



PLANO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA

2024 - 2027

**Distrito Sanitário Especial Indígena
Maranhão**

SÃO LUÍS – MA, 2024



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





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

Nísia Trindade
Ministra da Saúde

Ricardo Weibe Tapeba
Secretário de Saúde Indígena

Lúcio Diênio Silva Santos Guajajara
Coordenador Distrital de Saúde Indígena DSEI

Léa Márcia Melo da Costa
Chefe da Divisão de Atenção à Saúde Indígena

Raimundo José da Cruz Cunha
Chefe da Casa de Apoio à Saúde Indígena São Luís

Guilherme Santana Ferreira de Sousa
Chefe da Casa de Apoio à Saúde Indígena Imperatriz - Substituto

Ilsimar Costa
Chefe da Casa de Apoio à Saúde Indígena Teresina

Jezildes Melo de Sousa
Chefe do Serviço de Contratação de Recursos Logísticos

Ivaldo Andrade Passos
Chefe de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena - Substituto

Alderí Araújo Silva
Chefe de Serviço de Orçamento e Finanças

Dirceu Espíndula de Andrade
Chefe Seção de Apoio Administrativo e Patrimonial

Pedro Ribeiro Carvalho
Presidente do CONDISI do DSEI MARANHÃO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





Aprovado: Plano Distrital de Saúde Indígena DSEI MARANHÃO

Resolução Nº 002, de 26 de Janeiro de 2024.

Homologação: 26, de Janeiro de 2024.

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 MARANHÃO, 2024-2027.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização geral do DSEI.....	2
Quadro 2 - Características específicas da região do DSEI	26
Quadro 3 - Demonstrativo da população por Polo Base, 2023.	27
Quadro 4 - Demonstrativo geral de recursos humano existente no DSEI-MA	42
Quadro 5 - Previsão de implantação de infraestrutura de abastecimento de água por aldeia 2024 a 2027	55
Quadro 6 - Percentual de crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento.....	63
Quadro 7 - Percentual das crianças menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional realizado.	66
Quadro 8 - Percentual das crianças menores de 5 anos com esquema vacinal completo de acordo com o calendário indígena de vacinação (PNS).....	69
Quadro 9 - Percentual dos óbitos maternos investigados.....	71
Quadro 10 – Percentual de óbitos em crianças indígenas menores de um ano investigados	73
Quadro 11 - Reduzir o número de casos novos autóctones de malária nos DSEI endêmicos.....	75
Quadro 12 - Reduzir a incidência de tuberculose no DSEI	77
Quadro 13 - Percentual da participação de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural	79
Quadro 14 - Percentual dos trabalhadores da atenção para o aprimoramento do trabalho em saúde	81
Quadro 15 - Percentual da população indígena com primeira consulta odontológica e Percentual de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica	83
Quadro 16 - Percentual das gestantes indígenas com, no mínimo, 6 consultas de pré-natal.....	86
Quadro 17 - Saneamento Ambiental: resultados esperados do PDSI 2020-2023 do DSEI Maranhão	88
Quadro 18.- Estratégia 1. Atenção à Saúde: Qualificar as ações e equipes de atenção e vigilância em saúde indígena.	90
Quadro 19 - Resumo dos resultados e metas PDSI 2024-2027 referentes à Estratégia 2 - Melhorias das infraestruturas de saúde e dos serviços de saneamento nas áreas indígenas	93
Quadro 20 - Resumo dos resultados e metas PDSI 2024-2027 referentes à Estratégia 3 - Planejamento de bens e serviços adequados à execução das ações de saúde indígena pelos DSEI	94
Quadro 21 - Resumo dos resultados e metas PDSI 2024-2027 referentes à 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 ...	95

Quadro 22 - Resumo dos resultados e metas PDSI 2024-2027 referentes à Estratégia 5 - Ampliação da articulação Inter federativa e Intersetorial com vistas à integralidade das ações de Atenção à Saúde Indígena ..	95
Quadro 23 - Resumo dos resultados e metas PDSI 2024-2027 referentes à Estratégia 6 - Fortalecimento das instâncias de controle social do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.....	96

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Perfil sócio demográfico, étnico-cultural e linguística dos povos indígenas por Polo base.....	28
Tabela 2 -	Quantitativo de estudantes indígenas por etapa modalidade da educação básica, conforme oferta da rede estadual.....	29
Tabela 3 -	Função social dos indígenas da abrangência do DSEI	30
Tabela 4 -	Perfil do recebimento de benefício sociais dos indígenas de abrangência do DSEI	30
Tabela 5 -	Característica dos domicílios no DSEI por Polo base	31
Tabela 6 -	Taxa de natalidade do DSEI por ano, 2020 a 2022.....	31
Tabela 7 -	Taxa de incidência/prevalência das principais morbidades que acometem os povos indígenas do DSEI-MA, de 2020 a 2022.	32
Tabela 8 -	Causas de mortalidade geral de indígenas no DSEI-MA e Taxa de mortalidade geral por ano, 2020 a 2022.....	33
Tabela 9 -	Causas de mortalidade de crianças indígena < 1 ano no DSEI-MA e taxa de mortalidade infantil por ano, 2020 a 2022.....	34
Tabela 10 -	Causas de mortalidade materna no DSEI-MA e Razão de mortalidade materna por ano, de 2020 a 2022.	35
Tabela 11 -	Principais Especialidades que geram referência para média e alta complexidade. 2020 a 2022.....	37
Tabela 12 -	Principais Especialidades/Morbidades que geram referência para a CASAI, de 2020 a 2022.....	37
Tabela 13 -	Principais Especialidades/Morbidades que geram referência para a CASAI Imperatriz, de 2020 a 2022.	38
Tabela 14 -	Principais Especialidades/Morbidades que geram referência para a CASAI São Luís, de 2020 a 2022.....	38
Tabela 15 -	Quantitativo de usuários com doenças crônicas não transmissíveis e que necessitam de intervenção/cuidados específicos em 2022.....	39
Tabela 16 -	Quantidade atual de estabelecimentos de saúde indígena por descrição do subtipo, número de reformas/ampliações e novos estabelecimentos.....	40
Tabela 17 -	Detalhamento das implantações/reformas de Unidades de Saúde planejadas	41
Tabela 18 -	Capacidade de EMSI instalada atualmente.....	45
Tabela 19 -	Demonstrativo do DSEI- MA para os Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato (PIIRC).....	47
Tabela 20 -	Caracterização das aldeias sobre infraestrutura de saneamento	52
Tabela 21 -	Tecnologias de tratamento de água mais utilizadas	54
Tabela 22 -	Caracterização resumida do acesso às aldeias por tipo de transporte no DSEI	57

Tabela 23 -Número de veículos e equipamentos de transporte por tipo	57
Tabela 24 - Total de Conselheiros Locais, Distritais e Assessor Indígena no DSEI	59
Tabela 25 - Previsão de capacitação anual de conselheiros locais e distritais de saúde indígena do DSEI.....	60
Tabela 26 - Previsão de reunião de conselhos locais e distritais de saúde indígena do DSEI	60

LISTA DE FOTOS

Foto 1 - Casa guajajara na aldeia Cana Brava (TI Cana Brava), 2000.	4
Foto 2 - Vista aérea da aldeia Escalvado, 1970.	8

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.
CGCSI	Coordenação Geral de Gestão dos Contratos de Bens, Serviços e Insumos de Saúde Indígena
CLSI	Conferências Locais de Saúde Indígena.
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNSI	Conferência Nacional de Saúde Indígena
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONDISI	Conselhos Distritais de Saúde Indígena.
DDA	Doenças diarreicas agudas
DIASI	Divisão de Atenção à Saúde Indígena
DRSAI	Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado
DSEI	Distrito Sanitário Especiais Indígenas.
EaD	Educação a Distância
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena.
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
Funrural	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
IMR	Instrumento de Medição de Resultado
MDDA	Monitoramento de Doenças Diarreicas Agudas
MM	Mortalidade Materna
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde.
MVPI	Mês da Vacinação dos Povos Indígenas
ODS	Objetivos De Desenvolvimento Sustentável
PDSI	Plano Distrital de Saúde Indígena.
PIRC	Povos Indígenas de Recentemente Contato
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNS	Plano Nacional de Saúde.
PPA	Plano Plurianual de Saúde.
RMM	Razão De Mortalidade Materna
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
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena.
SG	Síndromes Gripais
SIASI	Sistema de Informação à Atenção indígena
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Terras Indígenas
UBSI	Unidade Básica de Saúde Indígena.
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	1
2. METODOLOGIA E PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PDSI 2024-2027	2
3. CARACTERIZAÇÃO GERAL DO DSEI: Mapa da Saúde.....	2
3.1. História da população Indígena.....	3
3.1.1. Guajajaras.....	3
3.1.2. Canelas.....	7
3.1.3. Ka'apor.....	13
3.1.4. KRIKATI.....	17
3.1.5. GAVIÕES.....	19
3.1.6. Guajás.....	20
3.2. Mapa.....	25
4. DETERMINANTES E FATORES DE RISCOS AMBIENTAIS.....	25
4.1. Dados demográficos.....	27
4.2. DETERMINANTES SOCIAIS.....	29
4.3. CARACTERIZAÇÃO DA INFRAESTRUTURA DOMICILIAR POR POLO BASE.....	30
4.4. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.....	31
4. ESTRUTURAÇÃO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA – Atual e previsão.....	40
4.1. Infraestrutura de saúde:.....	40
4.2. Gestão do Trabalho e educação na saúde.....	41
4.2.1. Força de Trabalho.....	42
4.2.2. Qualificação profissional.....	49
4.3. Infraestrutura de saneamento.....	52
4.4. Meio de transporte:.....	57
4.5. Controle Social.....	59
4.6. Recursos financeiros (SEOFI).....	62
5. AVALIAÇÃO DO PDSI 2020-2023.....	63
5.1. Análise Crítica dos Resultados.....	64
5.2. Fragilidades Que Podem Impactar O Alcance Das Metas:.....	64
5.3. Oportunidades:.....	64
5.4. Ações Sugeridas:.....	65
5.5. Análise Crítica Dos Resultados.....	67
5.6. Análise Crítica dos Resultados.....	72
5.7. Análise Crítica dos Resultados.....	74
5.8. Sugestões para ampliar as ações de investigação incluem:.....	74
5.9. Análise Crítica dos Resultados.....	76
5.10. Análise Crítica dos Resultados.....	78

