMT

O DSEI 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.

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.

5.5.3 Estrutura da Equipe de Transporte

O DSEI possui uma equipe de transporte composta por um chefe do setor (Servidor sendo o chefe do SEPAT), um (01) Técnicos de Suporte II e um (01) auxiliar administrativo, onde estes recebem todas as demandas referentes a transporte terrestre e fluvial.

Quadro 6 - Caracterização do meio de transporte entre as unidades de abrangência do DSEI.

Polo Base	Aldeia/ CASAI	Distância Polo Base a CASAI	Acesso terrestre	Acesso fluvial	Acesso aéreo	Observações do acesso
SEDE do DSEI	Coelho	338 km	X	X		17 km no Rio São Benedito + 2 km no Rio Teles Pires
SEDE do DSEI	Dinossauro	375 km	X	X		17 km no Rio São Benedito + 39 km no Rio Teles Pires
SEDE do DSEI	Barro Vermelho	421 km	X	X		17 km no Rio São Benedito + 85 km no Rio Teles Pires
SEDE do DSEI	Tukuma	364,2 km	X	X		17 km no Rio São Benedito + 28,2 km no Rio Teles Pires
SEDE do DSEI	Lageirinha	371,9 km	X	X		17 km no Rio São Benedito + 35,9 km no Rio Teles Pires
SEDE do DSEI	Pontal	710 km	X	X	X	17 km no Rio São Benedito + 273 km no Rio Teles Pires + 101 KM no Rio Juruena
SEDE do DSEI	São Benedito	321,2 km	X	X		2,2 km no Rio São Benedito
SEDE do DSEI	Mayrowi	528 km	X	X		17 km no Rio São Benedito + 194 km no Rio Teles Pires
SEDE do DSEI	Piraptua	710 km	X	X		17 km no Rio São Benedito + 273 km no Rio Teles Pires + 130 KM no Rio Juruena
SEDE do DSEI	Três Marias III	528 km	X	X		17 km no Rio São Benedito + 194 km no Rio Teles Pires
SEDE do DSEI	Minhocoçu	385,4 km	X	X		17 km no Rio São Benedito + 49,4 km no Rio Teles Pires
SEDE do DSEI	Kururzinho	380,2 km	X	X		17 km no Rio São Benedito + 44,2 km no Rio Teles Pires
SEDE do DSEI	Ximari	350 km	X	X		17 km no Rio São Benedito + 14 km no Rio Teles Pires
SEDE do DSEI	Kawaiwete	340 km	X	X		17 km no Rio São Benedito + 16 km no Rio Teles Pires
SEDE do DSEI	Canidé	740 km	X	X		17 km no Rio São Benedito + 273 km no Rio Teles Pires + 131 KM no Rio Juruena
SEDE do DSEI	Kapot	367,9 km	X			
SEDE do DSEI	Canaã	298,8 km	X			
SEDE do DSEI	Sankarasã	319,5 km	X	X		10,7 km no Rio Iriri
SEDE do DSEI	Mayrowi	528 km	X	X		17 km no Rio São Benedito + 194 km no Rio Teles Pires
SEDE do DSEI	Piraptua	710 km	X	X		17 km no Rio São Benedito + 273 km no Rio Teles Pires + 130 km no Rio Juruena
SEDE do DSEI	Três Marias III	528 km	X	X		17 km no Rio São Benedito + 194 km no Rio Teles Pires
SEDE do DSEI	Minhocoçu	385,4 km	X	X		17 km no Rio São Benedito + 49,4 km no Rio Teles Pires

Polo Base	Aldeia/ CASAI	Distância Polo Base a CASAI	Acesso terrestre	Acesso fluvial	Acesso aéreo	Observações do acesso
SEDE do DSEI	Kururzinho	380,2 km	X	X		17 km no Rio São Benedito + 44,2 km no Rio Teles Pires
SEDE do DSEI	Ximari	350 km	X	X		17 km no Rio São Benedito + 14 km no Rio Teles Pires
SEDE do DSEI	Kawaiwete	340 km	X	X		17 km no Rio São Benedito + 16 km no Rio Teles Pires
SEDE do DSEI	Canidé	740 km	X	X		17 km no Rio São Benedito + 273 km no Rio Teles Pires + 131 km no Rio Juruena
SEDE do DSEI	Kapot	367,9 km	X			
SEDE do DSEI	Canaã	298,8 km	X			
SEDE do DSEI	Sankarasã	319,5 km	X	X		10,7 km no Rio Iriri
SEDE do DSEI	Sõnkwe	301,1 km	X			
SEDE do DSEI	Nansepotiti	322,3 km	X	X		21,2 km no Rio Iriri
SEDE do DSEI	Omeijkrākum	357,5 km	X	X		34,9 km no Rio Iriri
SEDE do DSEI	Kresã	322,3 km	X	X		21,2 km no Rio Iriri
SEDE do DSEI	Kotiko	266,8 km	X			
SEDE do DSEI	Kororoty	322,6 km	X			
PEIXOTO DE AZEVEDO	Araporã	191 km	X			
PEIXOTO DE AZEVEDO	Maida	349 km	X	X		4 km no Rio Xingú
PEIXOTO DE AZEVEDO	Aribaru	352 km	X	X		7 km no Rio Xingú
PEIXOTO DE AZEVEDO	Bytire	378,5 km	X	X		33,5 km no Rio Xingú
PEIXOTO DE AZEVEDO	Inamati	293,3 km	X			
PEIXOTO DE AZEVEDO	Jatoba	344,5 km	X			
PEIXOTO DE AZEVEDO	Kapotnhinore	489 km	X	X		0,5 km de Balsa no Rio Xingú
PEIXOTO DE AZEVEDO	Kaweretxiko	389,6 km	X	X		44,6 km no Rio Xingú
PEIXOTO DE AZEVEDO	Kempo	416,8 km	X	X		71,8 km no Rio Xingú
PEIXOTO DE AZEVEDO	Kopenoty	184,5 km	X			
PEIXOTO DE AZEVEDO	Totnhore	374 km	X			
PEIXOTO DE AZEVEDO	Koxonety	302,7 km	X			

Polo Base	Aldeia/ CASAI	Distância Polo Base a CASAI	Acesso terrestre	Acesso fluvial	Acesso aéreo	Observações do acesso
PEIXOTO DE AZEVEDO	Kretire	351,4 km	X	X		6,4 km no Rio Xingú
PEIXOTO DE AZEVEDO	Kromare	391,8 km	X	X		46,8 km no Rio Xingú
PEIXOTO DE AZEVEDO	Kromare Nova		X			
PEIXOTO DE AZEVEDO	Metuktire	401,4 km	X	X		56,4 km no Rio Xingú
PEIXOTO DE AZEVEDO	Pakaya	347,5 km	X	X		0,5 km de Balsa no Rio Xingú
PEIXOTO DE AZEVEDO	Piaraçu	347,5 km	X	X		0,5 km de Balsa no Rio Xingú
PEIXOTO DE AZEVEDO	Poreby/Mopkore	304,4 km	X			
PEIXOTO DE AZEVEDO	Mupã	367,4 km	X	X		22,4 km no Rio Xingú
PEIXOTO DE AZEVEDO	Turpuku	288,3 km	X			
PEIXOTO DE AZEVEDO	Môre	303,7 km				
PEIXOTO DE AZEVEDO	Wani Wani Jarina	311,7 km	X			
JUARA	Mayrob	470,9 km	X	X		7,6 km no Rio dos Peixes
JUARA	Kawaiap	452 km	X			
JUARA	Itamait	448,5 km	X			
JUARA	Nova Munduruku	463,3 km	X	X		9,1 km no Rio dos Peixes
JUARA	Ytu Cachoeira	469,5 km	X			
JUARA	Flor da Terra	452,2 km	X			
JUARA	Figueirinha	459,5 km	X	X		3,8 km no Rio dos Peixes
JUARA	Tatui	455,7 km	X			
JUARA	Vale Verde	449 km	X			
JUARA	Matrinxã	660 km	X			

Fonte: SELOG, 2023.

O acesso às aldeias por tipo de transporte conforme o quadro 34, realiza-se por 30,16% transporte terrestre, 55,54% por meio de transporte terrestre e fluvial e 14,3% por transporte aéreo.

Importante retratar que o DSEI não possui nenhum polo base na aldeia, dos três Polos bases que constituem o distrito, dois deles estão nas CASAIS e um na sede do DSEI.

Quadro 7 - Caracterização do meio de transporte da CASAI para os estabelecimentos de saúde

CASAI	Estabelecimento de Saúde	Meio de Transporte	Tempo de deslocamento*
COLÍDER	Hospital Regional de Colíder	Terrestre	3 min
	Centro de Saúde - Sesp	Terrestre	4 min
	CAPS - Centro de Atenção Psicossocial	Terrestre	4 min
	Centro de Reabilitação de Colíder-MT	Terrestre	4 min
	Pronto Atendimento de Colíder-MT	Terrestre	4 min
	Hospital e Maternidade Santa Inês	Terrestre	4 min
	Hospital do Câncer de Mato Grosso - Cuiabá-MT	Terrestre	8h 51 min
	Hospital Metropolitano – Várzea Grande-VG	Terrestre	8h 55 min
	Hospital Universitário Júlio Muller - Cuiabá- MT	Terrestre	8h 43min
	Hospital Estadual Santa Casa - Cuiabá- MT	Terrestre	8h 49min
PEIXOTO AZEVEDO	Hospital Regional de Peixoto de Azevedo	Terrestre	2 min
	Centro de Reabilitação - Ruth Cardoso – Peixoto de Azevedo	Terrestre	3 min
	CAPS - Guarantã do Norte-MT	Terrestre	40 min
	Hospital Regional de Colíder-MT	Terrestre	1 h 32 min
	Hospital Regional de Sinop-MT	Terrestre	2 h 49 min
	Hospital Santo Antônio Sinop-MT	Terrestre	2 h 51 min
	Hospital Regional de Sorriso-MT	Terrestre	3h 54 min
	Hospital do Câncer de Mato Grosso - Cuiabá-MT	Terrestre	9h 16 min
	Hospital Metropolitano – Varzea Grande-VG	Terrestre	9h 23 min
	Hospital Universitário Júlio Muller - Cuiabá- MT	Terrestre	9h 11min

CASAI	Estabelecimento de Saúde	Meio de Transporte	Tempo de deslocamento*
	Hospital Estadual Santa Casa - Cuiabá-MT	Terrestre	9h 18 min
JUARA	Hospital Municipal Elidia Machietto Santillo	Terrestre	5 min
	Unidade de Fisioterapia	Terrestre	9 min
	CAPS: Adulto, Infantil, AD	Terrestre	5 min
	PSF Porto Seguro	Terrestre	5 min
	Odontologia Fonoaudiologia Psicologia e Tratamento de Hanseníase	Terrestre	5 min
	Laboratório Municipal Elidia Machietto Santillo	Terrestre	4 min
	Hospital do Câncer de Mato Grosso - Cuiabá-MT	Terrestre	12 horas
	Hospital Metropolitano – Várzea Grande-VG	Terrestre	12 horas
	Hospital Universitário Júlio Muller - Cuiabá- MT	Terrestre	12 horas
	Hospital Estadual Santa Casa - Cuiabá- MT	Terrestre	12 horas

Fonte: SELOG, 2023.

Tabela 24 - Caracterização resumida do acesso às aldeias por tipo de transporte no DSEI

Meios de Acesso às aldeias indígenas	Número de aldeias	Percentual de aldeias
Fluvial	21	33,3%
Terrestre	33	52,4
Aéreo	9	14,3%
Misto	21	33,3%
Total de aldeias	63	100%

Fonte: SELOG, 2023.

Tabela 25 - Número de equipamentos de transporte por tipo

Tipo	Quantidade	Previsão Anual da necessidade
Barco	24 unidades	39
Motor de popa 50 Hp	09 unidades	12
Motor de popa 40 Hp	16 unidades	16
Motor de popa 30 Hp	04 unidades	07
Motor de popa 25 Hp	10 unidades	10
Caminhão	1	02
Caminhão Munk	1	00
Caminhonete	20 unidades	17
Van	02 unidades	00

Fonte: SELOG, 2023.

A Tabela 25 apresenta o quantitativo de tipo de transporte utilizado pelo DSEI/KMT, entre os veículos, barcos e motores de popa. Apesar da quantidade apresentada no quadro, necessitam ser substituídos a maioria, sendo preciso a substituição de barcos de alumínio, motor de popa 25 e 40 HP para atender novas aldeias ribeirinhas e substituir as que estão em precário estado de conservação para realização do transporte fluvial de pacientes.

Com relação ao transporte terrestre, o DSEI realizou a contratação de veículos terceirizados, porém no acervo patrimonial estão cadastrados 17 veículos oficiais, muitos dele da época da FUNASA que estão no pátio em precário estado de conservação estando em processo de desfazimento, que é um processo burocrático já que a FUNASA está sendo reativada novamente.

5.6 Insumos e recursos para execução das ações de saúde

Quadro 8 - Previsão de novos contratos logísticos no DSEI.

Previsão de Novos contratos	Ano previsto
Locação de veículos com motorista	2024
Telefonia voIP	2024
Reprografia	2024
Serviços Funerários - Base de Juara	2024
Serviços de Hospedagem e Alimentação	2024
Resíduos Sólidos	2024

Fonte: SELOG, 2023.

Quadro 9 - Previsão de Compra de equipamentos logísticos no DSEI.

Tipo de equipamento	Ano previsto	Observações/Justificativa
Motor de popa	2024	Logística de novas Aldeias
Barco de alumínio	2024	Logística de novas Aldeias

Fonte: SELOG, 2023.

Quadro 10 - Previsão de novos contratos – natureza diversa

Tipo de contrato	Ano previsto
Manutenção de Ar-condicionado e equipamentos de Refrigeração	2024
Dispensa de Licitação para aquisição de café, açúcar e chá	2024
Dispensa de Licitação para aquisição de Gás Liquefeito e outros	2024
Dispensa de Licitação para aquisição de água mineral	2024
Dispensa de Licitação para aquisição de material vetorial e EPIS	2024
Dispensa de Licitação para manutenção de gerador estacionário	2024
Dispensa de Licitação para compra de motor estacionário	2024
Dispensa de Licitação de Instalação de Rede de energia solar	2025
Dispensa de Licitação de manutenção de poço artesiano	2024
Dispensa de Licitação de compra internet para unidades de saúde na Aldeia	2024

Fonte: SELOG, 2023.

Espera-se como resultado dos próximos quatro anos, uma qualificação significativa no uso do recurso público, sabe-se que o recurso é escasso, assim, tão importante como o recurso é como ele é utilizado. Quando se fala em orçamento público, estamos tratando de questões imprescindíveis para materialização das garantias e direitos fundamentais expressos na Carta Magna.

Contratos e implementação de obrigações acessórias impostas pela Receita Federal Brasileira no que diz respeito a tributação a ser observada na última etapa das despesas orçamentárias (pagamento).

Tendo em vista as mudanças previstas como obrigatórias a partir de 2024 depreende-se que haverá acompanhamento de forma mais fidedigna dos fiscais de Contratos Continuados, bem como dos fiscais de Atas de Registro de Preços, uma vez que a partir da emissão das Notas de Empenho, estes, poderão observar o saldo desta nota e tê-la como limite para solicitar a entrega do bem empenhado ou a prestação dos serviços empenhado, e conseqüentemente, aumentará o nível de execução em matéria de orçamento e finanças da unidade adstrita ao Ministério da Saúde, conforme planejado.

Ademais, cumpre registrar que há previsão constante de oferta de cursos na temática de orçamento público tanto na Escola Nacional de Administração Pública - ENAP, como do próprio Ministério da Saúde, e deduz-se que os servidores e colaboradores da Unidade supracitada realizem estas ações de desenvolvimento, com ênfase na Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF, Lei 4.320/1964 e no Decreto Lei 200/1967.

5.7 Controle social

O Controle Social na Saúde Indígena é um dos principais fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Ele é garantido por lei e tem como objetivo a participação dos povos indígenas nos órgãos colegiados de formulação, acompanhamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde e do controle de sua execução (Scalco *et al.*, 2020).

Os Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI) são de caráter consultivo, já os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) são instâncias de caráter permanente e consultivo e Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPCONDISI) de caráter consultivo, são as instâncias de participação

criadas para garantir o Controle Social na Saúde Indígena (BRASIL, 2020).

A participação social é fundamental para a construção de uma política de saúde diferenciada para os povos indígenas. Através do Controle Social, os povos originários têm a oportunidade de participar ativamente na construção de políticas públicas de saúde que atendam às suas necessidades específicas (Scalco *et al.*, 2020).

Tabela 26 - Total de conselheiros locais, distritais e assessor indígena no DSEI

Descrição	Total
Conselheiro Local	217
Conselheiro Distrital	68
Assessor Indígena	2

Fonte: CONDISI, 2023.

O Controle Social no DSEI é formado pelos representantes das comunidades indígenas jurisdicionados pelo DSEI, formando os CLSI E CONDISI é composto apenas de indígenas, tendo representantes de todas as aldeias. O DSEI é formado de 8 CLSI com 271 conselheiros. Dentre as suas atribuições, destacam-se manifestar-se sobre as ações e os serviços de saúde necessários à comunidade, avaliar a execução das ações de saúde na região de abrangência do conselho, eleger conselheiros para o Conselho Distrital de Saúde Indígena.

O DSEI também conta com 01 CONDISI, totalizando 68 conselheiros, responsáveis pelo acompanhamento, fiscalização e a deliberação da política de saúde indígena; órgão de caráter permanente e deliberativo suas atribuições estão em participar da elaboração do Plano Distrital de Saúde Indígena, bem como acompanhar e avaliar a sua execução; avaliar a execução das ações de atenção integral à saúde indígena; apreciar e emitir parecer sobre a prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e dos serviços de atenção integral à saúde indígena.

Tabela 27 - Previsão de capacitação anual de CLSI e CONDISI, 2024 a 2027

Capacitação	2024	2025	2026	2027
Conselheiro Distrital	1	1	2	2
Conselheiro Local	8	8	16	16

Fonte: CONDISI, 2023.

A Tabela 28 apresenta a previsão de capacitação anual dos conselheiros distritais e locais do DSEI a ser executado na vigência do PDSI 2024-2027. Observa-se que nos dois primeiros anos a capacitação será realizada apenas uma capacitação para cada conselheiro, ampliando esta ação nos últimos anos.

Tabela 28 - Previsão de reuniões dos conselhos locais de saúde

Reuniões: CLSI; CONDISI	Participantes	Local	Período/Quantidade			
			2024	2025	2026	2027
CLSI	217	Local	8	8	8	8
CONDISI	68	Distrital	3	3	3	3
Total Anual	285	-	11	11	11	11

Fonte: CONDISI, 2023.

Na previsão de reuniões dos CLSI no período de 2024 a 2027, nota-se que em relação às reuniões do conselho local, a partir do 2º semestre até o final do ano se realizará 8 reuniões a cada ano. Com relação ao CONDISI, serão 3 reuniões, sendo uma em cada trimestre.

Em relação à participação do CONDISI nas reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde, o mesmo possui acesso aberto à participação das reuniões como convidado em todas as reuniões do conselho, porém na participação da CIR em algumas regionais, já que nem todos estão abertos para participação da saúde indígena.

5.8 Recursos financeiros

Este tópico baseia-se no abordado pelo Serviço de Planejamento e Orçamento da Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento da Secretaria de Saúde Indígena no que tange às execuções orçamentárias e financeira do DSEI, tanto em relação às despesas correntes como as despesas de capital.

As despesas correntes se referem aos gastos diários como a manutenção do DSEI, bem como para o cumprimento de sua missão, tais como serviços essenciais e aquisição de materiais de consumo - todas as despesas correntes executadas estão no grupo de Outras Despesas Correntes. Por outro lado, dentre as Despesas de Capital, o grupo de despesas executado é o grupo de Investimento.

Depreende-se que dentre as despesas correntes a maior representatividade está nas despesas com serviços que incidem na mão de obra – 339037. Desse modo, para o quadriênio 2024/2027, espera-se que essas continuem a ter o maior montante quando comparado às outras despesas correntes.

É possível observar, que de 2020 para 2023 (até o momento) houve uma crescente no montante dos valores empenhados, de R\$11.711.069,68 para R\$14.824.038,83. Seguindo a lógica, supõe-se que o valor total em 2023 fique próximo a 20 milhões. Portanto, espera-se que, para 2024/2027, o DSEI/KMT continue ampliando sua capacidade de execução, para haver um alcance maior da população

atendida e serviços prestados cada vez mais qualificados.