6. SUGESTÕES DE ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR A META INCLUEM	78
6.1. Análise Crítica dos Resultados	80
6.2. Análise Crítica dos Resultados	82
6.3. Análise Crítica dos Resultados	84
6.4. Análise Crítica dos Resultados	87
7. RESULTADOS ESPERADOS	90
7.1. Infraestrutura e Saneamento.....	93
7.2. Planejamento e Gestão de Bens e Serviços	94
7.3. Monitoramento Orçamentário.....	95
7.4. Articulação Interfederativa.....	95
7.5. Controle Social	96

1. APRESENTAÇÃO

A Secretária 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 Secretaria de Saúde Indígena para os anos de 2024 a 2027 e em consonância com a Conferência Nacional de Saúde Indígena.

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

A avaliação, por sua vez, é uma análise mais abrangente e sistemática do plano, que busca avaliar o seu desempenho, resultados e 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 Equipe Técnica do DSEI MARANHÃO realizou uma reunião em outubro de 2023 para definir os responsáveis pela elaboração dos textos de cada área técnica, informes das metas e demais itens solicitados, para o registro do documento PDSI no formato final. Em novembro de 2023, a equipe se reuniu novamente para fazer os ajustes no texto final do referido documento.

Paralelamente, foram realizadas reuniões dos Conselhos Locais de Saúde Indígena para o processo de escuta das demandas das comunidades e participação social, conforme previsto na gestão democrática de elaboração e acompanhamento das políticas públicas, totalizando 19 reuniões, uma para cada conselho.

Considerando que a eleição dos novos conselheiros do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Maranhão (CONDISI-MA) ocorreu no final de novembro de 2023, com a eleição de uma nova diretoria, apresentamos os resultados alcançados no PDSI para 2024-2027 e as metas estabelecidas para o próximo quadriênio.

Em reunião realizada nos dias 20, 21 e 22 de dezembro fizemos uma leitura coletiva da segunda versão do PDSI com a presença do presidente do CONDISI e representantes das áreas envolvidas. Solicitamos dilatação do prazo de entrega da segunda versão e confirmamos a data de homologação da versão final foi feita na reunião agendada em janeiro de 2024.

3. CARACTERIZAÇÃO GERAL DO DSEI: Mapa da Saúde

Quadro 1 - Caracterização geral do DSEI

Caracterização	Descrição
Extensão Territorial	19.083,89 km ² 1.908.389 há.
Município sede do DSEI	São Luís/MA
Endereço	Rua 05 de Janeiro, 166 – Bairro: Jordoá CEP:65040-450
E-mail	dsei-ma@saude.gov.br
Municípios com população indígena em sua jurisdição	Amarante do Maranhão, Montes Altos, Sítio Novo, Lajeado Novo, Bom Jesus das Selvas, Arame, Buriticupu, Santa Luzia, Barra do Corda, Fernando Falcão, Jenipapo dos Vieiras, Tuntum, Grajaú, Itaipava do Grajaú, Bom Jardim, São João do Caru, Zé Doca, Araguanã, Maranhãozinho, Santa Luzia do Paruá, Centro do Guilherme, Centro Novo,

Caracterização	Descrição
	Nova Olinda do Maranhão.
Total da População Indígena	43.780
Nome das Etnias existentes	Guajajara, Gavião Krikati, Canela, Krenyê, Ka'apor Awá-Guajá Timbira
Nº de Polos Base	06
Nº de UBSI	38
Nº de CASAI	03
Nº de Casas de Apoio aos indígenas nos municípios	-
Nº de Aldeias	735
Nº de Famílias	-
Meios de transporte utilizados, se possível incluir a proporção	Terrestre e fluvial

Fonte: SIASI, 2023.

3.1. História da população Indígena

3.1.1. Guajajaras

3.1.1.1. Histórico do Contato

Os Guajajaras são uma das maiores etnias indígenas do Brasil, habitando mais de 10 Terras Indígenas no Maranhão. Seu primeiro contato registrado foi em 1615, com uma expedição francesa às margens do rio Pindaré. Desde então, sua história de mais de 380 anos de interação com os brancos foi marcada por momentos de aproximação, submissão, revoltas e tragédias, incluindo a revolta de 1901 contra os missionários capuchinhos, que resultou em uma violenta repressão militar. Conflitos posteriores surgiram com a expansão descontrolada de latifúndios no Maranhão, especialmente em Cana-Brava, e com o Programa Grande Carajás nas décadas seguintes. Apesar do fim dos confrontos armados, ressentimentos interétnicos persistem, especialmente com os Canelas e Guajás.

3.1.1.2. Localização

As Terras Indígenas ocupadas pelos guajajaras estão localizadas no centro do Maranhão, nas regiões dos rios Pindaré, Grajaú, Mearim e Zutuia. Cobertas por densas florestas amazônicas e matas de cerradão, essas áreas servem como transição entre os dois ecossistemas. Historicamente, os guajajaras habitavam principalmente a região do médio rio Pindaré, expandindo-se para as áreas dos rios Grajaú e Mearim no final do século XVIII e início do seguinte, disputando território com grupos timbiras locais.

As Terras Indígenas Araribóia, Bacurizinho e Cana Brava abrigam cerca de 85% da população Guajajara. Em várias terras, eles não são os únicos habitantes indígenas, ao haver grupos dos Guajás em Araribóia e Caru. Entretanto, há duas Terras Indígenas que os Guajajaras são minoria, como em Governador, dos Gavião-Pukobyê, onde representam cerca de 36% dos habitantes, e em Krikati, onde há uma comunidade, cujos moradores não falam mais a língua indígena.

Foto 1 - Casa guajajara na aldeia Cana Brava (TI Cana Brava), 2000.



Foto: Peter Schröder, 2000.

3.1.1.3. Atividades Econômicas

A principal atividade de subsistência é a lavoura, sendo comum o plantio de mandioca, macaxeira, milho, arroz, abóbora, melancia, feijão, fava, inhame, cará, gergelim e amendoim. Na estação da seca, no período de maio a novembro, realizam-se a broca, a derrubada, e queimada, a coivara¹ e a limpeza, enquanto de novembro a fevereiro se faz o plantio e as capinas. A pesca é mais praticada pelas aldeias ribeirinhas. Os indígenas Guajajara costumam pescar cerca de 36 espécies diferentes, sendo o cará, o cascudo, a lampreia, o mandi, o pacu, o piau e a traíra as mais comuns. Nos últimos anos, no entanto, foram construídos, em diversos projetos comunitários, pequenos açudes perto de algumas aldeias que ficam distantes de rios. Para os moradores destas aldeias, os açudes permitem tanto a pesca de subsistência quanto a comercial.

Durante as últimas décadas, a caça tornou-se uma atividade cada vez menos

produtiva devido à concorrência dos brancos e das limitações das áreas. Os indígenas Guajajaras caçam tradicionalmente mais de 56 espécies, sendo as mais comuns o caititu, a cutia e diversas espécies de macacos e tatus. Em uma parte do território indígena Guajajara, a caça voltou a ser mais produtiva durante os anos 1990, após iniciar medidas de controle mais eficientes dos limites das terras pelos próprios indígenas.

As relações econômicas com os brancos baseiam-se tanto em trocas materiais quanto monetárias. Um problema muito grave é a comercialização predatória dos recursos naturais das áreas por concessionárias a madeireiras e caçadores, de modo a obter pequenos lucros a curto prazo.

3.1.1.4. Organização Social e Política

Atualmente, as aldeias não apresentam mais uma forma típica. Elas se mostram compridas (ao longo dos caminhos), por vezes redondas ou até quadrangulares, localizando-se, preferencialmente, à beira de rios ou, na falta de cursos d'água, perto de lagoas na mata. A proximidade de uma estrada pode ser outro fator atraente, para vender artesanato, por exemplo.

As aldeias, antigamente, eram muito menores e de existência temporária. Já, hoje em dia, elas são permanentes, sendo poucas vezes transferidas. Com relação a sua constituição, as aldeias podem ser constituídas por uma única família, mas, em alguns casos, podem ter até 400 ou mais moradores. As casas são construídas no estilo regional camponês e, em geral, são habitadas por famílias nucleares. As aldeias costumam manter sua independência e poucas vezes formam coligações regionais, mas existem diversas relações de parentesco, matrimoniais e rituais entre as comunidades. O sistema de parentesco e as formas de casamento destacam-se pela flexibilidade em estabelecer e aproveitar relações. A unidade mais importante é a família extensa, composta por um número de famílias nucleares unidas entre si por laços de parentesco. Trata-se, em essência, de um grupo de mulheres aparentadas e sob a liderança de um homem. Não há metades, clãs ou linhagens, nem qualquer direito ou obrigação que se transmita por uma linha de descendência específica.