Cabe salientar que, a meta para execução de orçamento, com base nos instrumentos legais de planejamento inicial, é de 91% em 2024, 93% em 2025, 95% em 2026 e 98% em 2027. Ressalta-se que para o alcance das metas supracitadas dependem da colaboração e apoio do nível central, uma vez que esta é uma Unidade Gestora Executora, e, portanto, executa conforme a descentralização de recurso orçamentário e financeiro.

6. AVALIAÇÃO DO PDSI 2020 – 2023

O Plano Distrital de Saúde Indígena 2020 - 2023 foi o terceiro instrumento de direção estratégica e de gestão, referenciado pelo controle social para avaliar a saúde indígena dos povos assistidos pelo DSEI Kaiapó do Mato Grosso (DSEI KMT).

As avaliações dos resultados foram realizadas no período de janeiro de 2020 a julho de 2023. A série histórica demonstra a assistência prestada à população indígena do DSEI KMT, as metas previstas e alcançadas nos 20 indicadores pactuados no PDSI envolvendo saúde, saneamento e controle social com desempenho das metas preconizadas.

Os indicadores de saúde são instrumentos relevantes para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis. Um conjunto de indicadores se destina a gerar evidência sobre o contexto sanitário e suas tendências, como base empírica para conhecer grupos humanos com maiores necessidades de saúde, estratificar o risco epidemiológico e identificar áreas críticas (Kabad; Potes; Monteiro, 2020).

6.1 Atenção à Saúde

Estratégia 1: Qualificação das ações e equipes de saúde indígena que atuam no DSEI.

Tabela 29 - E.1. R.1. Alcançar em 2023, 90% das crianças menores de 5 anos com esquema vacinal completo com calendário de vacinação.

	2020	2021	2022	2023
Programado	94,00%	94,00%	95,00%	95,00%
Executado	96,40%	97,20%	46,32%	53,48%

Fonte: Siasij, 2023.

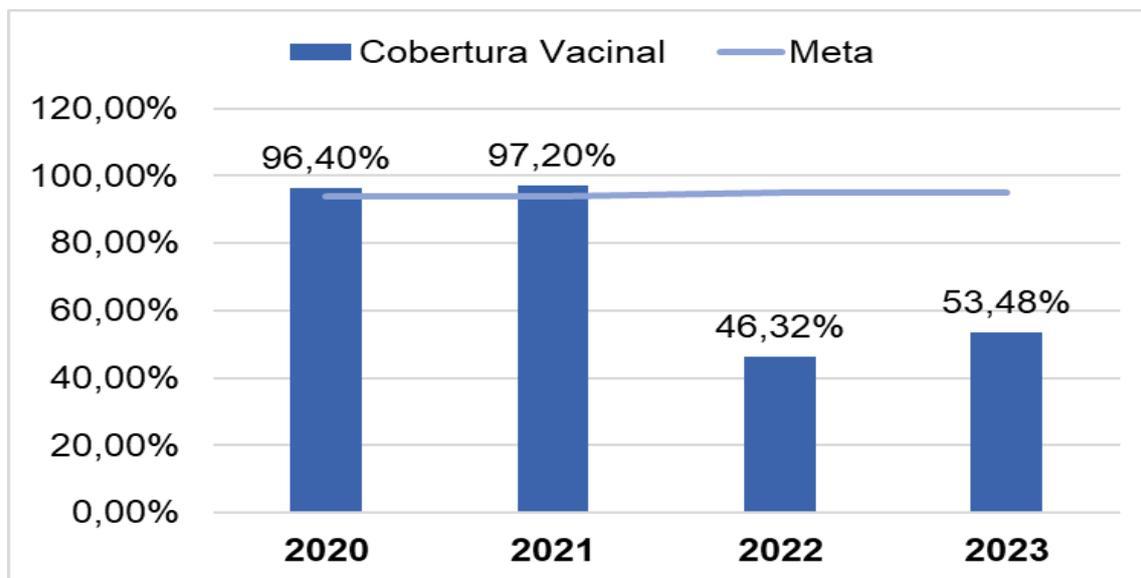
Para o indicador de proporção de crianças menores de 5 anos com esquema

vacinal completo, evidencia-se que o DSEI KMT atingiu a meta da cobertura vacinal nos anos de 2020 (96,40%) e 2021 (97,20%), dados até o 3º trimestre de 2021.

Com a oferta de vacinas do calendário nacional da criança, o Ministério da Saúde alcança os objetivos da cobertura vacinal, além de tornar o Programa Nacional de Imunizações um importante programa oficial e gratuito, com amplitude e relevância social em todo o território (Schwalm *et al.*, 2021).

O calendário vacinal indígena sempre foi diferenciado do restante da população, até mesmo por conta das vulnerabilidades dessa parcela da população. Costuma-se afirmar que o programa de imunização é o carro chefe das ações e toda entrada das equipes de saúde nas aldeias, deve ser considerado oportuno para levar imunobiológicos e atualizar o esquema vacinal, sendo prioridade às crianças menores de um ano (Corrêa, 2021).

Figura 9 - Percentual do esquema vacinal completo das crianças indígenas menores de 5 anos, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a junho de 2023.



Fonte: PNI, DSEI KMT 2023.

No ano de 2022 (46,32%) e junho de 2023 (53,48%), nota-se a cobertura baixa (gráfico 8).

A baixa cobertura vacinal no ano de 2022, é reflexo de diversos fatores, grande rotatividade de profissionais de saúde nos territórios indígenas em razão da não adaptação em trabalhar em áreas remotas, atraso na realização da capacitação em sala de vacina que só veio ocorrer no final do segundo semestre de 2022 e a migração constante de indígenas para outras aldeias, cidades e estados. Impulsionado pela circulação de notícias falsas sobre as vacinas da COVID-19, que chegaram nas aldeias, de forma verbal entre os indígenas e/ ou por aplicativos de mensagens e redes sociais, nenhuma região do país está a salvo (das notícias falsas), nem as áreas isoladas.

Tal propagação das notícias falsas prejudicou veemente as ações de vacinação das equipes multiprofissional nos territórios indígenas de abrangência do DSEI KMT, desconstruindo o vínculo de confiança entre indígenas e profissionais de saúde conquistado a anos, com a fragilidade na relação, aldeias com populações significativas passaram a recusar temporariamente todas as vacinas, temendo estarem sendo enganados pelos profissionais refletindo significativamente na cobertura vacinal do DSEI.

Diante da problemática enfrentada pelas equipes de saúde nos territórios indígenas, algumas estratégias foram adotadas no ano de 2022, como rodas de conversas nas aldeias entre profissionais de saúde, lideranças indígenas,

conselheiros distritais de saúde, ponto focal de imunização e Divisão de Atenção à DIASI, a fim de desmistificar todas as informações inverídicas e sensibilizá-los da importância histórica das vacinas na prevenção e proteção dos povos indígenas desde o primeiro contato com os brancos até os dias atuais.

Dessa forma o trabalho de reconstrução de vínculo de confiança profissional e comunidade vem se fortalecendo aos poucos por meio de educação em saúde com uso de banner informativo dos calendários de vacinação dos povos indígenas, com fotos de pessoas acometidas com as doenças imunopreveníveis e a entrada rotineira das vacinais nas aldeias.

No primeiro trimestre de 2023 observamos maior aceitação das vacinas em determinadas aldeias, porém no segundo trimestre de 2023 a logística para entrada rotineira das vacinais no território encontra-se prejudicada em pela interrupção prolongada concernente ao contrato de motorista tem sido a principal fragilidade do DSEI KMT para as atividades. No ano vigente, tiveram-se motoristas contratados trabalhando até abril de 2023, ou seja, há 7 meses o Distrito não tem contrato de motorista para o deslocamento das equipes para a entrada rotineira na área.

O SETRAN tem implantado estratégias alternativas de garantir, com o quadro de servidor disponível, a entrada de alguns veículos oficiais para atender as emergências e garantir nas possibilidades a entrada da equipe multiprofissional na área. No entanto, em razão do quadro restrito de servidores para dirigir os carros, não é possível garantir a logística necessária para a vacinação com qualidade e segurança nos territórios, o que pode interferir significativamente na cobertura vacinal do ano de 2023.

Em áreas onde a criminalidade prevalece ou distantes dos centros urbanos, como nos territórios indígenas ou assentamentos agrícolas, um dos fatores que podem influenciar nas baixas coberturas vacinais é o acesso aos serviços de saúde (Cardoso, 2022).

Dessa forma, o atendimento à população indígena possui especificidades, em especial para o público pediátrico que demanda atenção diferenciada em razão da maior vulnerabilidade (Nogueira, 2023).

Quando há resistência de alguns pais para autorizar a aplicação da vacina nos seus filhos, conseqüentemente pode gerar crescentes epidemias de doenças antes controladas, assim é fundamental monitorar a cobertura vacinal, principalmente no primeiro ano de vida, onde o sistema imunológico continua pouco desenvolvido.

Quando as crianças indígenas estão com a vacina em dia é mais fácil de monitorar a adesão da criança ao calendário vacinal, fato que demonstra a capacidade de todos os profissionais em acompanhar a sua população adscrita, realizar captação para vacina nas consultas e dialogar com os pais sobre a importância da imunização. É importante que a EMSI, realize captação das crianças logo após o nascimento, de preferência no momento do teste do pezinho e/ou consulta puerperal, marcando a primeira consulta de puericultura para a primeira semana de vida; orientar sobre a importância das vacinas já nas consultas de pré-natal e continuar ao longo das consultas de puericultura; manter acompanhamento dos faltosos (atraso no calendário vacinal) individualmente e fazer busca ativa.

Tabela 30 - E.1. R. 2. Alcançar em 2023, 52% das gestantes indígenas com no mínimo 6 consultas de pré-natal.

	2020	2021	2022	2023
Programado	51,00%	51,00%	52,00%	52,00%
Executado	96,64%	77,13%	94,81%	90,63%

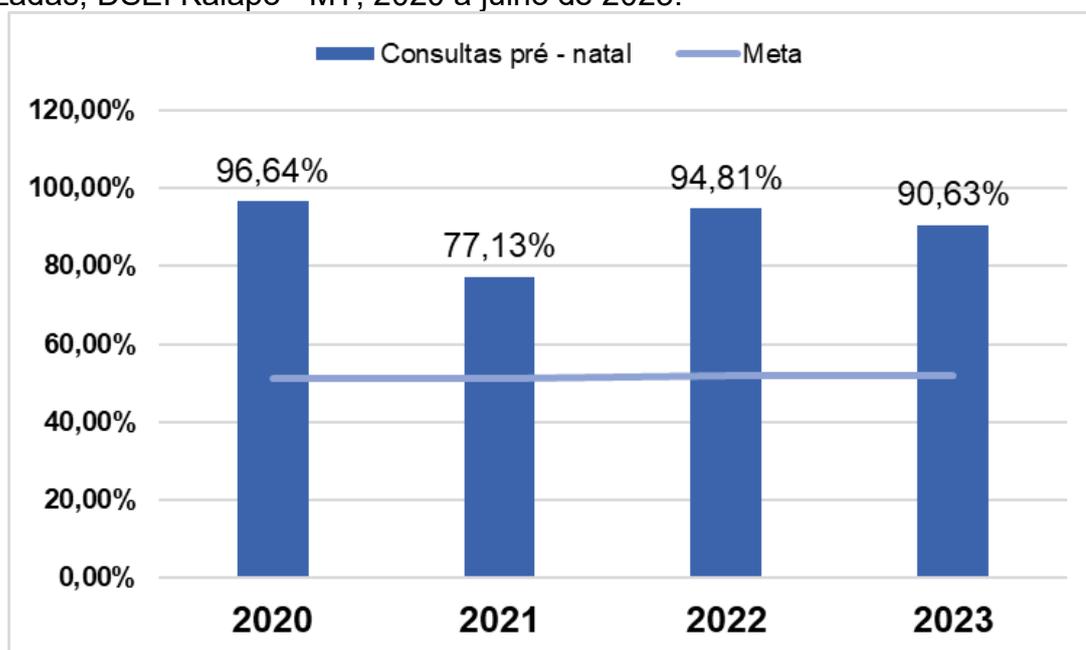
Fonte: Siasij, 2023.

O pré-natal da gestante indígena é feito pela EMSI, onde se recomenda o acompanhamento desde a descoberta da gravidez até o pós-parto, para assim diagnosticar e tratar possíveis complicações precocemente e ter uma gestação saudável, também para observar os aspectos psicossociais e atividades educacionais (Brasil, 2022).

Há vários fatores que interferem na qualidade de vida das mulheres indígenas, como nas taxas de morbidade e mortalidade, além do acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2022).

Essas mulheres apresentam alta taxa de fecundidade e razão de mortalidade materna (RMM), assim o pré-natal deve ser implementado pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sendo unidades operacionais do SASI, que em meio de suas múltiplas atribuições, o SASI é responsável por estabelecer rotinas culturalmente sensíveis nas terras indígenas em todo o país (Garnelo *et al.*, 2019).

Figura 10 - Percentual de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023.



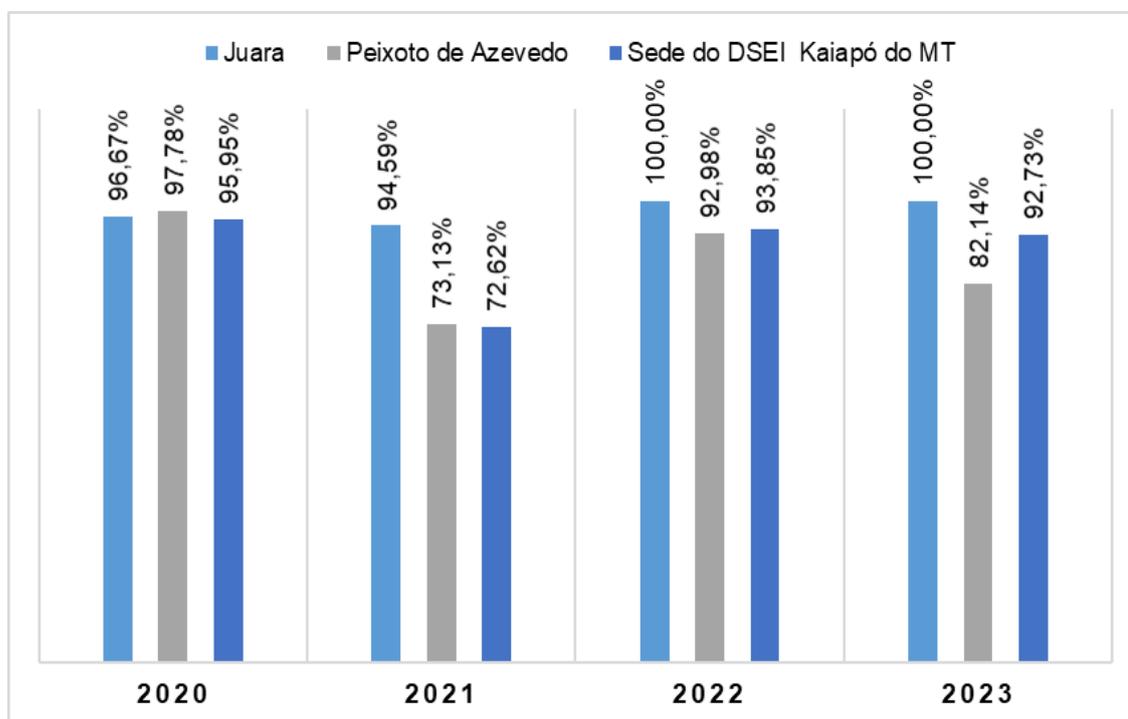
Fonte: Siasi, 2023.

As ações dos serviços de saúde no período de 2020 a julho de 2023, garantiram a assistência às gestantes do DSEI KMT. Nota-se que o ano com a melhor cobertura foi no ano de 2020, alcançando 96,64% das gestantes tiveram 6 ou mais consultas de pré-natal (Figura 10).

Os Polos Base de Juara, Peixoto de Azevedo e a Sede do DSEI Kaiapó do MT, conseguiram atingir a meta de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas pelas equipes de área.

A avaliação do desempenho de qualquer serviço de saúde está evidenciada pela qualidade da assistência prestada, com relação à saúde indígena é fundamental para a qualidade do cuidado, o vínculo com estes povos para o desenvolvimento da compreensão coletiva da importância do pré-natal (Balsells, M. M. D. *et al.*, 2018; PNASP, 2002).

Figura 11 - Percentual de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, por polo base, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023.



Fonte: SIASI, 2023.

O pré-natal é essencial para monitorar a gestante, ao ter o objetivo de prevenir e fazer a detecção precoce das doenças, tanto maternas como fetais e assim garantir um desenvolvimento saudável (Conrado *et al.*, 2023).

Tabela 31 - E.1. R. 3. Alcançar em 2023, 73% das crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento.

	2020	2021	2022	2023
Programado	72,10%	72,10%	73,00%	73,00%
Executado	92,21%	88,70%	84,00%	56,49%

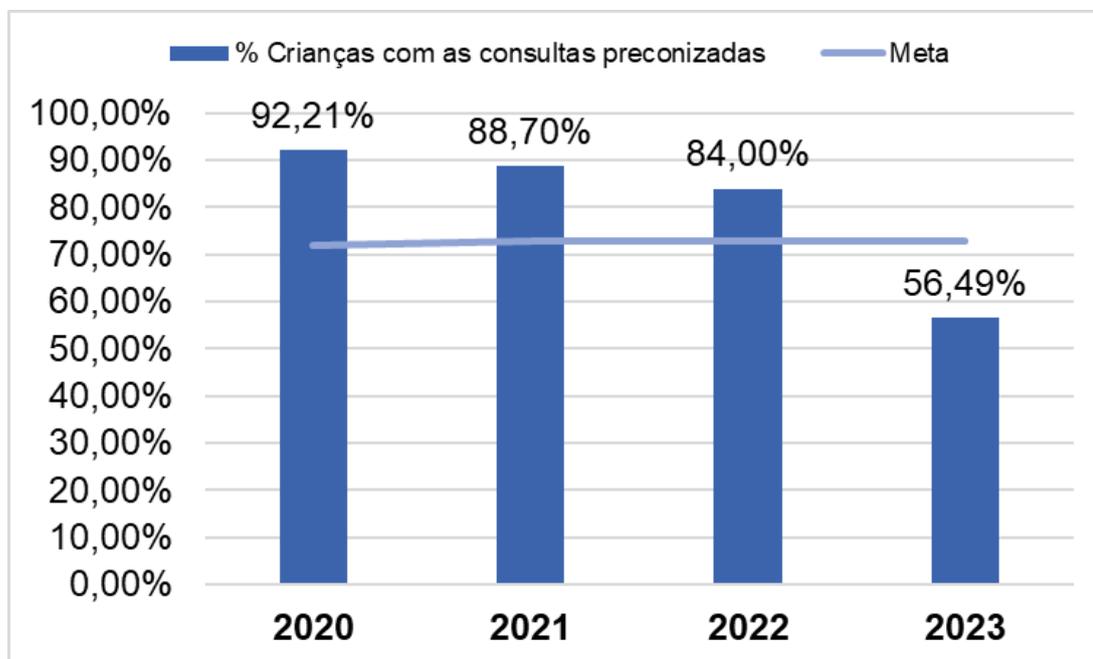
Fonte: SIASI, 2023.

A saúde da criança é determinante para demonstrar a qualidade da atenção básica desenvolvida no território. Assim, a puericultura é essencial para redução da morbimortalidade infantil, tem como principal objetivo promover e proteger a saúde da criança.

As ações rotineiras sistematizadas, vão muito além da aferição das medidas antropométricas, ao possibilitar captar precocemente situações de vulnerabilidade e alterações na saúde da criança que podem agir no processo do desenvolvimento infantil assistido integralmente viabilizando a intervenção em tempo oportuno e

também a prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Figura 12 - Percentual de crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023.