A residência pós-nupcial é com os pais da mulher (uxorilocalidade), pelo menos temporariamente. Muitos chefes de família extensa procuram manter o maior número de mulheres junto de si, até adotando as filhas de homens falecidos que eles costumavam chamar de "irmãos". Eles tentam arranjar casamentos para essas moças para assim conseguir gêneros que devem viver, por ao menos um ou dois anos, junto

aos sogros, prestando vários tipos de serviços. Caso o chefe de família tenha bastante prestígio, este consegue que os genros se fixem definitivamente em sua residência, desse modo, aumentando o número de colaboradores e angariando aliados para formar uma facção na aldeia.

A chefia, sem regras fixas para se estabelecer, sofreu algumas mudanças com a política indigenista. Os principais critérios tradicionais para assumir a liderança (qualidades individuais e uma base de co-partidários por consanguinidade e afinidade) ficaram menos importantes, comparados com as exigências de saber lidar com o mundo dos brancos. Isso diz respeito, em primeiro lugar, à capacidade de se relacionar com os órgãos governamentais, de tirar vantagens disso para a comunidade local, e das qualidades individuais (conhecimentos do português e talento diplomático, entre outras).

Cada aldeia tem seu próprio cacique ou capitão, mas há aldeias com mais de uma liderança devido às rivalidades entre as várias famílias extensas. Alguns caciques tentam estender sua influência às aldeias vizinhas, mas sua autoridade é muito instável, podendo ser contestada a qualquer instante pelos concorrentes da própria aldeia. Nesse jogo pelo poder, o órgão indigenista costuma intervir para promover seus próprios protegidos, os quais podem ser personagens fracos e sem base verdadeira nas aldeias.

3.1.1.5. Arte E Cultura Material

Os Guajajaras abandonaram grande parte de sua cultura material tradicional, ainda produzindo um pouco da cestaria e redes de dormir para uso doméstico e comercialização. Com os incentivos da FUNAI a partir dos anos 1970, os Guajajaras voltaram a produzir arte plumária, adornos, armas e cestaria, lembrando-se de padrões antigos e imitando modelos de outros povos indígenas, finalmente criando um novo estilo próprio que hoje em dia pode ser identificado com facilidade. Desse modo, os Guajajaras também voltaram a usar pintura corporal, por ocasião tanto de festas e rituais como de manifestações políticas.

3.1.1.6. Ritos

Os rituais tradicionais guajajaras têm declinado ao longo do tempo. Antigamente, a Festa do Mel era central, realizada durante a estação seca e envolvendo meses de preparação. Era crucial para as relações entre aldeias, mas hoje em dia é rara, celebrada apenas em algumas delas. A Festa do Milho, conhecida

como "festa do pajé", ocorria anualmente durante a estação das chuvas, buscando garantir boas colheitas e proteger o milho de espíritos errantes. No entanto, sua prática tornou-se irregular, muitas vezes perdendo o aspecto sagrado. Os rituais de iniciação, especialmente os das meninas, continuam a ser importantes e cheios de significado, assim como os rituais para obter permissão de divindades para plantar, caçar e pescar.

3.1.1.7. Xamanismo

O xamanismo está enfrentando um declínio, e em algumas aldeias, a prática foi completamente abandonada. No passado, a maioria dos homens buscava se tornar pajé a qualquer custo, porém, poucos alcançaram sucesso e reconhecimento. A reputação e poder dos pajés dependiam da quantidade de seres sobrenaturais que podiam "chamar", e os mais renomados frequentemente se tornavam líderes influentes. A pajelança era uma atividade predominantemente masculina, com os pajés atuando principalmente na cura e na realização de rituais como a festa de Maíra e a "mesada", um ritual de oferendas para os doentes. No entanto, a pajelança é vista de forma ambígua, pois os poderes dos xamãs podem ser usados tanto para propósitos positivos quanto negativos.

3.1.2. Canelas

3.1.2.1. Histórico do Contato

Os Canelas são divididos em dois grupos principais, os Timbiras Ramkokamekrá e Apanyekrá, que compartilham a mesma língua e cultura, embora existam diferenças notáveis entre eles. Os Ramkokamekrá possuem maior fluência em português, influenciados por mais interações urbanas e atividades comerciais. Os Apanyekrá, mencionados pela primeira vez no final do século XVIII, ocupavam áreas menos vulneráveis a ataques de colonos brasileiros e desde a década de 1940 têm se tornado mais isolados em comparação aos Ramkokamekrá. Apesar das interferências externas de agências como a FUNAI, fazendeiros e missionários, ambos os grupos esforçam-se para manter sua autonomia nas atividades produtivas e preservar sua cultura através de rituais, práticas xamânicas e uma organização social complexa.

3.1.2.2. Localização

A principal aldeia Ramkokramekrá, em Escalvado, localiza-se em torno de 70 km a sul/- sudeste de Barra do Corda, no estado do Maranhão. A Terra Indígena Canela hoje está homologada e registrada. Até recentemente, essas terras de cerrado, florestas-galeria e pequenas chapadas ficavam no município de Barra do Corda, mas agora se localizam no novo município de Fernando Falcão, que se estruturou a partir do crescimento da antiga vila Jenipapo dos Resplandes. O limite sul da Terra Indígena fica, na maioria, delimitado pela serra das Alpercatas. O rio Corda corre fora da TI, afastado 20 km, ao longo do limite noroeste.

Foto 2 - Vista aérea da aldeia Escalvado, 1970.



Foto: Ray Roberts Brown, 1970.

No que diz respeito aos Apanyekrá, a regularização da Terra Indígena Porquinhos aconteceu no começo da década de 1980. A aldeia principal encontra-se a cerca de 80 km a sudoeste do município de Barra do Corda e 45 km a oeste da aldeia Ramkokamekrá, em Escalvado. Ela está a leste do município de Grajaú, separada por 75 km de área de cerrado facilmente transponível.

Enquanto os Ramkokamekrá vivem basicamente em áreas de cerrado com pequenos igarapés; já os Apanyekrá têm essa mesma ecologia a leste e a sul, mas contando com extensas florestas a norte e a oeste, além de possuírem o rio Corda, que, em alguns pontos, têm oito metros de largura. Assim, os Apanyekrá têm a vantagem de dispor de melhor solo para a agricultura e uma maior abundância de peixes, ademais da caça na floresta e no cerrado.

3.1.2.3. Atividades Econômicas

As colheitas tradicionais canela incluíam amendoim, milho, batata-doce, inhame, abóbora, feijão-de-corda, mandioca-brava, macaxeira, algodão, cabaças e outros produtos. Os gêneros mais comuns hoje - a mandioca, arroz e feijão - foram adotados depois do contato com a sociedade nacional, bem como banana, laranja, manga, melancia, abacaxi, mamão, tabaco, cana-de-açúcar e outros itens. Entre os Ramkokamekrá, nas pequenas florestas-galeria de sua terra, as roças ribeirinhas eram abertas com machados de pedra e queimadas. Essas roças tradicionais produziam menos de 25% do alimento, enquanto coleta, pesca e caça supriam o restante. No final dos anos 1830, o reassentamento em áreas que representavam por volta de 5% das terras, as quais ocupavam, obrigou os Ramkokamekrá a praticar mais extensivamente o sistema de roças de coivara, de acordo com o modelo regional.

No final dos anos 1940, a economia de ambos os grupos tornou-se tornou deficiente, dependendo de apoio externo para se manter. Eles passaram a depender significativamente dos alimentos fornecidos pela agência indigenista e praticar o sistema de “meia” com os moradores, trabalhando em suas terras para ficar com metade da produção. No início de 1990, no entanto, entre os Ramkokamekrá, as roças voltaram a produzir alimento suficiente para sua sobrevivência. Eles continuam, entretanto, a ter uma produção insuficiente nos magros meses que vão de setembro a dezembro. As roças começam a produzir em janeiro e o ápice da produção se dá com a colheita de arroz no mês de maio. Já os Apanyekrá não alcançaram esse retorno à autossuficiência, contudo, mantiveram mais plantas nativas que os Ramkokamekrá e cultivavam suas roças de modo menos influenciado por métodos sertanejos.

Felizmente, por enquanto, as matas ribeirinhas existentes na Terra Indígena apresentam-se como possibilidade de sustento para a população Ramkokamekrá em expansão, por meio da prática da agricultura de coivara. Uma fonte adicional de renda são as pensões dos aposentados pelo Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural), que se tornaram uma ajuda econômica significativa a partir da década de 1980. Além disso, há vários aposentados por razões de saúde, estudantes bolsistas, empregados da FUNAI e empregados das conveniadas do setor saúde.

3.1.2.4. Organização Social e Política

Os sistemas de metades e sociedades cerimoniais existentes entre os Canelas

não apresenta caráter **exogâmico**². As classes de idade - de afiliação vitalícia - são formadas e iniciadas por quatro cerimônias. Cada classe de idade consiste em homens nascidos num período em torno de dez anos. As classes de idade formadas consecutivamente sentam-se em lados opostos na praça, leste ou oeste. Assim, classes de idade de homens por volta de seus 10, 30, 50 e 70 anos sentam-se de um lado; enquanto homens em torno de seus 20, 40 e 60 anos, sentam-se do outro lado.

Quase todas as atividades são executadas por essas metades, ou por classes de idade opostas, competindo entre si, por danças e cânticos cerimoniais ou cotidianos, corridas rasas ou toras, bem como a abertura de roças, caçadas para cerimônias, abertura de estradas ou de picadas sobre a linha divisória da Terra Indígena. A cada 20 anos (dez anos entre os Apanyekrá), a classe ocidental - cujos membros estão se aproximando dos 50 anos - tradicionalmente transfere-se para o centro do pátio, na qualidade de mais velhos, os *pro-khãm- mã* (*mikhà* para os Apanyekrá). Por sua vez, a classe oriental - cujos membros acabaram de passar dos 50 anos - junta-se àquela, formando o conselho dos mais idosos. Os homens da metade oriental aconselham, mas não governam.

3.1.2.5. Arte e Cultura Material

As maiores expressões da arte canelam são as formas musicais e as danças acompanhadas de cantos. O ciclo diário dos Canelas inclui três períodos de danças cantadas, que vão das 2h30min às 5h30min da manhã, aproximadamente; das 5h às 6h da tarde e das 7h às 10h da noite. O tempo gasto nas danças e cantos, de mais de um quarto do dia, demonstra a ênfase dada a essa manifestação de arte, embora raramente a mesma pessoa complete a rodada inteira de sete horas. Esse ciclo ocorre unicamente quando os Canelas estão reunidos, vivendo na aldeia principal, e não dispersos pelas aldeias de roça ou exercendo as parcerias com moradores vizinhos.

O canto e dança Apanyekrá no ritmo do mestre do maracá é quase idêntico, em forma e em seu horário diário, à versão Ramkokamekrá. Apenas o estilo musical das canções soa um pouco diferente aos ouvidos. As canções Ramkokamekrá enfatizam a sequência harmônica, enquanto as Apanyekrá realçam a linha melódica.

Os homens vagueiam, exibindo-se e pulando diante de uma longa fileira de mulheres, todos guiados por um homem que canta e dança com um maracá. Hoje em dia, tal dança ocorre somente nos períodos das grandes festas.

As artes visuais são relativamente simples. Entre os Canelas, o urucum é passado no corpo em situações familiares. O carvão, quando fixado pelo látex extraído

do “pau de leite” e aplicado de maneira ordenada no corpo, é uma manifestação familiar, entretanto, quando é aplicado sem cuidado ou sem ordem, isso é um indício de que a pessoa esteve recentemente envolvida em um caso extraconjugal. A tintura azul-escuro do jenipapo é usada unicamente em uma determinada situação cerimonial, jamais no dia a dia. Por ocasião de cerimônias solenes, o grupo Ramkokamekrá se ornamenta com penugem de gavião (agora substituída por penas de pato doméstico), colada no corpo com a resina de almécega e usada com urucum em padrões precisos. No caso dos Apanyekrá, há a aplicação adicional de penas verdes de periquito. Os artefatos materiais Apanyekrá são basicamente os mesmos que os dos Ramkokamekrá, embora os estilos sejam um pouco diferentes.

Os Canelas costumavam fazer aproximadamente 150 tipos de artefatos, a maioria adornos corporais masculinos, muitos deles feitos especialmente para serem usados em determinados papéis cerimoniais. Os materiais usados provinham principalmente das folhas das palmeiras buriti e injá, assim como da minúscula palmeira tucum. Os homens esculpiam cuidadosamente as pontas de bastões e lanças feitos de pau-brasil, usados antigamente para a guerra, geralmente enfeitados com penas de papagaio, arara e outras aves. Vários tipos de cabaças eram utilizadas como utensílios; a maioria, porém, têm sido substituídas por mercadorias da cidade. Eles faziam diversos tipos de esteiras e cestos, mas não tinham cerâmica.

Os Canelas praticam frequentemente, com atitude competitiva moderada, uma corrida com pesadas toras de até 120 quilos, a distâncias de até 10 quilômetros. Eles também praticam curtas corridas rasas e outras mais longas de até mil metros.

3.1.2.6. Ritos

Os Canelas possuem um conjunto de ciclos rituais baseados na família extensa, nos quais participam a parentela matri e patrilateral, embora a primeira tenha papel dominante. Os principais ritos para ambos os sexos são o nascimento, puberdade e casamento (várias etapas), o resguardo pós-parto (couvade) e o luto.

Para os adolescentes, os ritos de passagem consistem na perfuração de orelha para os meninos e, por ocasião da primeira menstruação, a reclusão para as meninas, ambos os sexos têm práticas pós-pubertárias. A nomeação dos bebês, logo após o nascimento, é restrita aos doadores de nomes, como o nascimento de um homem anunciado pelo nomeador.

Outro conjunto de ciclos rituais ocorre durante as festas e está baseado no apoio e participação de quase toda a sociedade. Meninos são introduzidos na classe

de idade por quatro ou cinco festas de iniciação. Como passo principal, para o casamento definitivo, a maioria das meninas entra como associada nos rituais masculinos, de modo a receber seus cintos de maturidade, os quais são necessários para serem aceitas por seus parentes afins. A divisão por classes de idade está relacionada ao treinamento dos meninos para se tornarem guerreiros.

A realização dos rituais de iniciação masculina *Apanyekrá* (*Khêétúwayê* e *Pepyê*) se tornou irregular desde os anos 1970 e, a partir de então, esses rituais foram realizados apenas duas vezes para formar uma classe de idade, ao invés de quatro ou cinco, como acontece entre os *Ramkokamekrá*.

Uma diferença notável nos rituais, para introduzir os meninos e os adolescentes em uma classe de idade entre os dois grupos, é que, entre os *Apanyekrá*, os adolescentes pegos abandonando sua reclusão para encontros conjugais ou extraconjugais eram enfileirados juntamente com suas parceiras sexuais, mantidos ajoelhados frente a frente no pátio, de modo que todos vivessem publicamente sua vergonha. A severidade de tal punição para a mesma transgressão não era característica dos *Ramkokamekrá* que não puniam os adolescentes que nela ocorriam.

3.1.2.7. Xamanismo

De acordo com as tradições Canela, após a morte, a alma é direcionada para uma vila espiritual a oeste, onde a vida se assemelha à terrena, porém de maneira atenuada. A alimentação é menos saborosa, a água é morna, e as experiências sexuais são diminuídas em prazer. Com o tempo, as almas transformam-se primeiramente em animais de caça, depois em animais menores e, eventualmente, em formas menores de vida como mosquitos ou até mesmo tocos de árvore, até que deixam de existir. As almas em forma humana ainda podem ser contatadas por xamãs, embora o contato direto com elas possa causar doenças graves ou morte. Além disso, acredita-se que as almas possam punir quem desobedeça certas regras culturais, como ir ao mato à noite.

Os xamãs desempenham um papel central, curando doenças através da extração de doenças ou poluição e recompensados apenas se bem-sucedidos. Eles também podem remover feitiços malignos que entram no corpo. As restrições alimentares e sexuais são práticas para fortalecer o caráter e habilidades, essenciais para desenvolver-se em carreiras como caçador, corredor ou xamã. As poluições são vistas como penetrações no corpo que enfraquecem, mas não afetam diretamente

uma pessoa saudável, embora possam ser letais para indivíduos vulneráveis como bebês ou doentes.

Um indivíduo pode tornar-se xamã após uma experiência de quase morte, onde as almas lhe conferem habilidades de cura. O treinamento para ser xamã envolve intensas restrições dietéticas e sexuais e o uso de infusões de ervas para purificar o corpo. A limpeza do corpo atrai almas que conferem poderes de cura ao xamã.

Em suma, os Canelas empregam uma complexa interação de práticas sobrenaturais, naturais e humanas para fortalecer a saúde e as capacidades de seus membros, enquanto interagem com um mundo espiritual ativo e perigoso. A influência de crenças externas, como o catolicismo e o protestantismo, também tem moldado suas práticas e crenças ao longo dos anos.

3.1.3. Ka'apor

3.1.3.1. Histórico do Contato

Os Ka'apor surgiram como povo distinto há cerca de 300 anos, provavelmente na região entre os rios Tocantins e Xingu. Talvez devido aos conflitos com colonizadores luso-brasileiros e com outros povos nativos, iniciaram uma longa e lenta migração que os levou, nos idos de 1870, do Pará, através do rio Gurupi, ao Maranhão. Colonizadores brasileiros que atacaram e aniquilaram aldeias Ka'apor, por volta de 1900, ficaram surpresos ao descobrirem esplêndidos cocares de penas coloridas em pequenos baús de cedro, que os sobreviventes, em fuga, teriam deixado para trás. Quando as autoridades brasileiras tentaram subjugar-los pela primeira vez, em 1911, os Ka'apor, como os Nambiquara no Mato Grosso, eram considerados um dos povos nativos mais antagonista no país. Tal situação imposta, tanto aos Ka'apor quanto aos karaí (não indígenas), ocorreu em 1928 e durou por quase 70 anos.

Em 1978, a Área Indígena Alto Turiaçu, consistindo em 2048 milhas quadradas (5.301 km²) de floresta amazônica alta, ocupada por todos os remanescentes Ka'apor, assim como por alguns Guajá, Tembê e Timbira, que foi demarcada pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI). A demarcação foi homologada pelo Decreto n.º 88.002 em 1982, na administração do Presidente João Figueiredo. No entanto, cerca de um terço da área vem sendo devastada ilegalmente e convertida em cidades, campos de arroz e pastagens por agricultores sem-terra, fazendeiros, madeireiros e políticos locais desde o final dos anos 80.