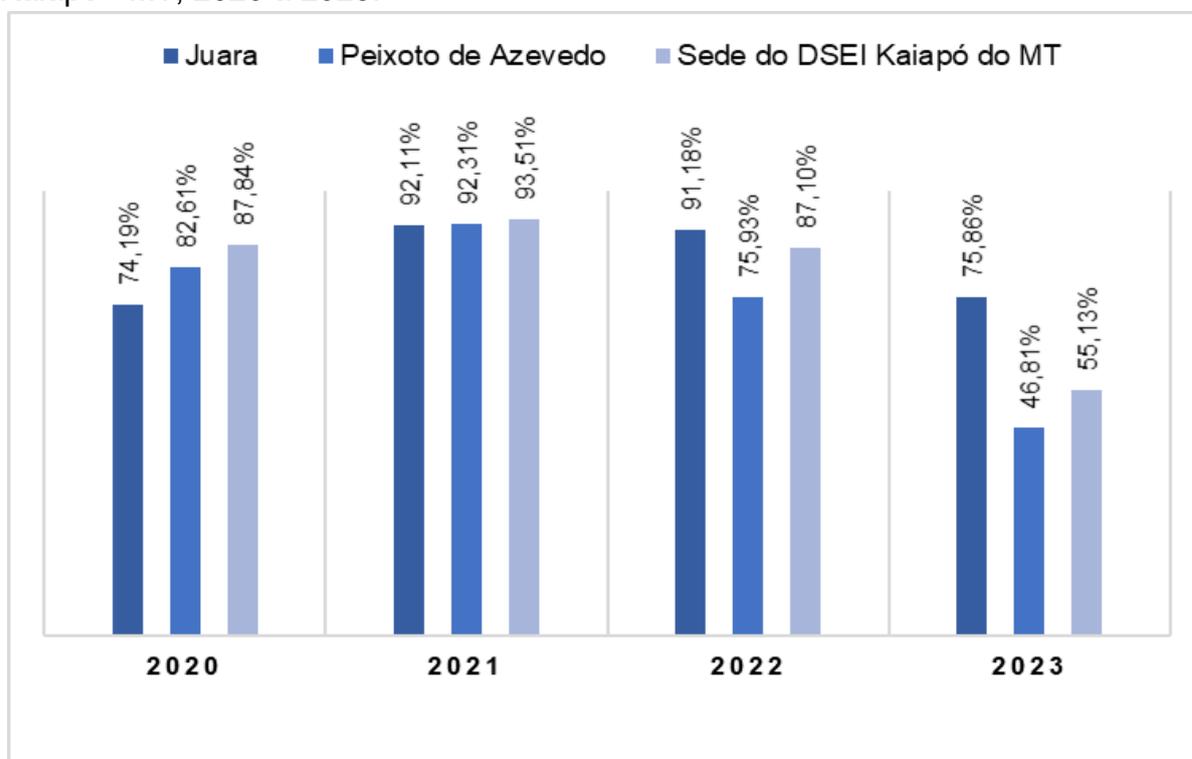


Fonte: SIASI, 2023.

O indicador da saúde da criança no DSEI Kaiapó do MT, referente às consultas preconizadas das crianças indígenas menores de 1 ano, demonstraram que o distrito atingiu as metas nos anos de 2020 a 2022 o qual avaliam o crescimento e desenvolvimento infantil realizado pelos profissionais nas consultas de puericultura (gráfico 11).

O crescimento e desenvolvimento são indicadores importantes da qualidade de vida, que demonstram um conjunto de ações rotineiras sistematizadas, que captam precocemente situações de vulnerabilidade e alterações na saúde da criança que podem atuar no processo do desenvolvimento infantil, não se tratando apenas de aferir as medidas antropométricas, mas principalmente em avaliar a criança na sua integralidade, enfatizando todas as ações possíveis que são capazes de viabilizar a prevenção, promoção e recuperação da saúde, sendo determinante o vínculo entre as mães das crianças e o serviço de saúde (Olanda.S. E. *et al.*, 2023).

Figura 13 - Percentual de crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento, por polo base, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a 2023.



Fonte: SIASI, 2023.

A Sede do DSEI Kaiapó do MT apresentou o maior percentual de crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento, nos anos avaliados de 2020 (87,84%); 2021 (92,11%) e 2020 (91,18%). Até julho de 2023 destaca-se o polo base de Juara com 75,86% (gráfico 12). A puericultura, voltada para os aspectos de prevenção e de promoção à saúde, atua no sentido de manter a criança saudável, garantindo seu pleno desenvolvimento, de modo a atingir a vida adulta sem influências desfavoráveis de problemas vivenciados na infância. Desse modo, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é imprescindível para a organização do serviço de saúde e a puericultura deve ser priorizada para poder contribuir efetivamente na manutenção da saúde da criança e na prevenção de doenças e outros agravos.

Com a pandemia de COVID-19 os inúmeros desafios enfrentados pelas equipes de saúde indígena, aprofundaram ainda mais, as dificuldades de acesso ao território para continuidade de um atendimento na aldeia, as distâncias entre as aldeias que necessitam de deslocamento aéreo, fluvial e terrestre, bem como a falta de estrutura de algumas unidades de saúde, a alta rotatividade dos profissionais

proporcionando a descontinuidade do cuidado em saúde, da organização do processo de trabalho dos profissionais e a falta de vínculo com a comunidade indígena, são fatores emblemáticos para o não alcance das metas.

Assim, o programa da saúde da mulher e da criança são determinantes para demonstrar a qualidade da atenção básica desenvolvida no território indígena. Existe, contudo, a necessidade em desenvolver atividades educativas que visam a aproximação da população indígenas, já que exercer atividades em saúde em realidades multiétnicas, requer persistência, diálogo, conquista, além da compreensão de toda equipe de saúde sobre a importância da realização do acompanhamento a estas crianças desde a vida intrauterina até o seu desenvolvimento é fundamental para garantir a qualidade de vida.

O óbito de uma criança por uma causa evitável é uma evidência que a atenção básica desenvolvida no território indígena, a carência de ações educativas que visam a sensibilização da população indígena da importância da consulta puericultura, favoreceram a queda dos indicadores da saúde da criança.

Apesar dos desafios enfrentados no decorrer de 2020-2023, na maioria dos anos os profissionais de saúde bateram a meta estipulada. Isso demonstra que de modo geral, de modo geral, os profissionais da área entenderam a importância da realização da puericultura para supervisionar o crescimento e desenvolvimento infantil, acompanhando com isso os sinais de alarme em tempo oportuno. A análise do PDSI 2020-2023, demonstrou que mesmo na pandemia, os profissionais de nível superior, como médicos, enfermeiros e nutricionista, realizaram atendimentos mensais na maioria das crianças menores de um ano.

Os núcleos 1 e 3 através do SIASI, geram a lista mensal de acompanhamento das crianças menores de 5 anos e encaminham para os profissionais de saúde que atuam nas aldeias indígenas. Esta ação mensal, possibilita inclusive os profissionais de saúde, conhecer os nascimentos que ocorrem na referência e na aldeia no período em que não estavam trabalhando. A partir da lista de nomes a ser acompanhados, o enfermeiro da unidade organiza o atendimento à criança junto de sua equipe, com a realização de busca ativa com o agente de saúde indígena. Os atendimentos prestados são anotados em prontuário na unidade de saúde, bem como no caderno de crescimento e desenvolvimento, o qual é encaminhado ao SIASI mês a mês ao final de sua escala de trabalho.

Este caderno é feito com os relatórios do SIASI adequado para que todas as

informações consigam corresponder com as metas estabelecidas e possibilitem os profissionais de saúde acompanharem a evolução da criança. Além deste cuidado, a cada entrada do profissional médico, o mesmo é orientado a realizar assistência além dos atendimentos das demandas agudas, mas a desenvolver ações para o desenvolvimento dos programas de saúde com a prática da prevenção e promoção da comunidade indígena. Médicos e enfermeiros, portanto, mensalmente, atendem as crianças menores de um ano, salvo os que estão ausentes da aldeia. Esta prática, implantada na rotina dos profissionais, permitiram a ampliação da consulta de puericultura e um melhor acompanhamento destas crianças.

O grande desafio, contudo, é quando identificado crianças com o marco do desenvolvimento atrasado, neuropatias, etc. e necessitam de atendimento especializado na Rede de Atenção à Saúde, tendo a falta de fonoaudiólogo, neurologista e psiquiatra infantil. A falta destes profissionais, impedem a oferecer às crianças os estímulos adequados ao seu desenvolvimento.

Tabela 32 - E.1. R. 4. Alcançar em 2023, 95% das crianças indígenas menores de 5 anos

	2020	2021	2022	2023
Programado	94,50%	94,50%	95,00%	95,00%
Executado	90,55%	93,29%	89,81%	89,93%

Fonte: SIASI, 2023.

O acompanhamento do estado nutricional indígena ocorre através do monitoramento da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), caracterizado como um importante instrumento na aferição das condições de saúde e qualidade de vida de uma população indígena.

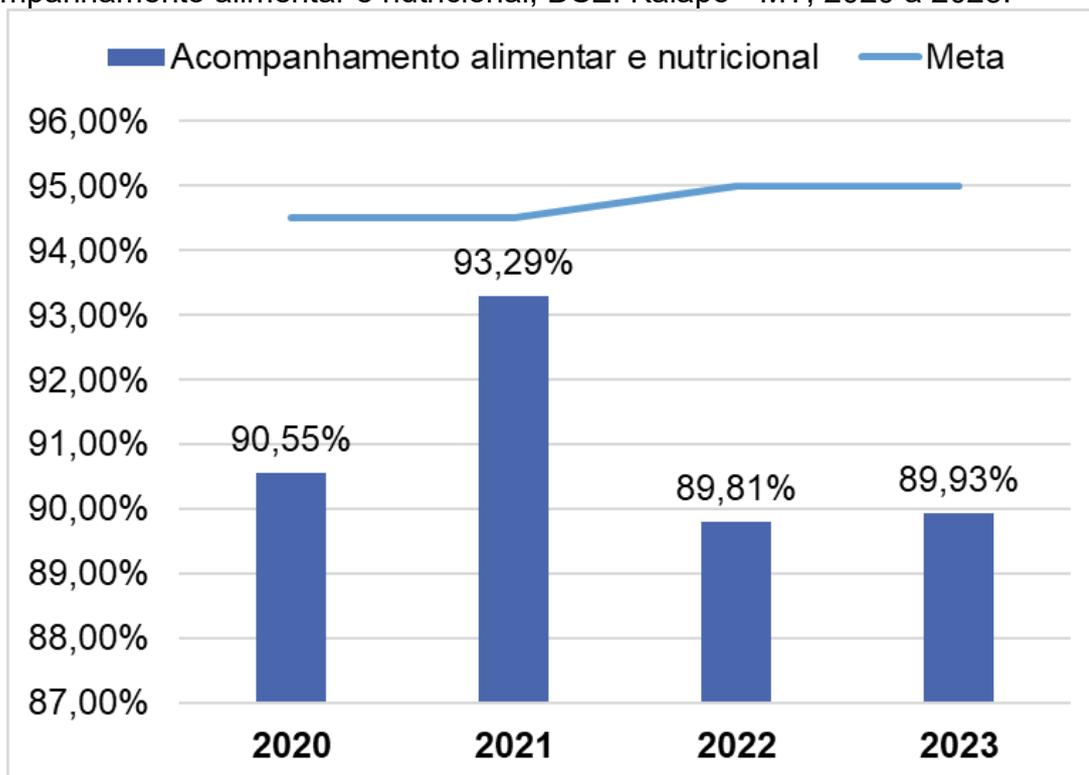
Verifica-se que o distrito não atingiu a meta do indicador de proporção de crianças menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional para o período avaliado (gráfico 13).

O perfil nutricional das crianças indígenas, de modo geral, tem relação direta com as condições de vida. Assim, as adversidades relacionadas com o estado nutricional, carências nutricionais e doenças infectocontagiosas são constantes em locais de residência precárias, sem saneamento básico, sem água potável e sem alimentos ou locais para plantio, como os territórios indígenas.

A desnutrição infantil é um problema mundial preocupante que afeta milhões de crianças em todo o mundo. Sendo atribuída principalmente à escassez de recursos

e à absorção inadequada de nutrientes, levando a repercussões prejudiciais para o desenvolvimento das crianças, como o atraso no crescimento e do baixo peso, a desnutrição também pode resultar em anemia, diarreia e deficiências no desenvolvimento intelectual e físico. Esses impactos acabam afetando o desempenho escolar, o bem-estar geral e a qualidade de vida das crianças (Medeiros *et al.*, 2023).

Figura 14 - Percentual de crianças indígenas menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a 2023.



Fonte: SIASI, 2023.

Com a pandemia de COVID-19 inúmeros desafios foram enfrentados pelas equipes de saúde indígena, aprofundaram ainda mais, as dificuldades de acesso ao território para continuidade de um atendimento na aldeia, as dificuldades de acesso ao território, a alta rotatividade de profissionais e as orientações técnicas da SESAI, para priorizar os atendimentos de urgências e emergências nas aldeias, contribuíram para o não alcance das metas em alguns anos no período de 2020 a 2022.

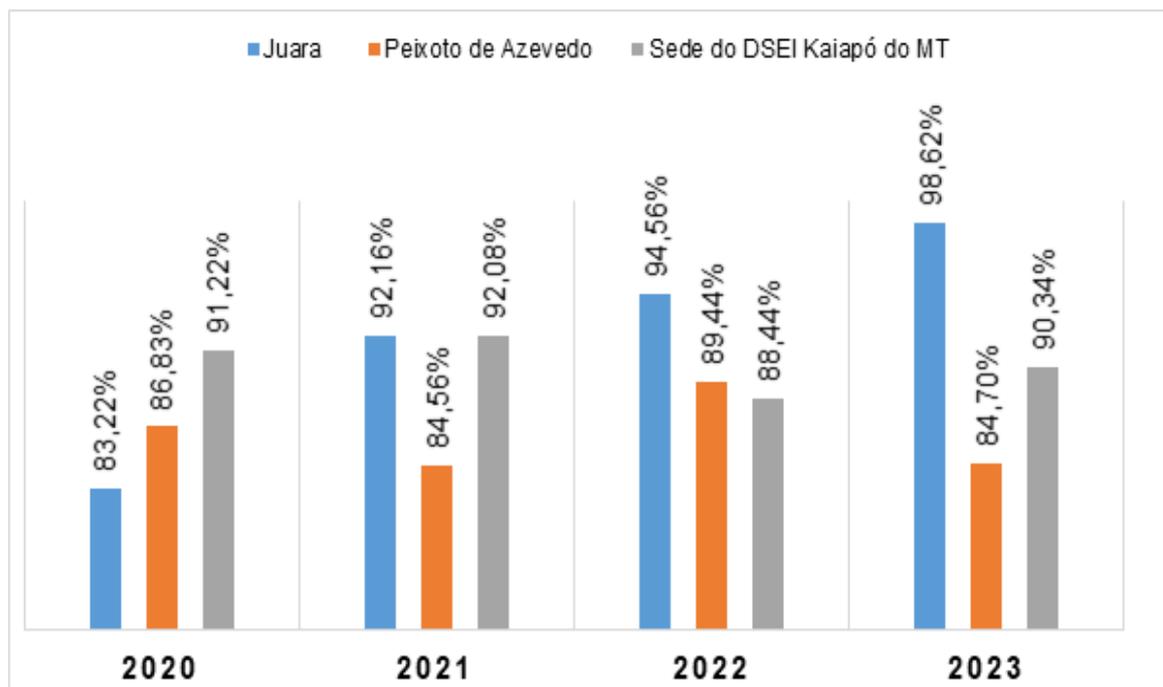
A desnutrição é um dos fatores que colaboram para aumentar a morbimortalidade da população em geral, principalmente dos povos indígenas que vivem em situação de vulnerabilidade.

As ações dos programas de Vigilância Alimentar e nutricional são de suma importância para diagnosticar e tratar a desnutrição nos povos indígenas, principalmente a desnutrição infantil, para que isso aconteça, existe uma grande

necessidade em desenvolver atividades educativas em saúde, avaliação nutricional e orientação nutricional, além do treinamento da equipe de saúde de área.

Todos esses fatores favoreceram a queda dos indicadores dos programas de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN).

Figura 15 - Percentual de crianças indígenas menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional, por polo base, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a 2023.



Fonte: SIASI, 2023.

Quando avaliamos o percentual de crianças indígenas menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional, por polo base verifica-se que o PB Juara, conseguiu atingir a meta em 2022 foi de 94,56% e 2023 até junho, 98,62%.

A realização da avaliação nutricional da população infantil é primordial. A aferição do peso e altura permite a comparação de cada criança com o padrão de crescimento ideal para que se possa verificar a existência de possíveis deficiências. Dessa forma, a saúde infantil é representada pela correta manutenção de peso e altura, estando também relacionado à alimentação adequada (CORRÊA, 2021).

A desnutrição é um dos fatores que colaboram para aumentar a morbimortalidade da população em geral, principalmente dos povos indígenas que vivem em situação de vulnerabilidade.

Todos esses fatores favoreceram a queda dos indicadores dos programas de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN).

Na saúde da mulher, gestante e da criança, os pontos focais, elaboraram cadernos de acompanhamento com as fichas do SIASI, sendo entregues aos profissionais de nível superior, com a lista de crianças e gestantes a serem acompanhados nas aldeias. A EMSI organiza o processo de trabalho e realiza as ações de saúde. Após a escala de trabalho da EMSI, são entregues os cadernos para os pontos focais de cada programa que lançam no SIASI e realizam a avaliação e o monitoramento dos indicadores.

Tabela 33 - E.1. R. 5. Alcançar em 2023, 100% de óbitos em crianças indígenas menores de 1 ano investigados.

	2020	2021	2022	2023
Programado	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Executado	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

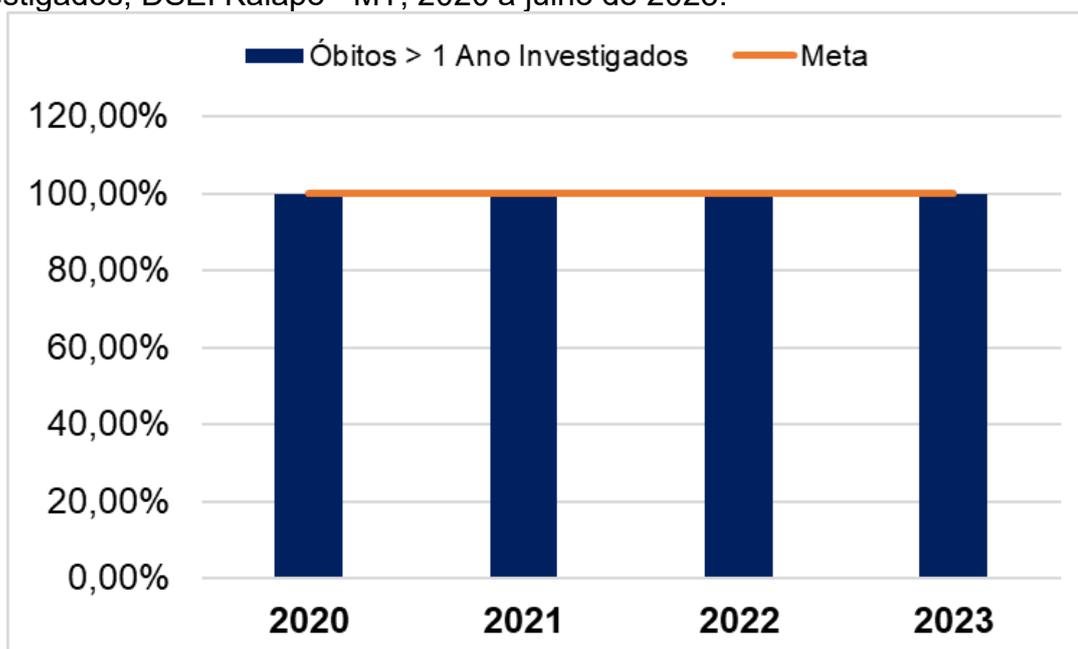
Fonte: SIASI, 2023.

Análise Crítica:

Todos os óbitos infantis no DSEI KMT, para o período avaliado foram investigados, em tempo oportuno.

A mortalidade infantil é considerada um dos principais marcadores de análise dos padrões de condições de vida de uma população, sendo essencial monitorá-la sistematicamente, assim como, permite avaliar a qualidade do serviço de saúde ofertado (Marinho *et al.*, 2019).

Figura 16 - Percentual de óbitos em crianças indígenas menores de 1 ano investigados, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023.



Fonte: SIASI, 2023.

Quanto ao componente de mortalidade infantil, observa-se que 100% dos óbitos em crianças indígenas menores de 1 ano que ocorrem no DSEI KMT, são investigados (gráfico 15).

Salienta-se que a investigação do óbito infantil, é uma importante estratégia de redução da mortalidade infantil e fetal, além de dar a visibilidade às elevadas taxas de mortalidades no País, inclusive contribui para melhorar o registo dos óbitos e possibilita a adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde indígena.

O DSEI KMT tem melhorado a vigilância do óbito, realizando todas as investigações. Já foi construído e aprovado pelo CONDISI o regimento interno do Grupo Técnico de Vigilância do Óbito, falta uma equipe capacitada para realizar as reuniões.

Tabela 34 - E.1. R. 6. Alcançar em 2023, 100% de óbitos em maternos investigados.

	2020	2021	2022	2023
Programado	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Executado	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: SIASI, 2023.

No ano de 2021, ocorreu 1 óbito materno no polo base da Sede do DSEI KMT e foi investigado. Assim, o DSEI KMT teve 100% de óbitos maternos investigados.

No Brasil, a mortalidade materna mostra uma distribuição capilarizada no território, com profundas desigualdades regionais (Motta & Moreira, 2021). Assim, para a mortalidade materna, é importante analisar os variados aspectos, como: perfil social das mulheres, aos fatores de risco, ao aborto ilegal, aos cuidados com; ciclo gravídico-puerperal, às desigualdades regionais, bem como à qualidade da informação e às políticas, programas e ações de enfrentamento dessa mortalidade (Motta & Moreira, 2021).

Tabela 35 - E.1. R. 7. Alcançar em 2023, 60% da população indígena com primeira consulta odontológica.

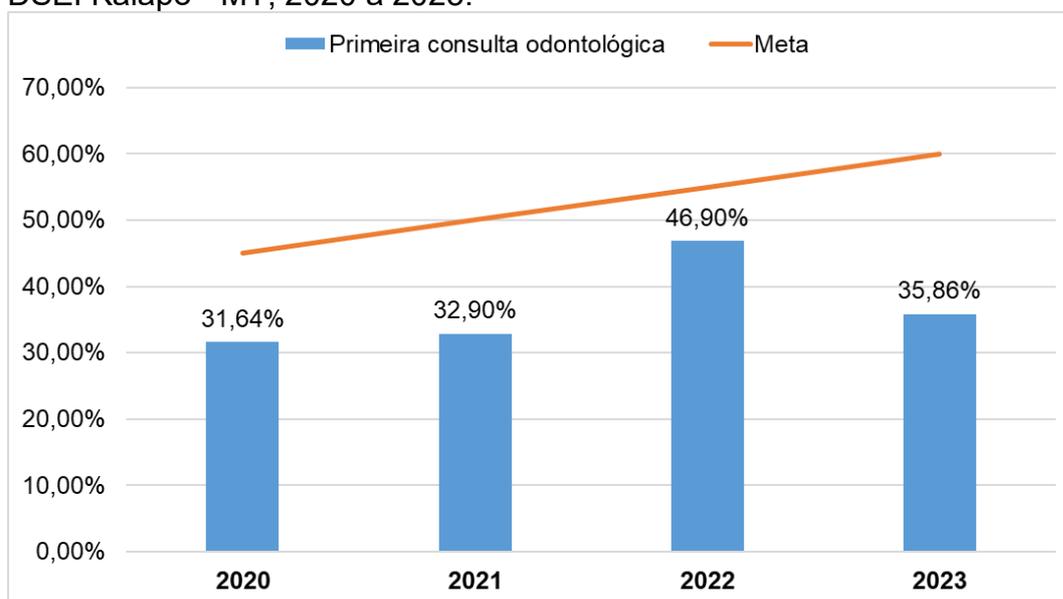
	2020	2021	2022	2023
Programado	45%	50%	55%	60%
Executado	31,64%	32,9%	46,9%	35,86%

Fonte: SIASI, 2023.

O indicador da primeira consulta odontológica programática é o percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática no Sistema Único de Saúde (SUS).

A primeira consulta odontológica programática é aquela em que o exame clínico odontológico do paciente é realizado com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico (PPT), no âmbito de um programa de saúde, e ainda subsidia a avaliação, o planejamento e a implementação de ações de saúde bucal na atenção básica indígena (BRASIL, 2009; 2012).

Figura 17 - Percentual da população indígena com primeira consulta odontológica, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a 2023.



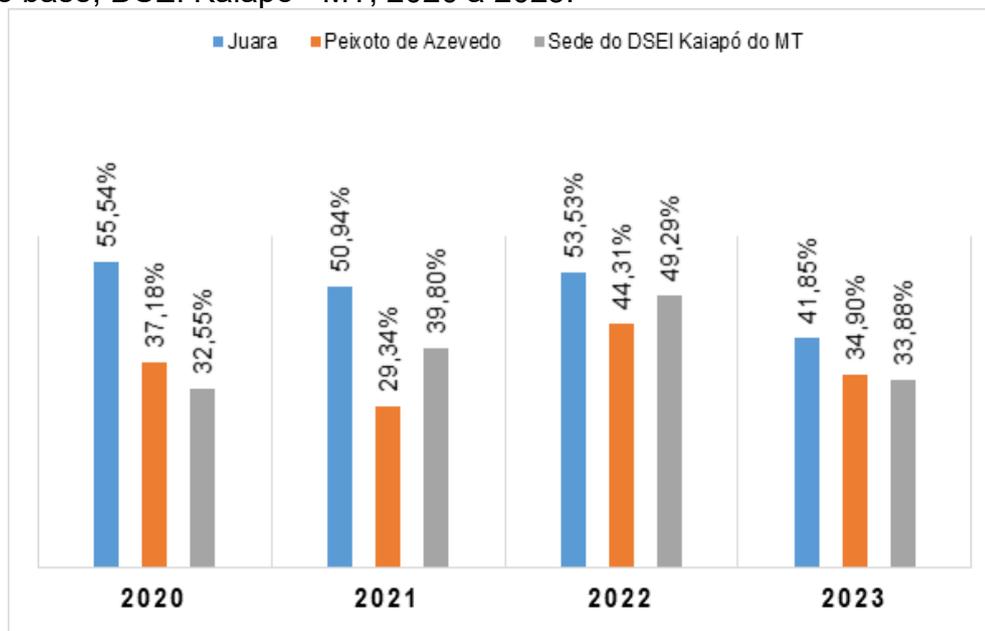
Fonte: SIASI, 2023

O DSEI KMT, não conseguiu atingir a meta referente a primeira consulta odontológica programática para o período avaliado.

Em decorrência da COVID-19 os inúmeros desafios enfrentados pelas equipes de saúde bucal, aprofundaram ainda mais, as dificuldades de acesso ao território para continuidade de um atendimento odontológico eletivo nas aldeias, onde por Informes Técnicos da SESAI, a equipe de saúde bucal do DSEI KMT, foi orientada a realizar somente atendimentos de urgências e emergências odontológicas, paralisando os atendimentos eletivos.

A falta de transporte pontual, bem como a alta rotatividade de profissionais, proporcionando a descontinuidade do cuidado em saúde, da organização do processo de trabalho dos profissionais e a falta de vínculo com a comunidade indígena, contribuíram para não alcançar as metas preconizadas.

Figura 18 - Percentual da população indígena com primeira consulta odontológica, por polo base, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a 2023.



Fonte: SIASI, 2023.

Quando se observa o percentual da população indígena com primeira consulta odontológica por polo base, evidenciamos que o PB de Juara, atingiu a meta nos anos de 2020 e 2021 .

A rede de atenção à saúde bucal à qual os povos indígenas devem ter acesso é operada pelo atendimento em seus territórios (em consultório fixo ou consultório de estrutura portátil); pelos serviços especializados no CEO (tratamentos endodônticos, cirurgias menores, diagnóstico de câncer bucal, periodontia, atendimento a pessoas com necessidades especiais, instalação de próteses, entre outras especialidades odontológicas) para tratamento de casos mais complexos encaminhados a partir do atendimento em território (Santos, 2022).

Tabela 36 - E.1. R. 8. Alcançar em 2023, 60% de tratamento odontológico básico concluído na população indígena

	2020	2021	2022	2023
Programado	55%	56%	58%	60%
Executado	17,62%	17,21%	18,67%	20,18%

Fonte: SIASI, 2023.

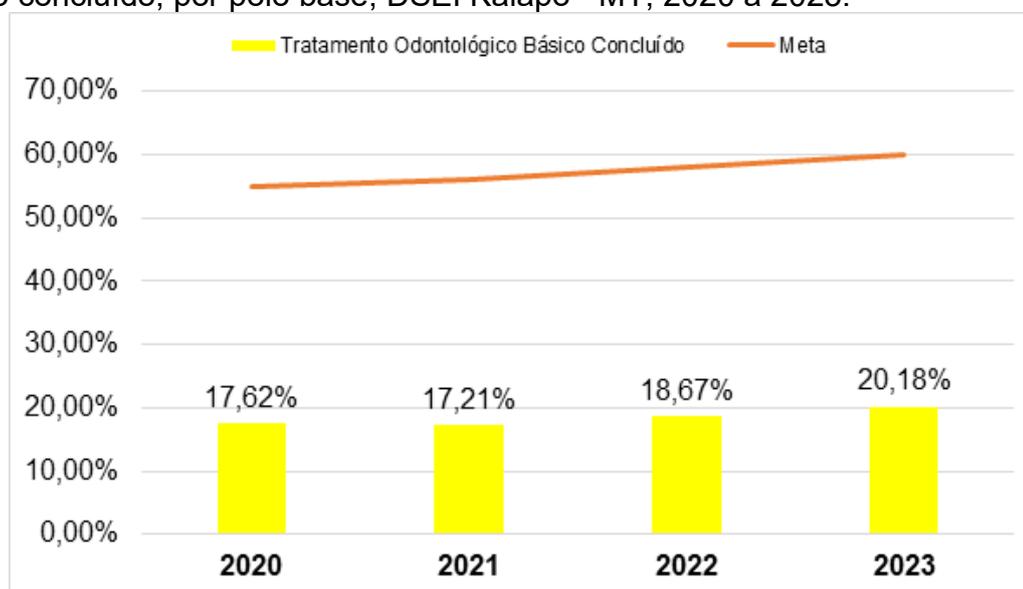
Este indicador aponta os resultados das ações odontológicas nos programas de saúde como parte dos cuidados integrais, a exemplo do que ocorre em programas de saúde: mental, da mulher, do trabalhador, do adolescente, do idoso, etc.

Desse modo, é importante planejar o processo de trabalho da equipe de saúde

bucal no território indígena para garantir o acesso integral da demanda programada; propor uma planilha de aquisição de insumos para a realização dos planos preventivo - terapêuticos dentro da resolubilidade esperada na atenção básica indígena e orientar o paciente sobre o autocuidado da sua saúde oral.

Esse acompanhamento proporciona aos indígenas a adesão de hábitos que ajudam o indivíduo a tratar, controlar e prevenir doenças que acometem a cavidade oral, evitando assim o agravamento de situações em que ocorrem dores indesejadas, perda dos dentes, entre outros episódios (SOUZA, *et. al.*, 2019).

Figura 19 - Percentual e meta da população indígena com tratamento odontológico básico concluído, por polo base, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a 2023.



Fonte: Siasi, 2023.

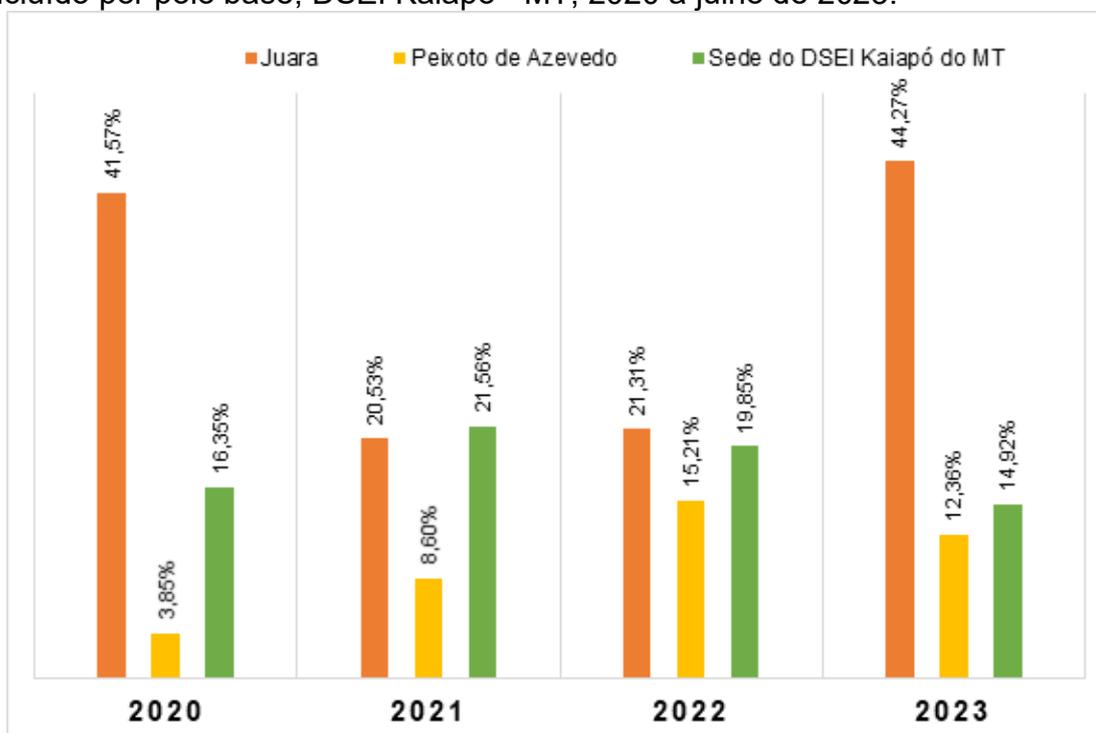
O programa de saúde bucal é determinante, para demonstrar a qualidade da atenção à saúde bucal básica desenvolvida no território indígena.

Os indicadores de saúde bucal constituem um relevante instrumento para avaliar os recursos oferecidos a essa área, na atenção primária e secundária, inclusive para avaliar o impacto da aplicação destes recursos nos diferentes níveis populacionais (SANTOS, 2022).

Contudo, é necessário desenvolver atividades educativas que visam a aproximação da população indígena, para promover atividades em saúde bucal de acordo com a realidade desses povos, pois a ação em saúde requer persistência, diálogo, conquista, além da compreensão de toda equipe de saúde sobre a importância da realização da primeira consulta odontológica programática. Essas atividades melhoram os indicadores do programa de saúde bucal dos povos

indígenas. Promover a saúde bucal nas comunidades indígenas, permite a manutenção da higiene bucal adequada e o acompanhamento oral por um profissional da área odontológica.

Figura 20 - Percentual da população indígena com tratamento odontológico básico concluído por polo base, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023.



Fonte: Siasi, 2023.

No período de 2020 a 2022 os três polos base do DSEI KMT, não atingiram a meta referente ao percentual da população indígena com tratamento odontológico básico concluído. Os motivos pelo qual não foi alcançada a meta foram: em decorrência da pandemia covid-19, do término do contrato setor de transporte e falta de profissionais odontólogos insuficientes para cobertura das áreas indígenas.

Assim, é necessário desenvolver atividades educativas que visam a aproximação da população indígena, para promover atividades em saúde bucal de acordo com a realidade desses povos, pois a ação em saúde requer persistência, diálogo, conquista, além da compreensão de toda equipe de saúde sobre a importância da realização da primeira consulta odontológica programática. Essas atividades melhoram os indicadores do programa de saúde bucal dos povos indígenas. Promover a saúde bucal nas comunidades indígenas, permite a manutenção da higiene bucal adequada e o acompanhamento oral por um profissional da área odontológica.

Tabela 37 - E1.R. 9. Reduzir em 2023, 5% o número de óbitos por suicídio no DSEI.

	2020	2021	2022	2023
Programado	2%	3%	4%	5%
Executado	Não houve	Não houve	Não houve	Não houve

Fonte: Siasi 4.40.27 - Versão do Banco: 4.15, dados extraídos em 20/12/2023, sujeito a alteração

O DSEI-KMT não tem no ano base de 2020 e nem nos anos seguintes casos de óbitos por suicídio.

Considerando as limitações quanto a logística (falta de horas vôo e transporte terrestre) e as restrições causadas pela pandemia da COVID-19, relativas à entrada de profissionais em área, solicitou-se às comunidades que encaminhasse à coordenação de polo um pedido, via radiograma ou outro documento regido e/ou assinado pela comunidade, solicitando a entrada da psicóloga, desta forma, atendeu-se às situações mais urgentes. Por insuficiência de RH algumas solicitações não puderam ser atendidas em 2020, tendo ficado algumas áreas descobertas de visita técnica e matriciamento e apoio às EMSI. Para a insuficiência de RH foi solicitado acréscimo de uma vaga para profissional com formação em psicologia.

Estratégias previstas para superar as dificuldades encontradas: Solicitação de mais duas vagas para profissionais com formação em psicologia e ampliar as parcerias com o Estado e os municípios para apoio na realização da qualificação dos profissionais.

6.1.1. Produto 1. Profissionais qualificados para notificação de violência autoprovocada no SINAN em todos os polo-base.

Ação 1. Sensibilizar as EMSI quanto a necessidade da notificação de violência autoprovocada.

Considerando a impossibilidade de realizar capacitações presenciais (de 2019 a 2021), devido a pandemia da COVID-19, a dificuldade de acesso à meios tecnológicos, como a internet, de forma regular e estável a todos os profissionais e a insuficiência de profissionais referência em atenção psicossocial, para sensibilizar todos os profissionais dos polos, não foi possível cumprir com excelência este produto, porém a cada possibilidade de realizar orientações, de forma presencial ou virtual foi oferecido aos profissionais suporte técnico e apoio pedagógico, sendo esta ação executada parcialmente.

Ação 2. Capacitar as EMSI quanto ao preenchimento das fichas de notificação de violência autoprovocada.

Foram realizadas em 2022 e 2023 duas capacitações, totalizado 29 vagas disponíveis para este DSEI a os profissionais dos três polo base e das três CASAI. Na oportunidade destas capacitações foram realizadas oficinas de preenchimento da ficha de notificação de violência autoprovocada do SINAN, bem como da ficha Complementar de Notificação da SESAI. Nesta capacitação foram abordadas outras importantes temáticas relacionadas ao bem viver dos povos indígenas. Ressalta-se que na capacitação do ano de 2023 (ocorrida de 02 a 06/10) não houve logística para levar os profissionais de área para participar da capacitação.

6.1.2. Produto 2. Caracterização do perfil epidemiológico e dos fatores associados do suicídio indígena, por meio da investigação dos óbitos, elaborada.

Por não haver óbito por suicídio neste DSEI não foi possível alcançar o produto de forma integral.

Foram planejadas ações de atenção psicossocial e promoção do bem viver nos territórios que objetivaram prevenção do suicídio, bem como ações em alusão às companhas do “Janeiro Branco” e “Setembro Amarelo”. Outras atividades foram organizadas de acordo com as demandas vindas por meio de radiogramas solicitando as atividades do programa e surgimento de situações que demandam intervenções imediatas. Outras Monitoramento e avaliação dos resultados foi realizado prioritariamente com as profissionais referências do Programa de Atenção Psicossocial e Promoção do Bem Viver, sendo feitas reuniões *on line* e presenciais, objetivando avaliar a condução das ações, resultados e estratégias, sendo que estas profissionais acompanham seus polos neste sentido.

6.1.3. Produto 3. Plano de ação distrital para qualificação da linha de cuidado de prevenção do suicídio em povos indígenas elaborado e implementado.

O Plano Distrital para elaboração da linha de cuidado não foi implementado integralmente por causa da elevação súbita das demandas de saúde mental decorrentes da pandemia da COVID-19, as quais exigiram estratégias e intervenções específicas e urgentes que surgiam ou se agravavam, não sendo possível acompanhar adequadamente a qualificação da linha de cuidado. Posterior a pandemia as ações previstas estão sendo implementadas de forma paulatina.

Tabela 38 - E.1. R. 10. Reduzir em 2023, 8% a incidência da tuberculose no DSEI.