3.1.3.2. Localização

Os Ka'apor vivem no norte do Maranhão e suas terras fazem limite, ao norte, com o rio Gurupi; ao sul, com os afluentes meridionais do rio Turiaçu; a oeste, com o Igarapé do Milho; a leste, com uma linha no sentido noroeste-sudeste quase paralela à rodovia BR-316. Todos os córregos e rios drenam para três grandes rios: Maracaçumé, Turiaçu e Gurupi, que, por sua vez, deságuam diretamente no oceano Atlântico. A vegetação predominante é a floresta alta pré-amazônica. Certas espécies pan-amazônicas estão historicamente ausentes na região, tais como castanheira, assacu, mucajá, buriti e a vitória-régia. Vários espécimes da fauna aquática do rio Amazonas, tais como poraquês, arraias, botos e peixes-boi, estão também ausentes. Mas a diversidade de espécies, a área basal e a fisionomia da floresta pré-amazônica são comparáveis às de outros lugares da floresta Amazônica. A maioria da fauna terrestre, incluindo mamíferos, insetos, répteis e aves, é amazônica, sendo alguns deles até mesmo endêmicos ou raros e ameaçados, tais como o jaguar, o periquito dourado, o macaco capuchinho Ka'apor e o sagui barbado.

3.1.3.3. Atividades Econômicas

O povo horticultor, os Ka'apor, assim como vários outros grupos estabelecidos na Amazônia, depende da mandioca-brava como fonte principal de calorias. Os Ka'apor a consomem principalmente na forma de farinha e cultivam no total cerca de 50 espécies de plantas. Essas são usadas como alimento, tempero, remédios, fibras, ferramentas e armas. Além disso, eles caçam e coletam frutos nas matas densas e pescam em pequenos igarapés do seu hábitat para obter a maioria do restante de sua alimentação. Os animais de caça mais importantes na sua dieta são o veado galheiro, caititu, queixada, paca, cutia, macaco guariba, duas espécies de jabuti e jacaré. Nem tudo o que é comestível no habitat é aproveitado como alimento. E alguns itens comestíveis só são comidos algumas vezes por algumas pessoas. O complexo de tabus alimentares centraliza-se em ritos associados à fertilidade feminina, especialmente o resguardo e o ritual de puberdade. Para quem se encontra nestes estados, a única carne de animal terrestre permitida é a do jabuti de pé amarelo. Importantes espécies de peixes incluem o surubim, pacu, piranha, traíra e jeju. Os mais importantes frutos silvestres coletados para alimentação incluem o bacuri, cupuaçu, piquiá, aça, bacaba e abiu.

A divisão sexual do trabalho não é rígida, mas as mulheres dedicam muito mais

tempo do que os homens à preparação do alimento, especialmente no que diz respeito ao processamento da mandioca-brava. Os homens passam bem mais tempo caçando do que as mulheres. No geral, os homens tecem as cestas, inclusive os tipitis (prensa de mandioca) enquanto as mulheres fazem as panelas, incluindo as grandes vasilhas (kamuši~) usadas para servir o caxiri de mandioca nas cerimônias de nomeação das crianças.

3.1.3.4. Organização Social e Política

A aldeia Ka'apor (hendá) consiste normalmente em um ou dois agrupamentos residenciais uterinos. O irmão mais velho das irmãs casadas em um agrupamento uterino é normalmente o chefe (kapitã) do agrupamento, de forma que uma aldeia pode ter mais do que um chefe se houver mais de um agrupamento residencial. Enquanto a residência tende a ser uxorilocal³, com a maior parte dos homens deixando o seu agrupamento de origem em razão do casamento para residir com os familiares de suas esposas, pelo menos um homem permanece, normalmente um filho do chefe, sendo a sua esposa quem se muda para viver com ele. No entanto, se ela é filha da irmã do seu pai, real ou classificatória, pode ser do mesmo agrupamento. O agrupamento é, politicamente, um grupo, baseado tanto no fato da co-residência quanto na doutrina da descendência repartida. O poder político do chefe se limita a acertar os casamentos de suas irmãs reais e classificatórias com homens dispostos a casar no seu agrupamento, que lhe garantam lealdade difusa, assim como as filhas solteiras casaduras deles, para que ele ou seus filhos possam casar mais tarde. A terminologia de parentesco é basicamente dravidiana, o que quer dizer que as pessoas chamam alguns de seus parentes por afinidade por termos de parentesco cognático (por exemplo, "tio" e "sogro" são a mesma palavra, tutyr). Portanto, a terminologia de parentesco dravidiana implica na regra de casamento de primos cruzados (filhos de um irmão e de uma irmã real ou classificatória). A descendência é bilateral e não há metades ou linhagens. Não existem classes de idade tampouco grupos de festas cerimoniais. A sociedade é basicamente igualitária, logo não havendo autoridade central (o que pode estar mudando com as crescentes pressões de posseiros invasores). Cada aldeia tende a agir como uma entidade politicamente autônoma.

Mais de um agrupamento uterino pode constituir uma aldeia, especialmente as que abrigam mais do que 30 pessoas. No passado, o tamanho médio de uma aldeia comportava de 25 a 50 pessoas. Já hoje, algumas aldeias, como a Zé Gurupi (ao sul),

abrigam mais de cem, e não está claro se os padrões de liderança e de residência pós-matrimonial do passado poderão sobreviver. Algumas aldeias Ka'apor estão se tornando como povoados. Essa concentração reflete um aumento na taxa natural de crescimento populacional, bem como na pressão sobre o espaço disponível na terra indígena, tanto por conta da recuperação populacional quanto pela invasão da área por posseiros terra sem-terra. Talvez a concentração em núcleos maiores lhes proporcione mais segurança.

3.1.3.5. Arte e Cultura Material

A arte plumária dos Ka'apor é reconhecida como uma das expressões mais notáveis de sua cultura, com dois livros inteiramente dedicados a ela. As penas utilizadas na confecção de cocares, brincos, colares, pulseiras, braceletes e adornos labiais são coletadas de uma variedade de pássaros, incluindo os tangarás, sendo particularmente difíceis de caçar devido ao seu pequeno tamanho e preferência pelas copas das árvores. Esses adornos são usados com grande pompa nas cerimônias de nomeação das crianças, refletindo a identidade cultural dos Ka'apor.

Além disso, a arte Ka'apor manifesta-se nos desenhos geométricos que as mulheres pintam nos rostos das pessoas com sumo de urucum e nas cabaças tingidas com a casca da árvore makuku. Quando não está centrada em si, a expressão artística dos Ka'apor integra-se à cultura material, que abrange desde a arquitetura das casas e da paisagem até ferramentas, armas, utensílios, redes e vestuário. A cerâmica, embora cada vez mais substituída por utensílios de cobre e alumínio importados, ainda persiste como uma arte relevante.

A construção das casas segue um plano retangular com um telhado inclinado, usualmente abrigando uma família nuclear ou, no máximo, uma família extensa. As estruturas são feitas principalmente de acariquara, uma madeira resistente ao apodrecimento, com barrotes e vigas de cerca de vinte espécies de madeira de lei. Os moradores dormem em redes de algodão suspensas de colunas e vigas, colocadas por homens adultos. Geralmente, mantém-se uma fogueira acesa na casa para cozinhar e aquecer as noites frias do período da seca.

No entorno imediato da casa, o quintal é mantido livre de ervas daninhas e frequentemente abriga a casa de processamento de mandioca, com um forno de farinha (antigamente de argila, hoje de cobre) elevado em um suporte de adobe. Neste local, as mulheres preparam a farinha de mandioca, principal fonte calórica da dieta, sendo normalmente consumida amolecida com água em pequenas cabaças

chamadas chibé (u'i-tikwar). No mesmo quintal, os homens realizam trabalhos de carpintaria, cestaria e modelagem de acessórios de aço, enquanto as mulheres se dedicam principalmente a trançar, costurar e tecer.

3.1.3.6. Ritos e Xamanismo

O xamanismo Ka'apor é praticado em algumas aldeias, embora se acredite que tenha sido influenciado pelos Tembés. Os xamãs de hoje invocam ancestrais e divindades como Īriwar, a Mãe d'Água, para prever o futuro, restaurar populações de caça, diagnosticar e curar doenças. Há evidências de influência afro-brasileira no xamanismo, com figuras míticas como o Kurupĩr, associado a práticas de rituais que incluem canto, dança, fumo de tabaco e transe. O xamanismo é um espetáculo público que envolve toda a aldeia.

Os Ka'apor mantêm práticas relacionadas ao sangue e ao corpo como formas de purificação, como as dietas especiais para homens que cometeram homicídios e rituais para meninas na menarca, que envolvem confinamento, raspagem de cabelo e escarificação. As restrições são severas também durante o período menstrual e pós-parto, refletindo crenças sobre a poluição do sangue menstrual e a necessidade de proteção do recém-nascido.

A cerimônia de nomeação das crianças é um evento comunitário significativo, marcando a sobrevivência da criança e a conexão entre grupos residenciais por padrinhos, que podem incluir laços de parentesco potenciais para casamentos futuros. A festa inclui o consumo de bebidas fermentadas e uma celebração coletiva que culmina com a atribuição de nomes, acompanhada de adornos de plumas e rituais que afirmam os novos membros da sociedade Ka'apor.

3.1.4. KRIKATI

3.1.4.1 Histórico do Contato

Os Krikatis, parte dos povos Timbiras, enfrentaram invasões em suas terras no Brasil desde o século XIX, com a chegada de fazendas de gado, e só obtiveram reconhecimento territorial pelo Estado brasileiro em 2004, após longos conflitos. Historicamente, eles são identificados nas descrições de exploradores e pesquisadores como habitantes do território que hoje é conhecido, com registros que datam de 1819. Durante esse período, os Krikatis resistiram ativamente às tentativas de colonização e pacificação, especialmente nas áreas entre os rios Pindaré e

Tocantins. Iniciativas como a Colônia Leopoldina, estabelecida em 1817 para pacificar e colonizar a região, falharam devido à resistência dos indígenas. Somente mais tarde, na década de 1850, começaram os primeiros contatos pacíficos significativos, inicialmente frustrados com outros grupos Timbiras, mas eventualmente bem-sucedidos com os Krikatis, resultando em promessas de assentamento sob a orientação de missionários.

3.1.4.2. Localização

A Terra Indígena Krikati está localizada nos municípios maranhenses de Montes Altos e Sítio Novo, a sudoeste do estado. A TI é banhada por rios e córregos das bacias do Tocantins (Lajeado, Arraia, Tapuio, entre outros) e Pindaré/Mearim. Aliás, o primeiro desses importantes rios do Maranhão tem sua cabeceira principal na Terra Indígena. Em 2005, os Krikati habitavam em duas aldeias: São José (a maior e mais antiga) e Raiz, esta fundada poucos meses depois da conclusão da demarcação física da área em 1999. Havia ainda uma aldeia denominada de Cocal que era composta por indivíduos guajajaras casados com algumas mulheres Krikati, hoje chamada de Recanto dos Cocais.

3.1.4.3. Organização Social e Política

Para os Timbiras, o tempo é organizado em duas principais estações: a seca (amcró) de abril a setembro, e a chuvosa (ta'ti) de outubro a março. Essas estações delimitam os ciclos de atividades produtivas e cerimoniais na vida social. Durante a estação das chuvas, a maioria dos rituais anuais ocorre, enquanto a estação seca é reservada para ritos de iniciação.

As festas Kricati são eventos centrais no calendário Timbira, abrangendo celebrações do ciclo anual como as festas do milho e da batata-doce, e mudanças de estação, além de eventos de iniciação juvenil e de manutenção das relações sociais e de parentesco. Festas específicas incluem também a celebração de eventos da vida, como o nascimento de filhos e a reintegração de membros afastados por doença ou luto.

Estas festas demandam uma grande distribuição de alimentos e itens como miçangas e tecidos, muitas vezes resultando em períodos de latência prolongados enquanto os recursos são acumulados. A realização das festas também depende de um “cantador” que domine os cantos específicos para cada cerimônia, sendo comum “contratar” um cantador de outra aldeia quando necessário.

Esses eventos são mais do que celebrações; são fundamentais para reforçar a solidariedade, a estrutura sociocultural e o equilíbrio das relações nas aldeias. Além disso, as festas proporcionam momentos de alegria e interação social, incluindo a possibilidade de relações sexuais extramatrimoniais, sendo culturalmente permitidas durante esses períodos.

3.1.5 GAVIÕES

3.1.5.1. Histórico do Contato

A história do contato entre os Pykopjê e os não indígenas, e a dinâmica de ocupação de suas terras, divide-se em dois períodos principais. O primeiro, desde o final do século XVIII até meados do século XX, caracteriza-se pela penetração de frentes pastoris e agrícolas no território Timbira, sendo a atividade pecuária a principal responsável pela fixação de não indígenas na região. Os Pykopjê resistiram intensamente a essas invasões, mas foram eventualmente subjugados por volta de 1850. Após uma longa luta, a região estabilizou-se com a fundação de Imperatriz em 1852, permitindo que os Pykopjê vivessem um período de relativa paz e reorganização.

O segundo período começa na década de 1950 com a perspectiva de

construção da rodovia Belém-Brasília durante o governo de Juscelino Kubitschek, atraindo fazendeiros do sul que valorizaram as terras e intensificaram a expropriação de pequenos lavradores. Isso desencadeou uma corrida por terras que levou à expulsão de posseiros das áreas indígenas, exacerbando os conflitos na região. Em 1976, um ataque violento a uma das aldeias Pykopjê por um fazendeiro resultou em medidas pela FUNAI para demarcar oficialmente o território em 1977, com homologação em 1982. Contudo, a área demarcada foi considerada insuficiente para a sustentabilidade dos Pykopjê, levando a reivindicações por sua ampliação.

Adicionalmente, até os anos 1950, existiam três aldeias Pykopjê, mas uma epidemia de gripe reduziu drasticamente a população, levando os sobreviventes a se consolidarem na aldeia Governador. A população dessa aldeia cresceu, resultando na formação de novas aldeias nos anos subsequentes. Os Pykopjê também permitiram que três aldeias Guajajaras ocupassem uma pequena parte de seu território, mostrando solidariedade com outros grupos indígenas em situação difícil.

3.1.5.2. Localização

Os Pykopjê habitam a parte sudoeste do Estado do Maranhão, na microrregião de Imperatriz, que abrange uma faixa do contato entre a floresta amazônica e as formações de cerrado. Estão localizados mais precisamente em uma pequena faixa de terra com cerca de 41.644 hectares de extensão, no município de Amarante, a uma distância de apenas 10 km da sede do município. Essa área compreende a Terra Indígena Governador, que também conta com aldeias dos indígenas Guajajaras.

3.1.5.3. Organização Social e Política

Comum aos povos Timbiras e descrita no item Organização Social e Política dos Krikatis.

3.1.6. Guajás

3.1.6.1. Histórico do Contato

Os Guajás, um dos últimos povos caçadores e coletores do Brasil, vivem na pré-Amazônia e são parte da família linguística Tupi-Guarani. Originários do baixo rio Tocantins, no Pará, dispersaram-se para o Maranhão por volta de 1950, devido à pressão colonial ("Gomes 1988, 1989 & 1991; Balée 1994"). Atualmente, os Guajás em contato permanente residem nas Terras Indígenas Alto Turiaçu e Caru, e desde

1982, esforços foram feitos para estabelecer a TI Awá, formalizada em 2005, para conectar e proteger melhor estas terras da invasão, além de fornecer maior espaço para subsistência. Grupos Guajás sem contato são acreditados viver dentro destas áreas, que também abrigam outros grupos indígenas como Ka'apor, Timbira e Guajajara.

Economicamente, os Guajás, que entraram em contato com a sociedade nacional em 1973, eram originalmente nômades, subsistindo da caça e coleta. Com a orientação da FUNAI, adaptaram-se à agricultura itinerante, complementando sua dieta, que ainda inclui caça significativa e coleta de frutos do babaçu. Desde o contato, a pesca tornou-se mais acessível devido à realocização para áreas próximas a rios maiores, proporcionando uma fonte adicional de alimento. A agricultura não só diversifica sua alimentação, mas também garante sustento durante a estação chuvosa, período de escassez tradicional. Durante esta estação, um estudo antropométrico mostrou que os Guajás de uma aldeia na TI Alto Turiaçu apresentavam maior teor de gordura devido ao consumo de farinha de mandioca e frutos oleaginosos da palmeira bacaba, evidenciando a importância da agricultura na manutenção da saúde e bem-estar da comunidade.

3.1.6.2. Organização Social e Política

Os Guajás têm uma prática matrimonial flexível, com homens e mulheres podendo ter múltiplos casamentos ao longo da vida, sem preferência por um tipo específico de casamento. A reestruturação social dos Guajás após contato com a FUNAI favoreceu casamentos entre indivíduos de grupos não relacionados, formando alianças entre comunidades que antes poderiam estar em tensão. A própria FUNAI atuou como intermediária em alguns desses casamentos, inclusive entre diferentes aldeias. As relações entre os Guajás e os Ka'apor, por exemplo, evoluíram para uma interação amigável, resultando até em casamentos entre membros desses grupos, como o de um homem Guajá e uma mulher Ka'apor da TI Alto Turiaçu. Além disso, influenciados também pela FUNAI, houve casos de casamentos de Guajás com mulheres não indígenas, refletindo questões de identidade cultural complexas, como um Guajá que expressou vergonha de sua origem indígena e preferiu casar com mulheres não indígenas.

3.1.6.3. Ritos

Na esfera religiosa dos Guajás, há uma participação complementar entre o

homem e a mulher. É o que se evidencia no cerimonial de "viagem para o céu" (*ohó iwa-beh*). Essa cerimônia é praticada durante o período da estiagem nas noites de lua cheia. Os homens se preparam para embarcar nessa viagem com a assistência de suas mulheres que os adornam com a plumagem de aves. Mais tarde, os homens dançam e cantam ao redor de uma *takaia* (uma variante desse termo, *tocaia*, foi tomada da língua geral, que era tupi, pelo português, com o significado de construção para emboscadas e outras finalidades) construída no descampado da aldeia.

Entram individualmente na *takaia*, em cujo interior continuam cantando até se impelirem para o céu com o forte bater de seus pés. Quando os homens penetram o céu, lá se encontram com os seus antepassados e outras entidades espirituais. Eles interagem com essas entidades e efetuam um "câmbio" de espíritos para retornar a terra. Ao retornarem, os homens descem "incorporados" e dançam em direção às mulheres e outros familiares, dialogando com elas através do canto e "benzem" os seus familiares com sopros.