	2020	2021	2022	2023
Programado	- 2,00%	- 4,00%	- 6,00%	- 8,00%

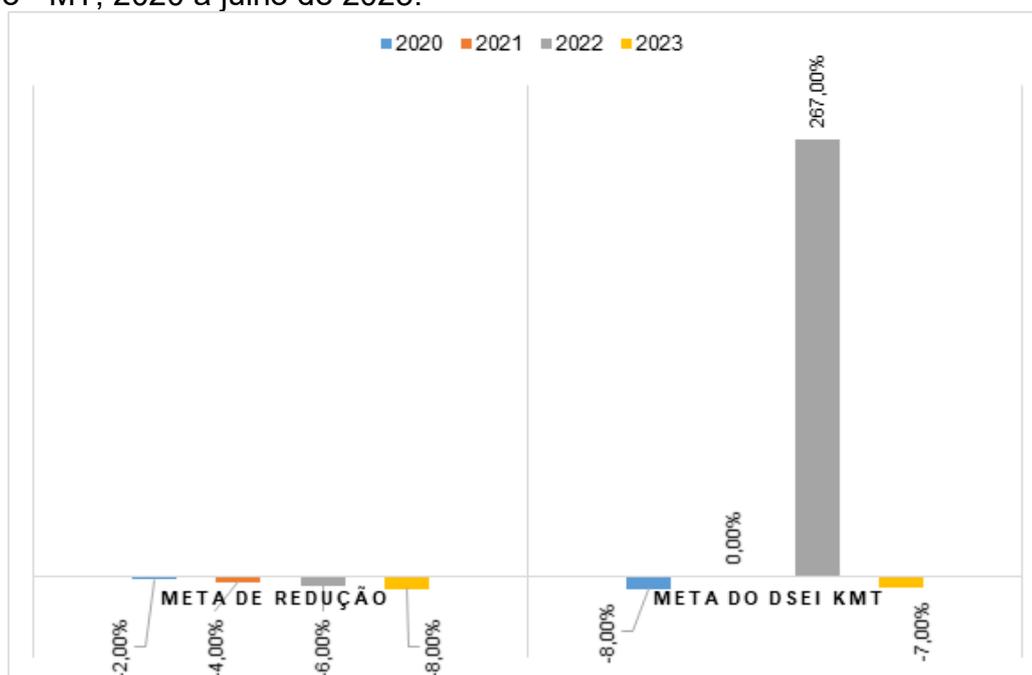
Executado	- 8,00 %	0,00 %	+ 267,00 %	- 7,00%
-----------	----------	--------	------------	---------

Fonte: Siasi 4.40.27 - Versão do Banco: 4.15, dados extraídos em 20/12/2023, sujeito a alteração

Conforme a Figura 21, o DSEI KMT conseguiu reduzir os casos de tuberculose no ano de 2020 em - 8,00%. Nota-se que nos demais anos avaliados não ocorreu a redução da tuberculose, fato que pode estar relacionado com o surgimento da pandemia da covid, pois nesse período a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena estava intensificando os cuidados farmacológicos e não farmacológicos nas aldeias para conter a pandemia.

Durante a pandemia de COVID-19, estima-se que 1,4 milhão de pessoas a menos receberam tratamento para tuberculose, de acordo com dados preliminares compilados pela OMS em mais de 80 países uma redução de 21% em relação a 2019 (WHO, 2021).

Figura 21 - Percentual e meta da redução de casos novos de tuberculose, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023.



Fonte: Siasi 4.40.27 - Versão do Banco: 4.15. Dados atualizados em 08/10/2023.

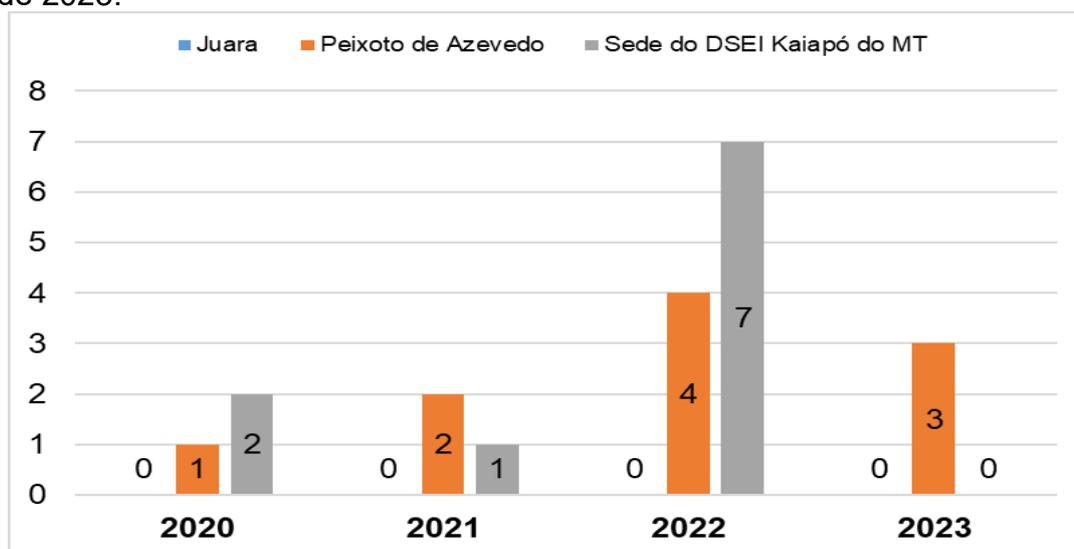
Com o surgimento da pandemia do coronavírus, o número de casos de doenças respiratórias aumentou no DSEI KMT e conseqüentemente a tuberculose (TB) no ano de 2022 foi de 267,00 %, porém nos anos de 2020 houve uma redução de 8,00% e 7,00% até julho de 2023, nota-se que em 2021 não houve redução, pois manter-se os 3 casos de tuberculose.

Essa redução da TB em 2020 pode estar relacionada com a subnotificação, pois foi o início da pandemia e já em 2023 foram realizadas as ações de busca ativa pela EMSI nas comunidades indígenas.

No ano de 2020, o Brasil junto com outros 15 países, foi autor de 93% da redução das notificações da TB no mundo. Essa variação negativa pode ser justificada pelos impactos causados pela pandemia de covid-19 nos serviços e sistemas de saúde (WHO, 2020).

Para as populações mais vulneráveis socialmente, ou seja, população privada de liberdade, população em situação de rua, imigrantes e indígenas, além da necessidade de ampliar a busca ativa e de considerar as particularidades proposta para esses grupos afetados pela TB, é preciso fortalecer a parceria dos serviços da do Sistema Único de Assistência Social (Suas), a segurança pública, a sociedade civil, entre outros (BRASIL, 2022).

Figura 22 - Número de casos de tuberculose por polo base, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023.



Fonte: Siasi 4.40.27 - Versão do Banco: 4.15. Dados atualizados em 08/10/2023.

O gráfico, representa o número de casos de tuberculose por polo base no período de 2020 a julho de 2023, os casos concentram-se no PB de Peixoto de Azevedo 50,00% e na Sede do DSEI Kaiapó do MT 50,00%.

No Brasil, a tuberculose é um sério problema da saúde pública, com profundas raízes sociais. A cada ano, são notificados cerca de 70 mil novos casos ocorrendo 4,6 mil mortes em decorrência da doença. Ocupando o 17º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo (OPAS/OMS,2020).

De acordo com as Diretrizes para prevenção e controle da tuberculose nos povos indígenas da Região das Américas, a incidência da TB na população indígena varia de duas a dez vezes mais em relação aos não indígenas (WHO, 2021).

Quando lidamos com populações indígenas, ao nos deparamos com a questão da tuberculose, sempre somos colocados diante de uma “prioridade”. Antes de qualquer coisa, é de extrema importância compreendermos os fatores associados à tuberculose em povos indígenas e porque essa questão deve ser encarada como prioritária.

É essencial a adoção de medidas que possibilite o aperfeiçoamento do funcionamento e a adequação da capacidade do Sistema de Atenção à Saúde Indígena, para executar os princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social e para que esses princípios possam ser efetivados, é necessário que a atenção aos povos indígenas seja

diferenciada, levando em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais (BRASIL, 2002).

Tabela 39 - E1. R. 11. Até 2023, reduzir em 35% o número de casos novos autóctones de malária nos DSEI endêmicos.

	2020	2021	2022	2023
Programado	- 20,00%	- 25,00%	- 30,00%	- 35,00%
Executado	+ 275,00%	+ 606,00%	- 31,14%	- 36,00%

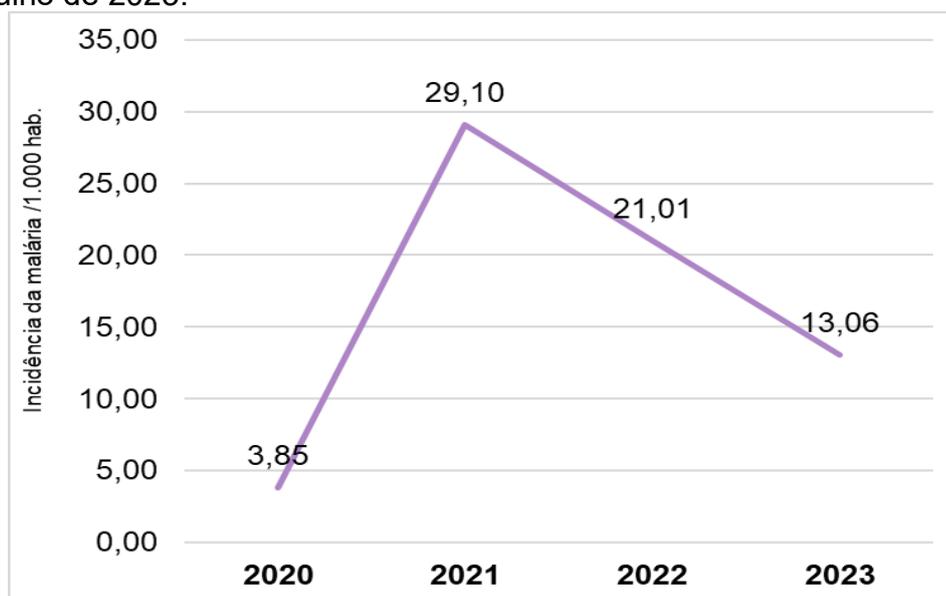
Fonte: Siasi 4.40.27 - Versão do Banco: 4.15, dados extraídos em 20/12/2023, sujeito a alteração

A malária atinge milhões de pessoas em todo o mundo, inclusive no Brasil, cerca de 99% da transmissão da malária concentra-se na região da Amazônia Legal, composta por nove estados: Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins (BRASIL,2019).

No período de 2020 a julho de 2023 o DSEI KMT notificou 296 casos de malária autóctones, no ano de 2021 teve a maior incidência 29,10 por mil habitantes (gráfico 22).

A maneira em que vivem os povos indígenas, criam uma exposição às doenças infecciosas a qual as pessoas na zona urbana não estão submetidas. Como vivem em casas coletivas é comum entre muitos deles o compartilhamento de utensílios, como cuias, tigelas e outros objetos, o que propicia as situações de contágio (OMS, 2020).

Figura 23 - Taxa de incidência da malária por 1000 habitantes, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023.

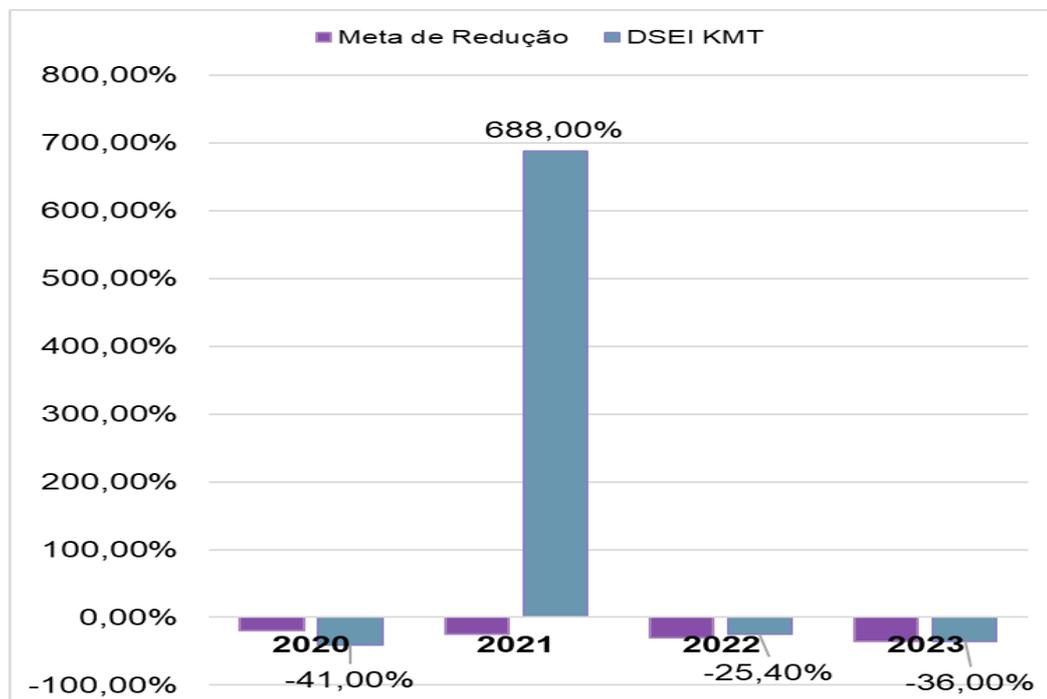


Fonte: SIVEP - Malária. Dados atualizados em 08/10/2023.

A incidência da malária aumentou em 2021 para 688,00%, em decorrência da pandemia da covid-19, pois a prioridade no território ficou centralizada no combate a covid-19. Após a pandemia nos anos de 2022 a julho de 2023, foram retomadas as atividades e as ações de promoção e prevenção da malária, assim o DSEI KMT, conseguiu reduzir os casos da malária autóctones em 2020 para 41,00%; 2022 em 25,41% e até julho de 2023 para 36,00% .

Dentre os fatores favoráveis para a incidência de malária, refere-se ao ambiente silvestre no qual as populações indígenas estão inseridas, são regiões endêmicas para a malária, assim propicia maior exposição a diversos patógenos presentes no ambiente florestal (MENDES, *et. al.*, 2020).

Figura 24 - Percentual da redução de casos novos autóctones de malária, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023.



Fonte: SIVEP - Malária. Dados atualizados em 08/10/2023.

A redução da malária autóctones no DSEI KMT, ocorreu devido às ações permanentes realizadas como o monitoramento, ações de bloqueio e o tratamento dos doentes em tempo oportuno propiciando o controle da doença em todas as áreas e nas aldeias endêmicas houve redução. Dessa forma, diminui-se a morbimortalidade e as perdas sociais e econômicas advindas da transmissão da malária.

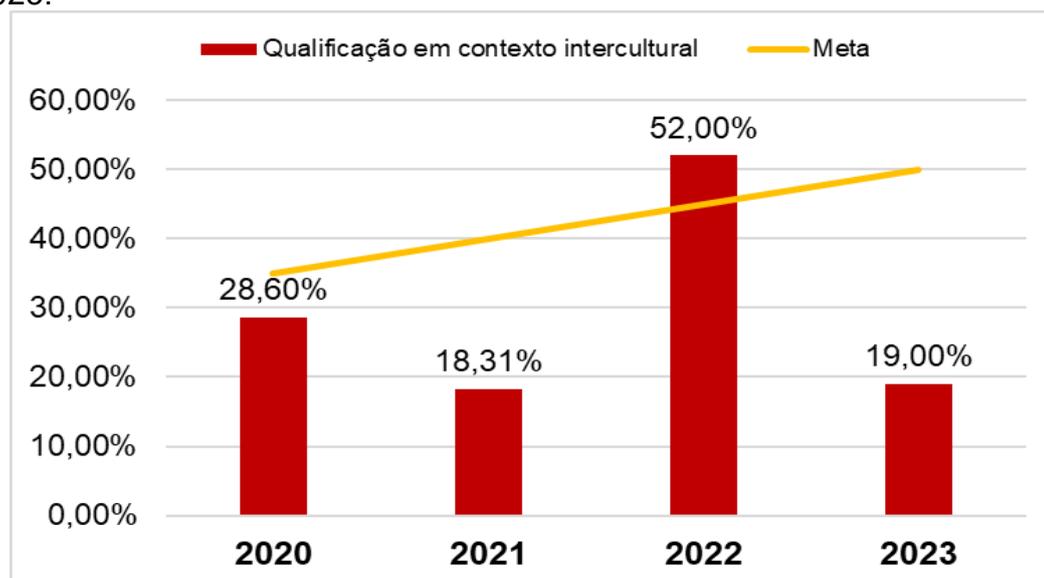
Esta ação exitosa se deve a vigilância epidemiológica atua em todas as áreas endêmicas para malária no distrito, acontece de forma integrada, envolvendo todos os atores presentes, EMSI, equipe de endemias, caciques, lideranças, conselheiros locais, CONDISI e a comunidade como um todo, incluindo as ações de educação em saúde.

Tabela 40 - E1.R. 12. Alcançar em 50% a participação de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural.

	2020	2021	2022	2023
Programado	35%	40%	45%	50%
Executado	28,6%	18,31%	52%	19%

Fonte: Siasi 4.40.27 - Versão do Banco: 4.15, dados extraídos em 20/12/2023, sujeito a alteração

Figura 25 - Percentual da participação dos trabalhadores em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023.



Fonte: Siasi 4.40.27 - Versão do Banco: 4.15. Dados atualizados em 08/10/2023.

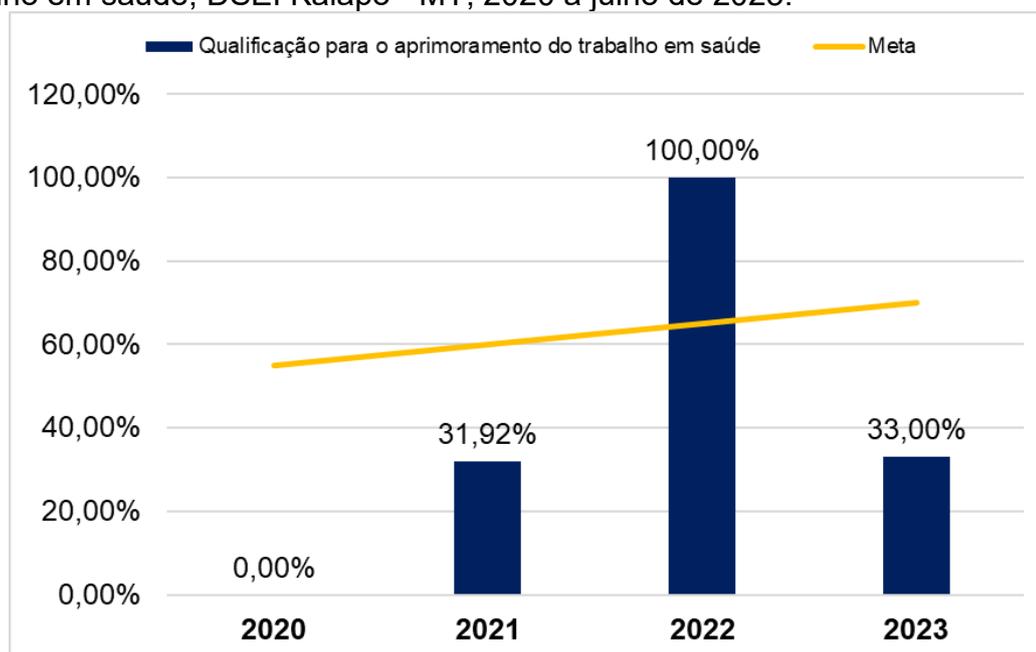
Conforme demonstra o gráfico sobre o percentual da participação dos trabalhadores em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural, o DSEI Kaiapó-MT, somente atingiu a meta em 2022, devido a possibilidade de executar o plano de trabalho em educação permanente, o que não pode ser realizado nos anos de 2020 e 2021 devido a pandemia de COVID-19. Em 2023, apesar da aprovação do plano de trabalho, o DSEI sofreu a desistência da empresa de transporte que prestava serviço ao DSEI impedindo a execução de todas as atividades previstas.

Tabela 41 - E1. R. 13. Qualificar 70% dos trabalhadores da atenção para o aprimoramento do trabalho em saúde.

	2020	2021	2022	2023
Programado	55%	60%	65%	70%
Executado	0,0%	31,92%	100,00%	33,00%

Fonte: Siasi 4.40.27 - Versão do Banco: 4.15, dados extraídos em 20/12/2023, sujeito a alteração

Figura 26 - Percentual de trabalhadores da atenção para o aprimoramento do trabalho em saúde, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023.



Fonte: Siasi 4.40.27 - Versão do Banco: 4.15. Dados atualizados em 08/10/2023.