Em seguida, as suas mulheres solicitam a presença de outros espíritos e, assim, os homens voltam ao céu para trazer outras entidades. As mulheres têm uma participação ativa nesse processo: embora não façam a "viagem para o céu", elas comandam o evento solicitando de seus maridos que tragam determinadas entidades para consultas e curas. O homem serve como uma espécie de veículo e elo entre o mundo dos espíritos e a terra.

3.1.6.4. Timbira E Krenyê

O termo "Timbira" engloba diversos povos indígenas, incluindo os Apinayé, Canela Apaniekrá, Canela Ramkokramekrá, Gavião Parkatejê, Gavião Pukopjê, Krahô e Krikati. Algumas etnias Timbira, como os Krenyê, Kukoikateyê, Kenkateyê, Krepumkateyê, Krorekamekhrá, Põrekamekrá e Txokamekrá, deixaram de existir como grupos autônomos e absorvidos pelos sete povos inicialmente citados ou vivem entre os Tembés e Guajajaras, falantes de línguas tupi-guarani. Os Krenyê, por exemplo, que originalmente viviam perto de Bacabal, no Maranhão, agora estão em Barra do Corda, enquanto outro grupo Krenyê migrou do médio Tocantins para o rio Gurupi.

O etnólogo Curt Nimuendaju, que estudou esses povos, sugeriu que o nome "Timbira" poderia significar "os amarrados" em tupi, devido às várias fitas de palha e faixas trançadas de algodão que utilizam. Atualmente, muitos desses grupos se identificam como Mehím. Os homens desses povos geralmente falam português fluentemente, enquanto as mulheres podem não falar, mas compreendem a língua. É provável que os Krenyê e Kukoikateyê não usem mais a língua timbira. Hoje, os Kukoikateyê residem na Terra Indígena Geralda/Toco Preto, ao longo do rio Grajaú, juntamente com os Guajajaras.

3.1.6.5. Histórico do Contato

Desde o século XVIII, os Timbiras têm enfrentado contatos e conflitos com não indígenas, começando com uma invasão significativa em Oeiras em 1728. No entanto, a expansão de fazendas de gado do século XVIII para o XIX da Bahia para o Piauí e depois para o Maranhão empurrou os Timbiras para o oeste. Além disso, no norte do Maranhão, a pressão aumentou com as grandes plantações de arroz e algodão, que dependiam do trabalho de pessoas escravizadas. A escravização dos Timbiras foi facilitada pela Carta Régia de 1811, que permitia a escravização temporária de indígenas resistentes.

Os contatos dos Timbiras com não indígenas podem ser categorizados em três cenários, baseados na atividade econômica principal da região:

1. Aqueles em contato com fazendas de gado, que geralmente preservaram mais de seu modo de vida tradicional, pois a pecuária demanda menos trabalho direto dos indígenas. Grupos como os Apanyekrá, Krahó, Pukobyê e Krikati ainda realizam viagens longas para conseguir bens industrializados.

2. Aqueles que tiveram contato com atividades extrativas de alto valor comercial, como os Parkatêjê com a coleta de castanha-do-pará a partir de 1955, tiveram mudanças culturais mais rápidas e profundas.

3. Aqueles que se envolveram em extrativismos de valor comercial mediano, como os Apinayés na extração de coco babaçu, mantiveram muitas de suas tradições, apesar da integração a estas economias.

Além disso, no século XX, outras formas de contato passaram a influenciar os Timbiras, como grandes projetos de infraestrutura, incluindo rodovias, ferrovias, hidrelétricas e expansões agropecuárias, afetando principalmente o noroeste florestal da região onde vivem.

3.1.6.6. Localização

Os Timbiras Krepumkateyê e os Kukoikateyê remanescentes se distribuem entre as aldeias da TI Geralda/Toco Preto, no município de Itaipava do Grajaú.

3.1.6.7. Organização Social e Política

Comum aos povos Timbiras e descrita no item Organização Social e Política dos Krikatis.

3.1.6.8. Dados Geográficos

A área de abrangência do DSEI/MA está localizada no Maranhão, que, situado na região Nordeste do Brasil, serve como zona de transição entre o Nordeste e a Amazônia, apresentando características variadas em seu território. As Terras Indígenas sob sua jurisdição, totalizando uma área de 19.083,83 km² em 23 municípios, refletem essa diversidade tanto em aspectos geográficos quanto ambientais.

O relevo predominante nessa região inclui planaltos, chapadas e depressões, características típicas do interior maranhense onde se localizam esses territórios indígenas. A hidrografia é rica e variada, com rios importantes como o Pindaré, Turiaçu, Mearim, Grajaú, Barra do Corda e Buriticupu, essenciais para transporte e fonte de alimento para as comunidades indígenas.

A vegetação é igualmente diversificada, estendendo-se do cerrado, predominante no Maranhão, com suas árvores de porte médio e vegetação rasteira, até a floresta amazônica, parte da Amazônia Legal. Contudo, essas áreas enfrentam desafios significativos devido à devastação provocada por atividades ilegais.

Quanto à infraestrutura, as aldeias variam bastante em termos de acessibilidade, com algumas localizadas próximas a estradas asfaltadas e outras acessíveis apenas por vias não pavimentadas, dificultando o acesso, especialmente durante o período chuvoso. Embora muitas aldeias estejam equipadas com energia elétrica, escolas, postos de saúde e sistemas de abastecimento de água, essa não é a realidade de todas as comunidades dentro do DSEI-MA, com algumas ainda sem acesso à energia elétrica.

3.2. Mapa

A estrutura organizacional do DSEI/MA inclui seis Polos Base, responsáveis por funções técnicas e administrativas, situados nas localidades de Amarante, Arame, Barra do Corda, Grajaú, Santa Inês e Zé Doca. Adicionalmente, existem três Casas de Saúde do Índio (CASAI) distribuídas entre São Luís e Imperatriz, no Maranhão, e Teresina, no Piauí. A sede do DSEI está localizada na cidade de São Luís, Maranhão. É relevante mencionar que os mapas de localização de cada Polo Base, elaborados pelo SESANI nos primeiros anos de operação do setor, requerem atualizações.

4. DETERMINANTES E FATORES DE RISCOS AMBIENTAIS

Desde as décadas de 1960 e 1970, o Maranhão experimentou um significativo desenvolvimento de infraestrutura com a construção de linhas férreas e rodovias, facilitando o escoamento da produção e impulsionando a economia regional por projetos de agropecuária e mineração, como em Carajás. Entretanto, esse crescimento econômico intensificou as desigualdades sociais e causou diversos problemas ambientais.

Os povos indígenas foram especialmente afetados por esses desenvolvimentos. As novas vias de transporte e a expansão agrícola pressionaram seus territórios, exacerbando problemas como a degradação ambiental, poluição dos rios, contaminação do solo, e poluição do ar. Além disso, o avanço do consumismo e a exploração insustentável dos recursos naturais levaram ao aumento de resíduos sólidos, desmatamento, e incêndios florestais, muitas vezes exacerbados pelo uso de materiais não biodegradáveis e agrotóxicos.

Esses fatores de risco ambiental diminuem a qualidade de vida dos povos indígenas no estado, influenciando diretamente na prevalência de doenças diarreicas, respiratórias, crônico-degenerativas, má nutrição e problemas de saúde mental. A implementação de políticas públicas eficazes que abordem essas questões é crucial, mas requer decisões político-institucionais significativas e um maior investimento financeiro para garantir a proteção e a preservação dos territórios indígenas, bem como a promoção de segurança alimentar e acesso à saúde e educação de qualidade.

A atenção básica à saúde, fornecida pelo Distrito, tem sido uma das poucas respostas às condições adversas enfrentadas pelos povos indígenas, destacando a necessidade de uma abordagem mais abrangente e integrada para lidar com esses desafios ambientais e sociais complexos.

Quadro 2 - Características específicas da região do DSEI

Caracterização	Descrição
Bioma	Cerrado e Amazônia
Sazonalidade	Apresenta dois períodos bem distintos, um de chuva e outro de seca, provocando variações diretamente em rios e nível freático, assim como a mata.
Área de Fronteira	DSEI Maranhão
Áreas de desmatamento	Em todo território indígena.
Barreiras Geográficas	Principalmente rios
Áreas Isoladas	Possui áreas de difícil acesso e ficam isoladas no período de chuva, devido às cheias.
Qualidade da água para consumo	Os rios que passam em território indígena, em sua maioria, já passam por áreas urbanizadas e carregam elementos contaminantes. As águas referentes ao lençol freático pouco tem alteração por contaminantes, assim como as subterrâneas. No caso dos aquíferos a água é de boa qualidade, com baixa porcentagem de áreas com comprometimento por cloretos. Alguns brejos próximos de aldeias possuem algum nível de contaminação, porém correspondente à passagem de animais da própria aldeia.
Área com uso de agrotóxicos	Possui muitas fazendas aos arredores das Terras Indígenas que contaminam os rios e solo com agrotóxicos, porém não é conhecida a abrangência dessa contaminação.
Bioma	Cerrado e Amazônia
Sazonalidade	Apresenta dois períodos bem distintos, um de chuva e outro de seca, provocando variações diretamente em rios e nível freático, assim como a mata.
Área de Fronteira	DSEI Maranhão
Áreas de desmatamento	Em todo território indígena.