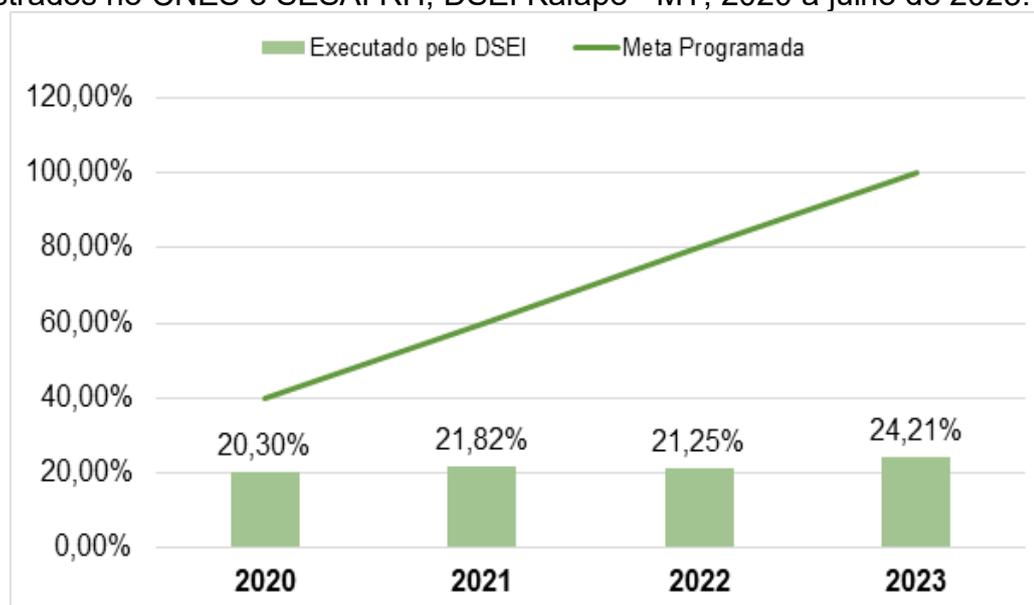
Com relação ao percentual de trabalhadores da atenção para o aprimoramento do trabalho em saúde, no DSEI Kaiapó-MT, conforme o gráfico 25 a meta somente foi alcançada em 2023 quando o plano de trabalho foi executado 100%. Nos anos de 2020 a 2021 tivemos a suas atividades interrompida devido a pandemia de COVID-19 e em 2023 tivemos empresa contratada, o que impediu a realização de diversas atividades, principalmente os que estavam previstos ocorrer nas aldeias.

Tabela 42 - E 1. R. 14 Alcançar 100% dos estabelecimentos de saúde indígena com sua respectiva força de trabalho cadastrados no CNES e SESAI RH.

	2020	2021	2022	2023
Programado	40%	60%	80%	100%
Executado	20,3%	21,82%	21,25%	24,21%

Fonte: Siasi 4.40.27 - Versão do Banco: 4.15, dados extraídos em 20/12/2023, sujeito a alteração

Figura 27 - Estabelecimentos de saúde indígena com sua respectiva força de trabalho cadastrados no CNES e SESAI RH, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023.



Fonte: Siasi 4.40.27 - Versão do Banco: 4.15. Dados atualizados em 08/10/2023.

De acordo com o gráfico, o DSEI KMT não atingiu a meta programada referente aos estabelecimentos de saúde indígena com sua respectiva força de trabalho cadastrados no CNES e SESAI RH.

Em andamento o processo de atualização dos cadastramentos junto ao CNES dos estabelecimentos e profissionais do DSEI/KMT. Em relação às dificuldades enfrentadas dos anos de 2020 a 2023, citamos a abrangência de vários municípios e estados, rotatividade dos profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) e o desafio na sua articulação e demais peculiaridades para inserir estes dados junto ao sistema sendo de responsabilidade na prática das prefeituras municipais, motivo este que deixa tal processo lento.

A equipe do DIASI do DSEI KMT, analisa periodicamente os indicadores de saúde, inclusive os relatórios de produção são lançados. Contudo, dependendo da localidade da aldeia (UBSI), estes relatórios chegam ao DIASI em um espaço de tempo de 45 dias.

A DIASI, realiza a programação mensal para realização das visitas técnicas nas aldeias, sendo priorizadas as comunidades indígenas, com os menores indicadores.

6.2 Infraestrutura e Meio Ambiente

6.2.1. Estratégia 2: Saneamento Ambiental: Qualificação de serviços de saneamento ambiental nas áreas indígenas.

O Serviço de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena do DSEI Kaiapó do Mato Grosso (SESANI KMT) é o setor responsável pelas ações de edificações e de saneamento básico e ambiental nas aldeias, presta todo o apoio técnico além de todo acompanhamento e avaliação dos programas e ações de saneamento ambiental e de edificações em saúde pública.

São atribuições do SESANI: construção de poços ou sistemas de água provisórios nas aldeias; construção de unidades básicas de saúde indígena e postos de saúde provisórios nas aldeias; ministrar atividades de educação em saúde voltada para o saneamento; realizar a manutenção dos equipamentos e edificações das aldeias; elaborar as instruções e análises de processos na área de edificações e saneamento; auxiliar na construção de poços ou sistemas de água provisórios nas aldeias e elabora os projetos, encaminha para SESAI, que analisa, e acompanha a

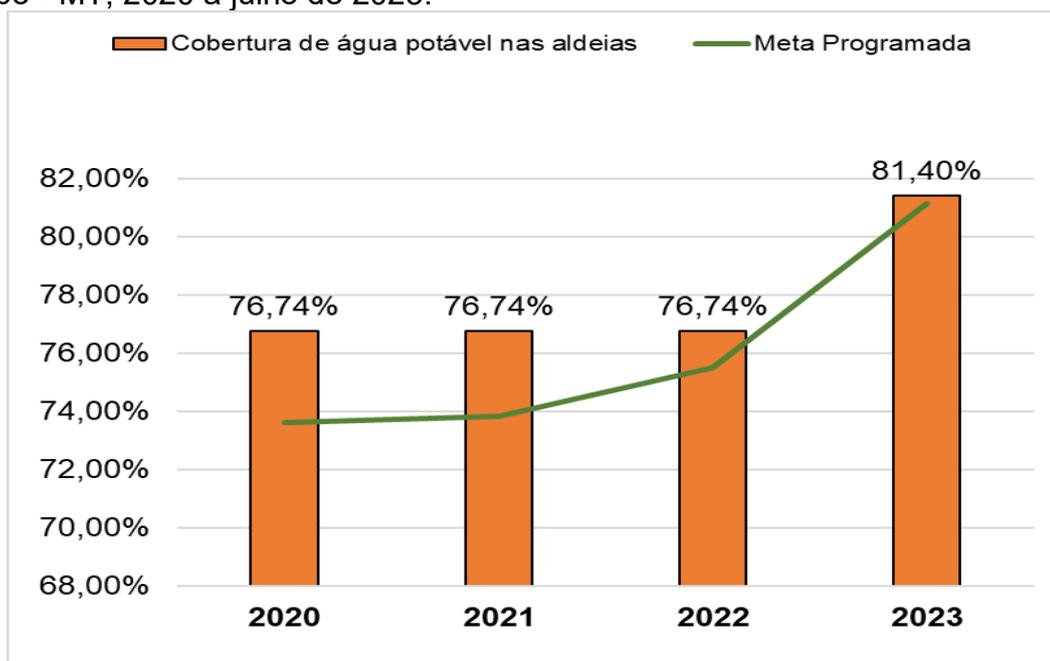
execução das obras que foram autorizadas.

Tabela 43 - E2. R.1. Ampliar em 7% a cobertura de água potável nas aldeias indígenas até 2023.

	2020	2021	2022	2023
Programado	73,60%	73,83%	75,50%	81,13%
Executado	76,74%	76,74%	76,74%	81,40%

Fonte: Siasi 4.40.27 - Versão do Banco: 4.15, dados extraídos em 20/12/2023, sujeito a alteração

Figura 27 - Percentual da cobertura de água potável nas aldeias indígenas, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023.



Fonte: SESANI/DSEI KAIAPÓ - MT, 2023. Dados atualizados em 08/10/2023.

Considerando que foi executado no ano de 2020 uma obra de sistema de abastecimento de água, e em 2021 não foi possível alcançar a meta de uma obra no ano devido a pandemia da covid-19.

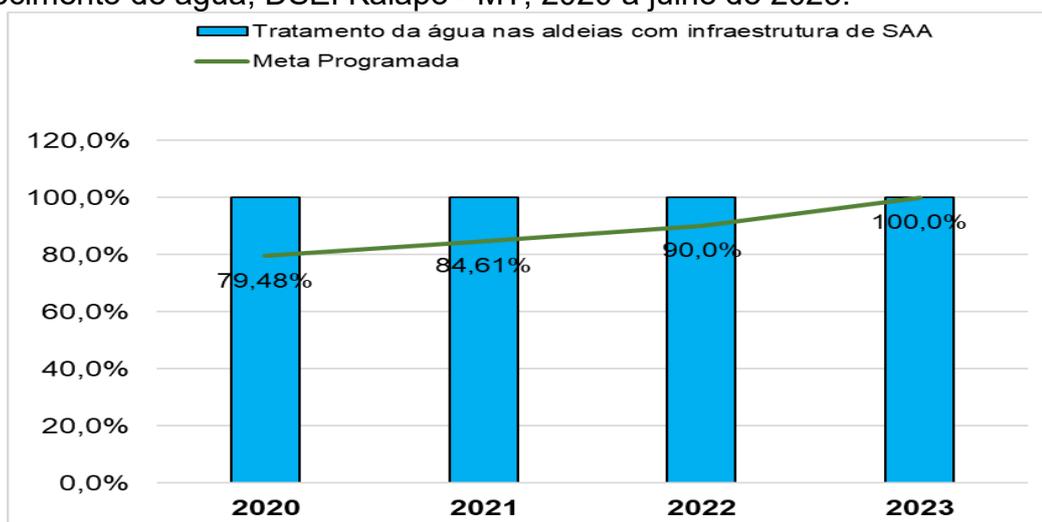
No ano de 2022 e 2023 foram executadas 03 obras de sistemas de abastecimento de água, alcançando a meta de 7% (porcento) estipulada no PDSI de 2020 a 2023.

Tabela 44 - E2.R2. Realizar, até 2023, o tratamento da água em 100% das aldeias com infraestruturas de abastecimento de água existentes.

	2020	2021	2022	2023
Programado	79,48%	84,61%	90,00%	100,00%
Executado	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Siasi 4.40.27 - Versão do Banco: 4.15, dados extraídos em 20/12/2023, sujeito a alteração

Figura 28 - Percentual do tratamento de água nas aldeias com infraestrutura de abastecimento de água, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023.



Fonte: SESANI/DSEI KAIAPÓ - MT, 2023. Dados atualizados em 08/10/2023.

Sendo que todas as aldeias que possuem sistema de abastecimento de água apresentam tratamento de água através de cloração por pastilha de cloro e filtração.

Deste modo, este DSEI/KMT alcançou a meta de 100% de tratamento de água conforme estipulado no PDSI 2020 a 2023.

Tabela 45 - E2.R.3. Ampliar, até 2023, em 15% a cobertura de aldeias com o monitoramento da qualidade da água implementado

	2020	2021	2022
Programado	60,37%	64,15%	67,93%
Executado	39,00%	76,00%	34,00%

Fonte: Siasi 4.40.27 - Versão do Banco: 4.15, dados extraídos em 20/12/2023, sujeito a alteração

Quadro 11 - Percentual da cobertura de aldeias com gerenciamento de resíduos sólidos domésticos implementados, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023.

Resultados Esperados	2020	2021	2022
Programado	33	34	306
Executado	13	26	104
%	39%	76%	34%
Situação Atual	Adequado	Adequado	Risco

Fonte: PDSI 2020-2023; SESANI 2023.

No período de 2020 a 2023 foram executadas um total de 04 Obras de Sistema de Abastecimento de Água nas Aldeias do DSEI KMT, que representa cerca de 7,53% de aumento, referente a um total de 53 Aldeias Indígenas da época.

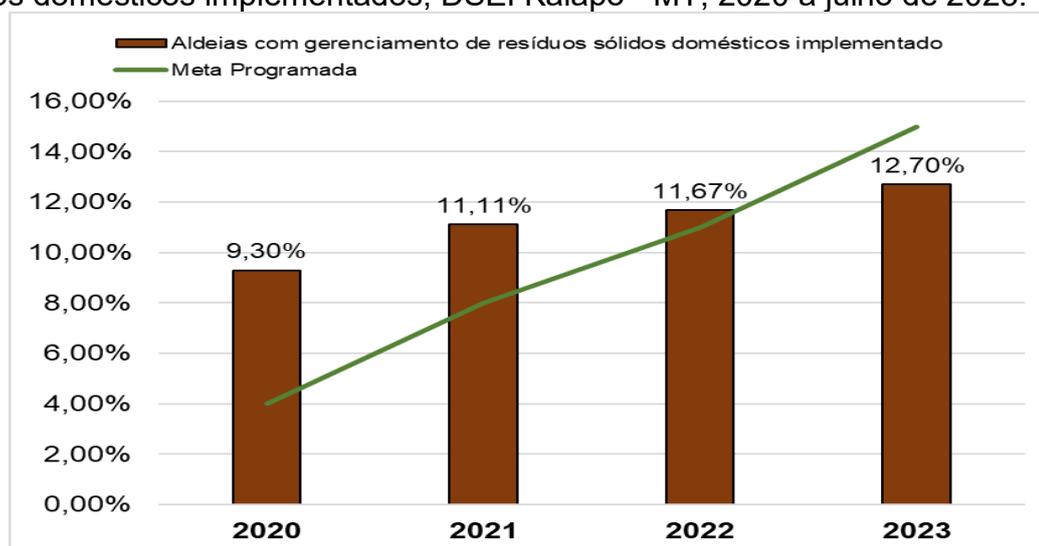
Sendo que todas as aldeias que possuem sistema de abastecimento de água apresentam monitoramento da qualidade da água. Observa-se apenas em 2022 a qualidade da água foi considerada de risco (Quadro 10).

Tabela 46 - E2. R.4. Ampliar, até 2023, em 15% a cobertura de aldeias com gerenciamento de resíduos sólidos domésticos implementado.

	2020	2021	2022	2023
Programado	4,00%	8,00%	11,00%	15,00%
Executado	9,30%	11,11%	11,67%	12,7%

Fonte: Siasi 4.40.27 - Versão do Banco: 4.15, dados extraídos em 20/12/2023, sujeito a alteração

Figura 29 - Percentual da cobertura de aldeias com gerenciamento de resíduos sólidos domésticos implementados, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023.



Fonte: SESANI/DSEI KAIAPÓ - MT, 2023. Dados atualizados em 08/10/2023.

No ano de 2019 o DSEI/KMT já havia implantado o gerenciamento de resíduos sólidos domésticos em 02 (duas) Aldeias Piaraçu e Pakaya.

Nos anos de 2020 a 2023 foram implantados o gerenciamento de resíduos sólidos domésticos em 06 (seis) Aldeias, sendo elas (Mayrob, Nova Munduruku, Tatui, Turypuku, Kuxonety e Kopenoty).

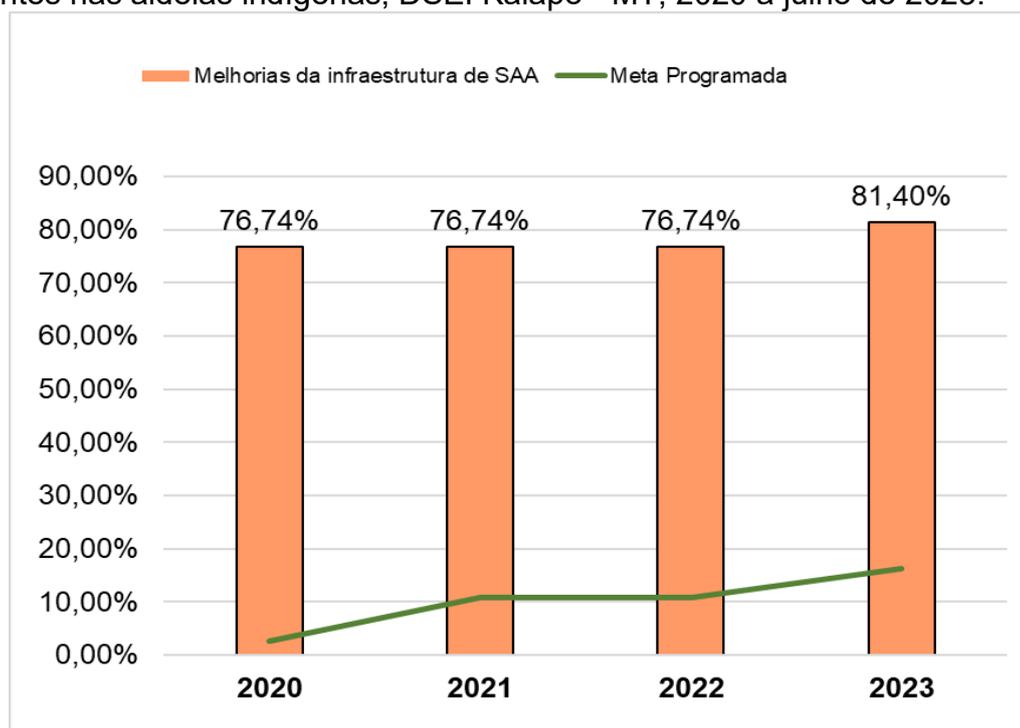
Deste modo este DSEI/KMT alcançou a meta de 15% (porcento) de gerenciamento de resíduos sólidos domésticos, conforme estipuladas no PDSI 2020 a 2023.

Tabela 47 - R.6. Ampliar, até 2023, em 7,00% as melhorias das infraestruturas de saneamento de água existentes nas aldeias indígenas.

	2020	2021	2022	2023
Programado	2,7%	10,81%	10,81%	16,21%
Executado	76,74%	76,74%	76,74%	81,40%

Fonte: Siasi 4.40.27 - Versão do Banco: 4.15, dados extraídos em 20/12/2023, sujeito a alteração

Figura 30 - Percentual das melhorias de infraestruturas de saneamento de água existentes nas aldeias indígenas, DSEI Kaiapó - MT, 2020 a julho de 2023.



Fonte: SESANI/DSEI KAIAPÓ - MT, 2023. Dados atualizados em 08/10/2023.

No período de 2020 a 2023 foram executadas um total de 02 Obras de Reforma e Ampliação de Sistema de Abastecimento de Água nas Aldeias do DSEI KMT, que

representam cerca de 15,00% (por cento), referente a um total de 53 Aldeias Indígenas da época.

6.3 Controle Social

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena tem como uma de suas principais diretrizes a participação e controle social, exercido pelos representantes usuários indígenas, representantes que compõem a força de trabalho da saúde indígena, representantes dos governos municipais, estaduais, federal e prestadores de serviços na área de saúde indígena, a fim de assegurar o planejamento ascendente das ações, considerando as especificidades culturais, históricas, geográficas e epidemiológicas dos povos indígenas no Brasil (BRASIL, 2022).

O Conselho Distrital de Saúde Indígena Kaiapó - MT dos Povos Indígenas, criado em consonância 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 nº453, de 10 de maio de 2012 e Portaria Ministerial GM/MS nº 755, de 18 de abril de 2012. 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, vinculado jurídica e administrativamente na Sede do Distrito Sanitário Especial Indígena Kaiapó do Mato Grosso, no município de Colíder - MT.

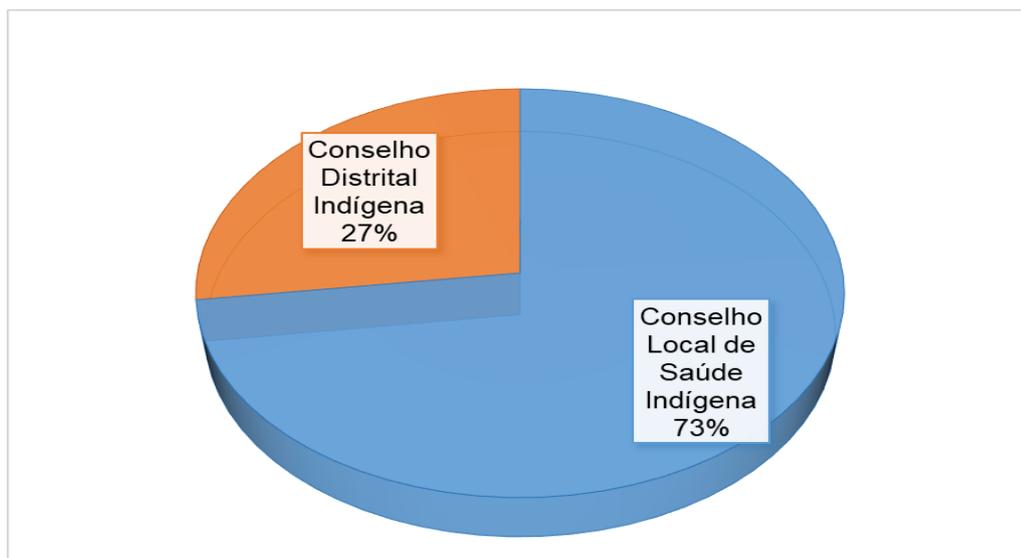
Nesse contexto, o controle social do DSEI KMT tem por finalidade aprovar o Plano Distrital de Saúde Indígena, bem como, acompanhar, planejar, avaliar, fiscalizar, supervisionar e deliberar sobre as ações relacionadas à saúde indígena no território de abrangência do distrito, sobre quaisquer serviços de saúde prestados por instituições públicas, privadas e entidades não-governamentais, conveniadas ou não e as suas prestações de contas.

O controle social do DSEI KMT, tem em sua composição o total de 251 representantes, sendo 73,00% distribuídos nos Conselhos Local de Saúde Indígena (CLSI) e 27,00 % no Conselho Distrital Indígena (CDSI), conforme os gráficos 32.

A participação da população indígena nas instâncias colegiadas de formulação,

acompanhamento das políticas públicas de saúde são realizadas por meio das seguintes instâncias, sendo 07 Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI) e o Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) como mostra o gráfico a seguir.

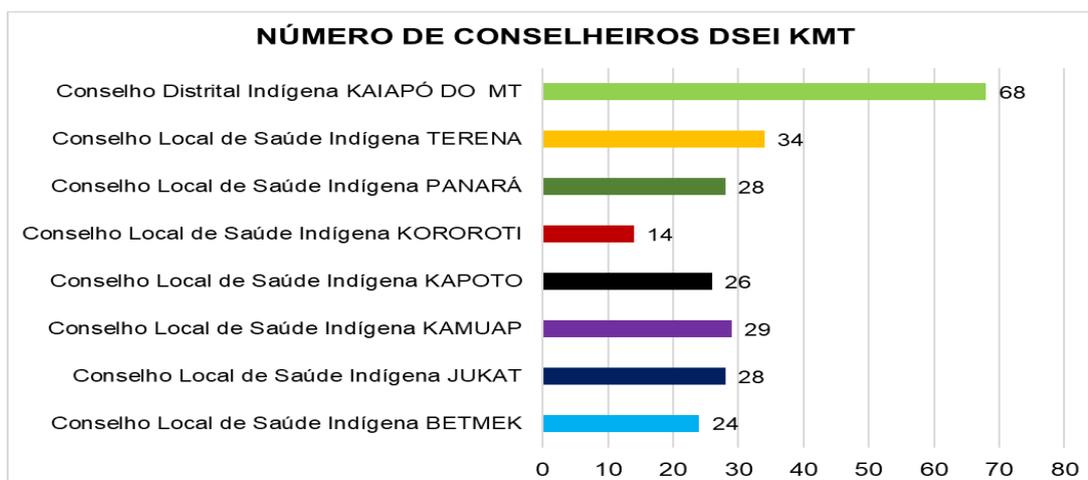
Figura 31 - Percentual dos representantes do CONDISI, DSEI Kaiapó - MT, julho 2023.



Fonte: CONDISI/DSEI KAIAPÓ – MT, 2023. Dados atualizados em 08/10/2023.

A composição do Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI) é constituída por membros das comunidades, observando a organização local de cada povo indígena, composto por membros, distribuídos conforme: a etnia; aldeia; polo base de saúde indígena ou população indígena. Na composição do Conselho Distrital de Saúde Indígena, aplica-se o princípio da paridade, sendo 50% dos usuários, representando os povos indígenas do DSEI KMT, 25% de entidades dos trabalhadores da saúde indígena e 25% de representantes do governo, de prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos.

Figura 32 -Distribuição dos conselheiros locais e distrital, DSEI Kaiapó - MT, julho 2023.



Fonte: CONDISI/DSEI KAIAPÓ – MT, 2023. Dados atualizados em 08/10/2023.

Em relação a distribuição dos conselhos locais e distritais do DSEI Kaiapó-MT, dos conselhos que fazem parte do CONDISI KMT, o maior é da etnia Kaiapó, seguido da Terena e Kaiabi.

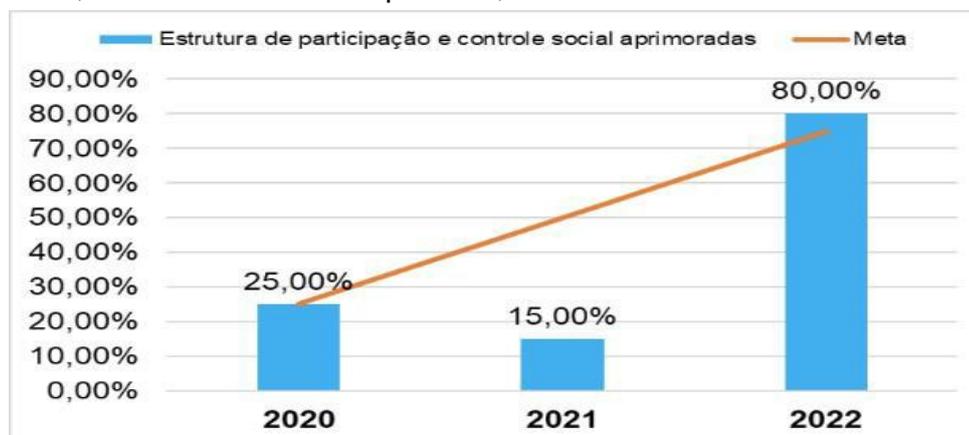
Tabela 48 - E.3 R.1. Alcançar em 2023, 100% de Distritos Sanitários Especiais Indígenas com a estrutura de participação e controle social aprimoradas.

	2020	2021	2022	2023
Programado	25,00%	50,00%	75,00%	100,00%
Executado	25,00%	15,00%	80,00%	

Fonte: Siasi 4.40.27 - Versão do Banco: 4.15, dados extraídos em 20/12/2023, sujeito a alteração

O aprimoramento do processo do controle social no Subsistema de Atenção aos Povos Indígenas possibilita a compreensão e o exercício da cidadania entre os povos, sua mobilização para a conquista de outras políticas públicas, mas sobretudo amplia a possibilidade em acompanhar e avaliar os resultados da atenção à saúde dos povos indígenas (BRASIL, 2002). Este é o principal objetivo das capacitações ao Controle Social que tem como tarefa a ampliação da compreensão do seu papel como órgão consultivo e deliberativo auxiliando no planejamento das ações, avaliando os serviços de saúde indígena e apreciando a prestação de contas do DSEI.

Figura 33 - Percentual e meta da estrutura de participação e controle social aprimoradas, CONDISI DSEI Kaiapó - MT, 2020 a 2022.



Fonte: CONDISI/DSEI KAIAPÓ – MT, 2023. Dados atualizados em 08/10/2023.

Com relação ao percentual de participação e controle social aprimoradas, vemos conforme a figura 31, houve um crescimento das ações em torno do aprimoramento nos anos estudados, porém em nenhum ano conseguiu bater a meta estabelecida, uma da justificativa, nos anos de 2020 e 2021 por conta da pandemia de COVID-19, onde não se recomendam a realização de aglomeração ou reuniões.

Tabela 49 - E.3 R.2. Alcançar em 2023, 100% das atividades de participação e controle social anuais executadas

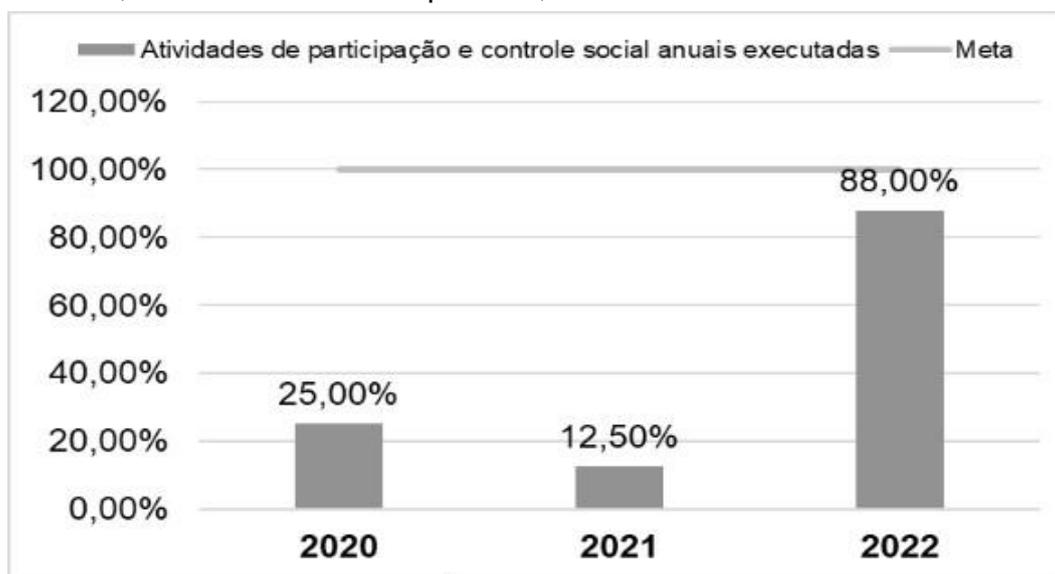
	2020	2021	2022	2023
Programado	25,00%	50,00%	75,00%	100,00%
Executado	25,00%	12,00%	88,00%	

Fonte: Siasi 4.40.27 - Versão do Banco: 4.15, dados extraídos em 20/12/2023, sujeito a alteração

A meta trata das atividades do Controle Social, no desempenho das atividades administrativa e na garantia dos conselhos Distrital e Local de Saúde indígena autorizadas.

No que tange a documentos o CONDISI encaminhou todos os relatório conselho devido a pandemia da COVID-19, conforme demonstra a figura abaixo.

Figura 34 - Percentual e meta das atividades de participação e controle social anuais executadas, CONDISI DSEI Kaiapó - MT, 2020 a 2022.



Fonte: CONDISI/DSEI KAIAPÓ – MT, 2023. Dados atualizados em 08/10/2023.

O percentual e metas de Conselheiros de Saúde Indígena qualificados de 2020 a 2022, observe que nenhum ano estudo o DSEI bateu a meta prevista. A justificativa para o não alcance da meta de 100%, foi a pandemia e a no ano de 2022 o plano de trabalho aprovado em julho de 2022, sendo priorizado as reuniões locais do controle social.

O Distrito Sanitário Especial Indígena Kaiapó do Mato Grosso DESI-KMT, com sua sede em Colíder tem responsabilidade sanitária com as comunidades indígenas que vão do norte de Mato Grosso ao Sul do Pará, abrangendo 10 municípios: Colíder, Juara, Apiacás, São José do Xingu, Guarantã do Norte, Matupá, Santa Cruz do Xingu e Peixoto de Azevedo, localizados em Mato Grosso e Altamira e Jacareacanga localizados no estado do Pará.

A experiência está direcionada aos 4.682 indígenas jurisdicionados ao DSEI-KMT, com 11 etnias, sendo elas: Mebengokre/Kayapó, Panará, Kawaiwete/Kayabi, Munduruku, Terena, Tapayuna, Apiaká, Yudjá/Juruna, Ikpeng, Suiá e Trumai.

O DSEI-Kaiapó-MT, com o intuito de fazer valer o princípio da equidade, celebrou em 2018 e 2019 pactuações intersetoriais diferentes Estabelecimentos de Saúde por meio da Portaria GM 2.663/2017, que passaram a receber o Incentivo de

Atenção Especializada aos Povos Indígenas IAE-PI e, por conseguinte, atender especificidades dos indígenas. Atualmente cinco estabelecimentos recebem o incentivo, sendo eles: dois Centros de Atenção Psicossocial-CAPS (um localizado em Juara e o outro em Garantã do Norte), um Hospital Regional e um Laboratório Regional de Próteses Dentárias-LRPD (localizados em Peixoto de Azevedo) e um Centro de Especialidades Odontológicas-CEO, localizado no município de Garantã do Norte.

Com o repasse do IAE-PI, esses estabelecimentos proporcionam, por meio de seus Planos de Metas e Ações-PMA, condições diferenciadas de cuidado aos indígenas como a mudanças no ambiente e na acolhida, a fim de melhorar o bem-estar dos pacientes indígenas, o que ocasionou maior adesão aos tratamentos; interação entre os saberes, com possibilidade de cuidados tradicionais dentro dos estabelecimentos; garantia do ajuste de dietas específicas aos pacientes indígenas hospitalizados; partilha dos diagnósticos de forma compreensível e importantes ações integradas de cuidados especializados dentro dos territórios indígenas.

A experiência de atuação intersetorial incentivou e mostrou a importância da participação dos indígenas na busca e encontro de alternativas para saúde de seus pares dentro da atenção especializada, em que eles estão protagonizando a construção de um cuidado mais sensível que considera as especificidades de cada etnia atendida.

6.3.1. Resultados obtidos a partir dos Planos de Metas e Ações dos estabelecimentos de saúde

I - Garantia a todo paciente internado o direito ao intérprete, em respeito às línguas maternas, com destaque para o Hospital Regional Peixoto de Azevedo, que além do intérprete contratou um indígena que atua como mediador nas consultas e rotina hospitalares.

II - Contratação de um Nutricionista para ajustar as dietas aos hábitos e restrições alimentares dos pacientes hospitalizados,

III - Em referência a ambiência a equipe do CAPS fez uma pintura com características indígenas na área de convivência e a equipe do Centro de

Especialidades Odontológicas aderiu a recepção do estabelecimento com uma bela imagem de indígenas portando macromodelos odontológicos. Para contribuir com a qualificação da ambiência o DSEI-KMT, presenteou os cinco estabelecimentos com cocares, os quais ficam expostos nas unidades, proporcionando inclusão, identificação e acolhimento aos pacientes e acompanhante indígenas. Em respeito às práticas tradicionais, o Hospital Regional de Peixoto de Azevedo está construindo um quiosque justamente para que haja um espaço de bem-estar externo, onde os pacientes indígenas possam realizar inclusive rituais tradicionais de cura e manutenção de suas saúdes;

IV - Os estabelecimentos buscaram garantir o respeito ao saber ancestral, por exemplo, os pacientes do CAPS optam por associar o tratamento tradicional com a medicina não indígena ou escolhem alternar os tratamentos, sendo as decisões respeitadas.

IX - Manifestação dos níveis de satisfação dos usuários indígenas por meio de instâncias de avaliação construídas para sua participação.

X - Realização de capacitações com foco na interculturalidade.

XII - Prestação de Assistência Especializada no território indígena, realizadas pelo Laboratório de Próteses de Dentárias de Peixoto de Azevedo e o Centro de Atenção Psicossocial-CAPS de Garantã do Norte. Promoção da saúde para além do modelo biomédico, com momentos protagonizados pelos indígenas, demonstrando de modo empírico, formas tradicionais do cuidado.

6.3.2. Barreiras identificadas pelos estabelecimentos

- I. Insegurança de alguns profissionais em atender pessoas indígenas.
- II. Para a superação, inicialmente a equipe do DSEI Kaiapó-MT realizava visitas, reuniões, rodas de conversa para apoio interinstitucional para o fortalecimento das equipes, atualmente organiza, a cada ano, um encontro voltado para a formação intercultural e troca de saberes entre os indígenas e profissionais de saúde não indígenas.
- III. Pandemia da Covid-19.
- IV. Para a superação o DSEI-Kaiapó realizou reuniões *on line*, para acompanhamento dos casos mais graves, troca de experiências e orientações

para o atendimento aos povos indígenas

- V. Compreender a língua materna.
- VI. Para superação ficou pactuado a garantia do direito a intérprete da língua materna durante os atendimentos.

6.3.3. Fatores facilitadores

- I. Interesse dos profissionais dos estabelecimentos de saúde.
- II. Alinhamento e articulação potente da equipe do DSEI Kaiapó do Mato Grosso e os estabelecimentos de saúde habilitados
- III. Participação do controle social por meio do Conselho Distrital de Saúde Indígena- CONDISI em todo processo.

6.3.4. Principais impactos alcançados por meio da experiência

A experiência das pactuações mostrou que por meio do Plano de Metas e Ações-PMA os indígenas do DSEI-KMT estão recebendo cuidados diferenciados nos cinco estabelecimentos de saúde habilitados pela portaria, conforme o princípio da equidade do Sistema Único de Saúde- SUS, como ambiência muito mais acolhedora e inclusiva a qual promove o bem estar dos pacientes e de seus acompanhantes; apoio de um profissional indígena dentro do hospital, na mediação e se necessário explicação das especificidades culturais dos indígenas atendidos a equipe de enfermagem, garantindo a comunicação e o respeito aos modos de ser indígena. Outro importante resultado é o reconhecimento e consideração pela medicina indígena por parte das equipes da saúde, buscando associar tratamentos e saberes, bem como garantir espaço para os cuidados tradicionais dentro dos estabelecimentos inclusive no projeto terapêutico dos pacientes.

Como estes resultados temos melhor acolhida e bem-estar dos pacientes indígenas na atenção especializada, maior adesão dos pacientes aos tratamentos, oferta de cuidados especializados dentro dos territórios, até então nunca ofertados aos indígenas.

Os maiores impactos foram: a ampliação do conceito de saúde pelas equipes, com reconhecimento de saberes e práticas ancestrais, respeito as dietas e hábitos alimentares, singulares entre os indígenas, equipes mais qualificadas para atuação

intercultural, podendo citar ainda a possibilidade de desconstrução de preconceitos e estereótipos identificados entre os trabalhadores e aumento do respeito e interesse das equipes pela causa indígena.

Esta experiência enfrenta diretamente a iniquidade, a invisibilidade e a desconsideração das especificidades dos povos indígenas, nos serviços especializados e busca minimizar a lacuna entre o saber biomédico e a medicina indígena.

O DSEI-KMT tem promovido o diálogo intercultural com os estabelecimentos, tão necessário, melhorando os padrões de cuidados, numa experiência que reconhece a singularidade dos povos indígenas, proporciona protagonismo e busca garantir o acesso dos indígenas aos serviços especializados dentro e fora dos seus territórios.

7. RESULTADOS ESPERADOS PDSI 2024 - 2027

Com plano Distrital de Saúde Indígena homologado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), espera-se o desenvolvimento de todas estratégias de atuação do DSEI no quadriênio 2024-2027, utilizando este instrumento sobejamente para realização das ações de planejamento, coordenação, supervisão, monitoramento e avaliação, sempre com observância na integração das práticas de saúde e a medicina tradicional, sem esquecer do trabalho de ampliação sobretudo, com as instâncias assistenciais do Sistema Único de Saúde nos municípios e estado que compõe a retaguarda da atenção à saúde, praticada pelos profissionais do DSEI.

Em relação às estratégias de atuação do DSEI para o próximo quadriênio, conforme a recomendação da SESAI, estará organizado em Atenção à Saúde, Infraestrutura e Saneamento, Planejamento e Gestão de Bens e Serviços, Monitoramento e Orçamento, Controle Social e Articulação Interfederativa.

7.1. Estratégia 1. Atenção à Saúde: Qualificação das ações e equipes de saúde indígena que atuam no DSEI/SESAI.

Quadro 12 - Atenção à Saúde: Qualificar as ações e equipes de atenção e vigilância em saúde indígena.

RESULTADOS	2024		2025		2026		2027	
	Brasil	DSEI-KMT	Brasil	DSEI-KMT	Brasil	DSEI-KMT	Brasil	DSEI-KMT
E1.R1. Reduzir em 30,0%, até 2027, a Taxa de mortalidade infantil indígena por causas evitáveis (PPA)	17,58%	9,4%	16,15%	8,64%	14,25%	7,88%	13,30%	7,11%
E1.R2. Alcançar, em 2027, 90% de recém-nascidos indígenas com pelo menos 1 (uma) consulta até o 28º dia de vida.	75%	75%	80%	80%	85%	85%	90%	90%
E1.R3. Alcançar, em 2027, 60% das crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento (PPA).	45%	20%	50%	25%	55%	30%	60%	35%
E1.R4. Alcançar, em 2027, 80% das crianças indígenas menores de 1 ano com no mínimo 6 acompanhamentos alimentar e nutricional (PPA)	67%	73,13%	70%	76,78%	75%	80,62%	80%	84,65%
E1.R5. Alcançar, até 2027, 88% das crianças menores de 6 meses em aleitamento materno exclusivo.	82%	89,42%	84%	90%	86%	91%	88%	92%
E1.R6. Alcançar, até 2027, 35% de mulheres indígenas, com idade entre 25 e 64 anos, com 1 (uma) coleta de exame citopatológico no ano	20%	15%	25%	20%	30%	25%	35%	30%
E1.R7. Alcançar, em 2027, 65% das gestantes indígenas com acesso a 6 ou mais consultas de pré-natal (PPA)	50%	53,33%	55%	56%	60%	61,6%	65%	67,76%
E1.R8. Reduzir, para 12%, até 2027, a proporção de gestações finalizadas entre 22 e 36 semanas de gestação	18%	22,4%	16%	20%	14%	18%	12%	16%
E1.R9. Alcançar, em 2027, 35% das gestantes indígenas com no mínimo 1 consulta odontológica durante o pré-natal.	8%	30%	12%	40%	20%	50%	35%	55%
E1.R10. Alcançar, em 2027, 60% da população indígena com primeira consulta odontológica programática.	45%	30%	50%	40%	55%	50%	60%	55%
E1.R11. Alcançar, até 2027, 60% de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica programática	52%	55,1%	55%	60,6%	58%	62,5%	60%	65,6%
E1.R12. Alcançar, em 2027, 40% da população indígenas portadora de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com no mínimo 2 consultas ao ano.	10%	10	20%	20%	30%	30%	40%	40%
E1.R13. Reduzir, até 2027, em 5% o número de óbitos por	2%	2%	3%	3%	4%	4%	5%	5%

RESULTADOS	2024		2025		2026		2027	
	Brasil	DSEI-KMT	Brasil	DSEI-KMT	Brasil	DSEI-KMT	Brasil	DSEI-KMT
suicídio nos 34 DSEI.								
E1.R14.Alcançar, até 2027, 100% dos DSEI com no mínimo uma Rede Intersectorial de Atenção Psicossocial implementada.	50%	50%	70%	70%	90%	90%	100%	100%
E1.R15.Alcançar, em 2027, 84% das crianças menores de 1 ano com esquema vacinal completo.	78%	98,85%	80%	99,09%	82%	93,34%	84%	99,59%
E1.R16.Alcançar, em 2027, 90% de óbitos infantis indígenas investigados (PPA).	82%	76,36%	85%	81,71%	87%	87,43%	90%	91,8%
E1.R17.Alcançar, em 2027, 95% de óbitos maternos indígenas investigados	90%	100%	92%	100%	93,50%	100%	95%	100%
E1.R19 Reduzir, até 2027, em 40% o número de casos autóctones de malária nos DSEI endêmicos.	10%	s/inf	20%	s/inf	30%	s/inf	40%	s/inf
E1.R18.Reduzir, até 2027, em 8% a incidência de tuberculose por todas as formas nos 34 DSEI	2%	2%	4%	4%	6%	6%	8%	8%
E1.R20.Alcançar, até 2027, pelo menos 70% de casos novos de hanseníase com incapacidade física grau zero no diagnóstico.	50%	50%	55%	55%	60%	60%	70%	70%
E1.R21.Alcançar, até 2027, em 55% a participação de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural (PPA).	25%	25%	35%	35%	45%	45%	55%	55%
E1.R22.Qualificar, até 2027, 70% dos trabalhadores do DSEI para o aprimoramento do trabalho em saúde.	55%	55%	60%	60%	65%	65%	70%	70%

Fonte: PDSI 2024-2027

7.2. Estratégia 2. Infraestrutura e Saneamento: Melhorias das infraestruturas de saúde e dos serviços de saneamento nas áreas indígenas.

Quadro 13 - Resumo dos resultados e metas nacionais referentes à Estratégia 2 - Infraestrutura E Saneamento.

RESULTADOS	2024		2025		2026		2027	
	Brasil	DSEI-KMT	Brasil	DSEI-KMT	Brasil	DSEI-KMT	Brasil	DSEI-KMT
E2.R1. Aumentar, até 2027, 217 aldeias com novas infraestruturas de abastecimento de água.	51	27	89	29	153	30	217	32
E2.R2. Aumentar, até 2027, 69 aldeias com reforma de infraestrutura de abastecimento de água existentes.	17	02	29	03	49	02	69	02
E2.R3. Ampliar, até 2027, para 35% o percentual de aldeias com infraestrutura de abastecimento de água com coleta e análise da qualidade da água para consumo humano no ano.	25%	34%	28%	37%	32%	38%	35%	41%
E2.R4. Ampliar, até 2027, para 95% o percentual de amostras de água coletadas em infraestruturas de abastecimento no ponto de consumo com ausência de Escherichia Coli (E. Coli).	92%	92%	93%	93%	94%	94%	95%	95%
E2.R5. Aumentar, até 2027, em 80 aldeias com novos estabelecimentos de saúde.	15	02	26	02	52	03	80	02
E2.R6. Aumentar, até 2027, em 50 aldeias com reformas e/ou ampliação dos estabelecimentos existentes.	09	02	22	02	38	02	50	01
E2.R7. Alcançar, até 2027, 15% de cobertura de aldeias com ações voltadas à temática de resíduos sólidos domésticos.	10%	6,4%	8%	20%	13%	9%	15%	10%
E2.R8 Reduzir, até 2027, em 5% o percentual de aldeias que praticam a queima como destinação final de resíduos sólidos.	1%	1%	2%	2%	4%	4%	5%	5%
E2.R9 Aumentar, até 2027, em 8% o percentual de aldeias com realização de ações voltadas ao esgotamento sanitário.	2%	2,5%	4%	2,5%	6%	4%	8%	4%

Fonte: PDSI 2024-2027.

7.3. Estratégia 3: Planejamento e gestão de bens e serviços: Adequados à execução das ações de saúde indígena pelos DSEI.

Quadro 14 - Resumo dos resultados e metas nacionais referentes à Estratégia 3 – Planejamento e gestão de bens e serviços

RESULTADOS	2024		2025		2026		2027	
	Brasil	DSEI-KMT	Brasil	DSEI-KMT	Brasil	DSEI-KMT	Brasil	DSEI-KMT
E3.R1. Reduzir, até 2027, 80% das despesas oriundas de contratos emergenciais.	10%	80%	30%	80%	60%	90%	80%	100%
E3.R2. Estruturar, até 2027, 80% do serviço de transporte nos DSEI.	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	80%
E2.R3. Estruturar, até 2027, 80% da gestão farmacêutica nos DSEI.	20%	33,33%	40%	33,33%	60%	66,66%	80%	100%

Fonte: PDSI 2024-2027.

7.4. Estratégia 4: Qualificação do gasto público Monitoramento da execução orçamentária e financeira dos recursos empenhados nos Contratos continuados e nas Atas de Registros de Preços.

Quadro 15 - 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

RESULTADOS	2024		2025		2026		2027	
	Brasil	DSEI-KMT	Brasil	DSEI-KMT	Brasil	DSEI-KMT	Brasil	DSEI-KMT
E4.R1. Ampliar, até 2027, a execução orçamentária em 98% nos DSEI.	91%	88%	93%	91%	95%	95%	98%	98%

Fonte: PDSI 2024-2027.

7.5. Estratégia 5: Modelo de Gestão: Aprimoramento do modelo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS .

Quadro 16 - Estratégia 5: Ampliação da articulação Interfederativa e Intersectorial com vistas à integralidade das ações de Atenção à Saúde Indígena

RESULTADOS	2024		2025		2026		2027	
	Brasil	DSEI-KMT	Brasil	DSEI-KMT	Brasil	DSEI-KMT	Brasil	DSEI-KMT
E5.R1. Atingir, até 2027, 60% da atualização do cadastro dos estabelecimentos de saúde junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES das unidades de saúde dos DSEI.	30%	30%	40%	45%	50%	55%	60%	65%

Fonte: PDSI 2024-2027.

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

Quadro 17 - Estratégia 6: Fortalecimento das instâncias de controle social do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

Resultado DSEI/SESAI	2024	2025	2026	2027
E3.R1 Ampliar, até 2027, em 46% os conselheiros locais capacitados por DSEI	35%	38%	43%	46%
E3.R2 Ampliar, até 2027, 58% os conselheiros distritais capacitados	48%	50%	55%	58%
E3.R3 Ampliar, até 2027, em 70% as reuniões de Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI) realizadas	60%	65%	67%	70%
E3.R4 Ampliar, até 2027, em 80% as reuniões de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) realizadas	70%	73%	76%	80%

Fonte: PDSI 2024-2027.

8. REFERÊNCIAS

- ABRITTA MLR, investigados SR, Freitas DA. Saúde das mulheres indígenas na América Latina: Revisão Integrativa. *Rev Bras Saúde Funcional*. 2021; 9(1): 164-177.
- ALVES, Mario Ribeiro. Morbidade e Mortalidade por Pneumonia Em Crianças Indígenas Em Mato Grosso, Amazônia Brasileira, 2007-2021: Pneumonia Em Crianças Indígenas Em Mato Grosso. *Inova Saúde*, v. 15, n. 2, p. 71-87, 2023.
- ARNT, R. et al. Panará: a volta dos índios gigantes. São Paulo, SP: Instituto Socioambiental, 1998. Disponível em: < [Panará - Povos Indígenas no Brasil \(socioambiental.org\)](http://Panará - Povos Indígenas no Brasil (socioambiental.org)) . Acesso em 21 dez. 2023.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo, Nascimento, Maria Angela Alves do ; Pereira, Maria José Bistafa. Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 68, n. 2, p. 333–338, 2015. Disponível em: SciELO - Brasil - Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da Enfermagem Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da Enfermagem.
- BEVENUTO, Valdení Venceslau; CORRÊA, Marcus Metri; DE ANDRADE, Luciano Pires. Práticas indígenas e agroecológicas de potencial sistêmico decolonial: uma revisão de literatura. *Observatório De La Economía Latinoamericana*, v. 21, n. 2, p. 777-797, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.021, de 4 de novembro de 2020. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, seção 1, p. 1, 5 nov. 2020.*
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília: Funasa, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf Acesso em: 10/12/2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CARLOS JR., E. A. C. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. 4, p. 855–859, abr. 2014.
- CUNHA, Maria Luiza Silva et al. Planejamento e gestão do processo de trabalho em saúde: avanços e limites no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS. *Saúde e Sociedade [online]*. v. 32, n. 3. 2023 [Acessado 14 Novembro 2023], e220127pt. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220127pt>>. ISSN 1984- 0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220127pt>.
- DE LIMA, Daniela Batista. A história do contato e o desterro tapayuna: um massacre anunciado.
- DE OLIVEIRA, F. A. G.; DIAS , M. C. Ecocídio e o caso do povo Yudjá/Juruna no Alto do Xingu: Por uma justiça socioambiental, à luz da perspectiva dos funcionamentos. **Ambiente & Educação: Revista de Educação Ambiental**, [S. l.], v. 26, n. 1, p. 86–108, 2021. DOI: 10.14295/ambeduc.v26i1.13177. Disponível em:

<https://periodicos.furg.br/ambeduc/article/view/13177>. Acesso em: 27 dez. 2023.

FERREIRA FREITAS, S. KAYAPÓ KUKRÃDJÀ: MANIFESTAÇÕES CULTURAIS DOS POVOS INDÍGENAS. **Revista Gênero e Interdisciplinaridade**, [S. l.], v. 04, pág. 544–556, 2023. DOI: 10.51249/gei.v4i04.1545. Disponível em: <https://periodicojs.com.br/index.php/gei/article/view/1545>. Acesso em: 20 dez. 2023.

GUIMARÃES, Manoel Pereira et al. Programa Mais Médicos e as comunidades indígenas do Norte da Bahia: relato de experiência. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 46, n. 1, p. 235-246, 2022.

GUIMARÃES, Z. A.; COSTA, M. C.N.; PAIM, J. S. SILVA, L. M. V. Declínio e desigualdades sociais na mortalidade infantil por diarreia. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Uberaba*, v. 34, n. 5, p. 473-478, set-out, 2001. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/dCbDy9s69QdySmDhMfY7q3c/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 out. 2023.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. Povo: Mebêngôkre (Kayapó). Disponível em: [https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Mebêngôkre_\(Kayapó\)#Fontes_de_inform_a.C3.A7.C3.A3o](https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Mebêngôkre_(Kayapó)#Fontes_de_inform_a.C3.A7.C3.A3o). Acesso em: 20 dez. 2023.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. Kaiabi. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Kaiabi>. Acesso em: 20 dez. 2023

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. - Povos Indígenas no Brasil. Panará. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Panará>. Acesso em: 21 dez. 2023.

PIB - Povos Indígenas no Brasil. Tapayuna. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Tapayuna>. Acesso em: 21 dez. 2023.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. (n.d.). Povo Terena., from <https://pib.socioambiental.org/en/Povo:Terena> . Acesso em: 31/10/2023.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. (n.d.). Povo Trumai. 31/10/2023, from Acesso em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Trumai>.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. (n.d.). Povo Guarani. 31/10/2023, from Acesso em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Guarani>.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. (n.d.). Povo Kisêdjê. Acesso: 31/10/2023, from <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Kis%C3%AAadj%C3%AA>.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 7, p. 3051–3060, jul. 2011.

LIMA, D. B. de; BECHELANY, F. C. O descaso induzido: o desterro dos Tapayuna e dos Panará. **Mediações - Revista de Ciências Sociais**, Londrina, v. 22, n. 2, p. 179– 203, 2017. DOI: 10.5433/2176-6665.2017v22n2p179.

LIMA, Daniela Batista de. Transformações, xamanismo e guerra entre os

Kajkwakratxi (Tapayuna). 2020.

MAIA, L.T.; SOUZA W.V.; MENDES A.D. Determinantes individuais e contextuais associados à mortalidade infantil nas capitais brasileiras: uma abordagem multinível. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020.

MALAGUIAS, Bruna Carolayne Reis et al. Caracterização Epidemiológica Da Gravidez, Parto E Natalidade Na Adolescência No Brasil No Período De 1994 A 2019. *Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente*, v. 9, n. 2, p. 109-121, 2023.

MONDINI, Juliana Nazatto. Yudja Utaha: a culinária juruna no Parque Indígena Xingu- uma contribuição ao dicionário bilíngue juruna-português. 2014.

MOTTA CT, Moreira MR. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. *Ciênc Saúde Colet*. 2021;26(10):4397-

409. DOI: 10.1590 /1413-812320212610.10752021.

NASCIMENTO, ARNM., FONSECA, SAC., MARTINS, FM., CAIRES, NCM.,

MOYSÉS, RPC. Mortalidade Materna de Indígenas no Brasil: uma reflexão a partir de dados secundários. DOI10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v11n4p107-119 *Revista Amazônia Science & Health* 2023, Vol. 11, Nº 4. Disponível em: <http://www.ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/4394/2133>. Acesso :01 out.2023.

NOGUEIRA, Daiany Maria Castro. Conhecimento, atitude e prática de uma população indígena sobre imunização infantil. Redenção-CE, 2023. Dissertação - Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade da Integração internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2023.

OLIVEIRA, F. J. P.; NASCIMENTO, L. F. C. Análise espacial da distribuição de doenças diarreicas nos municípios do Vale do Paraíba Paulista. *Ambi-Água*, Taubaté, v. 4, n. 2, p. 115-123, 2009. (doi:10.4136/ambiagua.91). Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/928/92811747011.pdf>. Acesso em: 18 out. 2023.

OLIVEIRA, F. C. B. Quando resistir é habitar: lutas pela afirmação territorial dos Kaiabi no Baixo Teles Pires. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Ciências Sociais, Universidade Federal de Brasília. Brasília, 2010. v. 4, n. 2, p. 115-123, 2009. (doi:10.4136/ambiagua.91). Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/928/92811747011.pdf>. Acesso em: 18 out. 2023.

PAULETTI, Marzelí et al. Perfil epidemiológico dos pacientes internados em um Centro de Terapia Intensiva. *Aletheia*, Canoas, v. 50, n. 1-2, p. 38-46, dez. 2017. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942017000100004&lng=pt&nrm=iso. acessos em 14 nov. 2023.

POVOS INDÍGENAS NO BRASIL. Enciclopédia dos Povos Indígenas no Brasil - Povos, Modos de vida, Terras Indígenas, Direitos, Iniciativas indígenas, Notícias A Piaka, Downloads. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Página_principal. Acesso em: 30 out. 2023.

POVOS INDÍGENAS NO BRASIL. Enciclopédia dos Povos Indígenas no Brasil - Povos, Modos de vida, Terras Indígenas, Direitos, Iniciativas indígenas, Notícias,

Downloads. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Página_principal. Acesso em: 30 out. 2023.

POVOS INDÍGENAS NO BRASIL. Yudjá/Juruna. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Yudj%c3%a1/Juruna>. Acesso em: 26 dez. 2023.

RAMOS, A. Munduruku. Povos Indígenas do Brasil, Instituto Socioambiental. 2021. Disponível em: < <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Munduruku> > Acesso em: 26 dez. 2023

RODRIGUES, Rosiane Pinheiro et al. Análise das ações e serviços voltados à saúde indígena nos planos regionais de redes de atenção à saúde do Pará. Saúde em Redes, v. 6, n. 3, p. 13-23, 2020.

ROBERT, Pascale de, LÓPEZ GARCÉS, Claudia; LAQUES, Anne-Elisabeth. A beleza das roças: agrobiodiversidade Mebêngôkre-Kayapó em tempos de globalização. Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas, v. 7, n. 2, p. 339–369, 2012. Disponível em: Robert P de, López Garcés C, Laques A-E, Coelho-Ferreira M. A beleza das roças: agrobiodiversidade Mebêngôkre-Kayapó em tempos de globalização. Bol Mus Para Emílio Goeldi Ciênc hum [Internet]. 2012May;7(2):339–69. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1981-81222012000200004>. Acesso em: 20 dez 2023.

SANTOS, R. V, et. al. Água, Saúde e Doença: Uma revisão sistemática sobre doenças de veiculação hídrica em comunidades indígenas brasileiras. Revista Científica do Centro Universitário do Rio São Francisco, v. 14 n. 25 (2020): Revista Científica do UniRios 2020. 2|227. Disponível em: https://www.unirios.edu.br/revistarios/media/revistas/2020/25/agua_sau_de_e_doenca.pdf. Acesso em: 01 set. 2023.

SANTOS, C. C. A. A. Identificação da microbiota e caracterização físico-química da bebida fermentada caxiri produzida pelo povo Juruna (Yudjá), Mato Grosso, Brasil.

SENRA, K.V. Kaiabi. Povos Indígenas do Brasil, Instituto Socioambiental. 1999. Disponível em: < <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Kaiabi> > Acesso em: 20 dez. 2023.

SILVA, C. A. F. Modernização distópica do território brasileiro. Rio de Janeiro: Consequência, 2019.

SOUZA, Karoline de Fatima dos Santos Santoro de et al. O processo de demarcação da Terra Indígena Kayabi: seus povos, opressões e resistências. 2021. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/25780>. Acesso em: 20 dez. 2023.

SOUZA, Karoline de Fatima dos Santos Santoro de et al. O processo de demarcação da Terra Indígena Kayabi: seus povos, opressões e resistências. 2021.

SOUZA, Karoline de Fatima dos Santos Santoro de et al. O processo de demarcação da Terra Indígena Kayabi: seus povos, opressões e resistências. 2021.

SCALCO, N.; NUNES, J. A.; LOUVISON, M. Controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: uma estrutura silenciada. Saúde e Sociedade, v. 29, n.

3, p. e200400, 2020.

SCHWALM, F. D. et al. Medicina Rural. Belo Horizonte: Nescon, 2021.

TEMPESTA, G. A. Apiaká. Povos Indígenas do Brasil, Instituto Socioambiental. 1999. Disponível em: < <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Apiak%C3%A1>> Acesso em: 20 dez. 2023.

TEIXEIRA, JJ de MB, Santos DR dos, Rocha MSFM, Silva SCR da. Aspectos étnicos da mortalidade infantil: uma contribuição para a vigilância de óbitos na população indígena e não indígena no Pará. PRMJ [Internet]. 2022; 3(2):1-8.

TURNER, T. Da cosmologia à história: resistência, adaptação e consciência social entre os Kayapó. In: VIVEIROS DE CASTRO, E.; CUNHA, M. C. (Orgs.). **Amazônia: etnologia e história indígena** São Paulo: NHII-USP/FAPESP, 1993. p. 43-66.

TURNER, Terence, Os Mebengokre Kayapó: história, consciência social e mudança social das comunidades autônomas do sistema inter-étnica. Manuscrito não publicado. Departamento de Antropologia. Universidade de Chicago, 1991. 337pp.

VAITSMAN, Jeni; PAES-SOUSA, Rômulo. Avaliação de programas e transparência da gestão pública. Reflexões para Ibero-América, p. 11, 2009.

VEGA, A. et al. Garimpo em Terra Indígena: o caso Munduruku, no Vale do Tapajós. 2021.

WENZEL, Eugênio. 1986. "Em torno da panela Apiaká". FFLCH/USP. Dissertação de mestrado.