Fonte: SESANI/MA, 2023

4.1. Dados demográficos

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

Polo Base	População	%
ZÉ DOCA	232	5.32%
SANTA INÊS	2.434	5.56%
ARAME	5.636	12.88%
GRAJAÚ	8.640	19.74%
AMARANTE	9.000	20.55%
BARRA DO CORDA	15.743	35.95%
Total	43.780	100%

Fonte: SIASI, 2023.

Tabela 1 - Perfil sócio demográfico, étnico-cultural e linguística dos povos indígenas por Polo base.

Polo Base	Nº Aldeia	Nº Povo/ Etnia	População												Pop.	Língua Indígena
			Masculino						Feminino							
			<1	1-4	5-9	10-49	50-59	>=60	<1	1-4	5-9	10-49	50-59	>=60		
AMARANTE	126	09	119	589	646	2674	183	181	140	554	663	2287	288	205	8995	Tupí-Guarani Macro-Jê
ARAME	91	02	76	366	388	1724	100	126	68	359	418	1705	94	150	5574	Tupí-Guarani
BARRA DO CORDA	296	09	246	987	1183	4689	334	326	214	1062	1177	4893	332	388	15831	Tupí-Guarani Macro-Jê
GRAJAÚ	185	06	115	540	583	2586	166	198	124	498	624	2827	144	242	8647	Tupí-Guarani Macro-Jê
SANTA INÊS	14	06	29	154	181	753	48	60	34	156	193	706	32	55	2401	Tupí Guarani
ZÉ DOCA	23	05	08	200	205	680	32	50	10	209	190	649	40	47	2320	Tupí Guarani
Total	735	37	593	2.836	3.186	13.106	863	941	590	2.838	3.265	13.067	930	1.087	43.768	-

Fonte: SIASI, 2023.

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.

Ao analisar os dados requeridos para fins educacionais, identificou-se uma deficiência no sistema de informação existente, que não pode preencher adequadamente os campos solicitados. Diante desse desafio, buscou-se auxílio junto à Secretaria de Educação e ao setor responsável pela educação indígena. Contudo, constatou-se que a Secretaria não dispõe das variáveis requeridas, uma vez que o departamento responsável tabula os dados de maneira distinta, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Quantitativo de estudantes indígenas por etapa modalidade da educação básica, conforme oferta da rede estadual

Etapa e modalidades da educação básica	Total estudantes
Ensino fundamental-anos iniciais	5.805
Ensino fundamental-anos iniciais modalidade de educação de jovens e adultos	420
Ensino fundamental-anos finais	3.802
Ensino fundamental-anos finais modalidade de educação de jovens e adultos	314
Ensino médio	2.006
Ensino médio-modalidade de educação de jovens e adultos	112
TOTAL	12.459

Fonte: Secretaria Estadual de Educação (SEDUC), 2023.

Essa situação evidencia a lacuna existente em nosso sistema de informação e sublinha a necessidade de aprimorá-lo. Além disso, ressalta-se a importância de sensibilizar os envolvidos quanto ao preenchimento adequado dos dados individuais, o que não só melhora a qualificação das informações coletadas, mas também expande o conhecimento sobre a população nos aspectos educacionais e seus determinantes. Isso é crucial, pois tais aspectos exercem influência direta sobre a saúde.

Tabela 3 - Função social dos indígenas da abrangência do DSEI

Setor de Atividades	Número	Percentual
Agricultura	*	*
Professor	4	0,009%
AIS	*	*
AISAN	*	*
Parteira	1	0,2%
Cacique	29	0,6%
Liderança	56	0,12%
Pajé	1	0,002%

Fonte: SIASI, 2023.

*Sem informação.

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

Benefício	%
Bolsa Família	23,74% (10.392)
Benefício Prestação Continuada	4,46% (366)
Aposentadoria	*

FONTE: SIASI, 2023.

*Sem informação.

4.3. CARACTERIZAÇÃO DA INFRAESTRUTURA DOMICILIAR POR POLO BASE

O SESANI enfrenta lacunas significativas em seu banco de dados, não possuindo informações detalhadas sobre os domicílios nas 735 aldeias sob a abrangência do DSEI-MA. Historicamente, o foco tem sido em levantamentos de dados para projetos de infraestrutura sanitária e de saúde, mas não há equipes técnicas locais permanentes, os AISAN, sendo contratados, carecem de formação adequada para realizar levantamentos sanitários detalhados.

A falta de investimento em um sistema de informação robusto que trate devidamente dos dados sanitários e ambientais é uma deficiência crítica. Isso é exacerbado pela ausência de um processo estruturado para coleta de dados, requerendo ferramentas específicas e pessoal treinado.

Em 2012, quando o SESANI tinha uma equipe mais bem estruturada, conseguiu realizar levantamentos sanitários e georreferenciados em quase todas as aldeias e produzir mapas, ainda que hoje desatualizados, que servem de base para o

planejamento. Desde então, houve um declínio na capacidade de atualizar e manter essa base de dados. Atualmente, os dados do Censo Vacinal de 2021 mostram 8.923 domicílios atendidos, com variações no tipo de construção, desde taipa com telhas ou palha até madeira com cobertura de palha, e em alguns casos, casas do programa Minha Casa Minha Vida.

O SESANI propõe reorganizar e complementar seu quadro técnico para formar equipes de apoio nos Polos, visando melhorar a caracterização das condições sanitárias e ambientais das aldeias e domicílios, focando em saneamento básico, abastecimento de água, esgotamento sanitário e gestão de resíduos sólidos. A discrepância entre os dados atuais e os do Censo Vacinal de 2021 sublinha a urgente necessidade de melhorar a coleta de dados para uma avaliação mais precisa das políticas de saúde indígena.

Tabela 5 - Característica dos domicílios no DSEI por Polo base

Polo Base	SIASI	CENSO	Geração de energia	Segurança
	N	N		
AMARANTE	1.020	1.524	*	*
ARAME	845	1.268		
BARRA DO CORDA	1.732	3.267		
GRAJAÚ	1.238	1.876		
SANTA INÊS	296	439		
ZÉ DOCA	414	414		

Fonte: CENSO, 2021; SIASI, 2023.

*Sem informação.

4.4. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

A população assistida pelo DSEI Maranhão em 2022 foi de 44676 indígenas aldeados e no mesmo período foram registrados 1.310 nascidos vivos. A taxa de natalidade ao final do ano de 2022 chegou a 29,1/1.000 nascidos vivos, sendo equivalente ao ano de 2020. Em 2021, esta taxa representou o dobro dos valores do triênio, chegando a 42,1/1000 nascidos vivos.

Tabela 6 - Taxa de natalidade do DSEI por ano, 2020 a 2022

Taxa de Natalidade	2020	2021	2022
Taxa de Natalidade no DSEI	29.5	42.1	29.1

Fonte: SIASI, 2023

Método de Cálculo: Nº de NV/Pop Total X 1.000

Em relação à morbidade, observou-se uma alta incidência de casos de tuberculose, seguida de leishmaniose tegumentar e hipertensão arterial. Na sequência, observa-se uma prevalência representativa de casos de leishmaniose tegumentar e diabetes, o que representam as principais doenças a serem enfrentadas como prioritárias, porém vale ressaltar a prevalência oculta das doenças e agravos que não há uma vigilância perene nem busca ativa.

Tabela 7 - Taxa de incidência/prevalência das principais morbididades que acometem os povos indígenas do DSEI-MA, de 2020 a 2022.

Morbidade	Taxa de incidência			Taxa de prevalência		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
TUBERCULOSE	18.9	46.4	60.6	-	-	-
DIABETES	-	-	-	0.5	5.0	0.7
HIPERTENSÃO	-	-	-	1.7	16.7	2.7
LEISHMANIOSE TEGUMENTAR	1.9	11.1	26.9	-	-	-
LEISHMANIOSE VISCERAL	1.9	2.2	2.2	-	-	-
MALÁRIA*	74.1	2.21	4,49	-	-	-

Fonte: SIASI, 2023

Na análise das principais causas de mortalidade nos anos avaliados, observou-se que os anos de 2021 e 2022 apresentaram as maiores taxas de mortalidade, possivelmente em decorrência da pandemia de COVID-19 e do período subsequente. Em 2022, a taxa de mortalidade registrada foi de 4,08 por mil habitantes, correspondendo a 182 óbitos em termos absolutos.

As principais causas de mortalidade na população indígena incluem doenças infecciosas e um aumento significativo de óbitos por doenças crônicas não transmissíveis, como neoplasias, doenças hipertensivas, diabetes mellitus e diversas doenças cardíacas (arritmia, insuficiência cardíaca, insuficiência cardíaca congestiva, entre outras).

Ademais, o DSEI MA registrou um número considerável de óbitos com causas mal definidas, totalizando 52 óbitos nos anos em questão: 14 em 2020, 16 em 2021 e 22 em 2022. Tal situação destaca a necessidade de formar um Grupo Técnico de Vigilância do Óbito (GTVO) para requalificar a causa básica dos óbitos quando necessário e propor as devidas alterações.

**Tabela 8 - Causas de mortalidade geral de indígenas no DSEI-MA
e Taxa de mortalidade geral por ano, 2020 a 2022**

Óbito Geral	2020		2021		2022	
	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade
Coeficiente Geral de Mortalidade	191	3,62	185	4,09	182	4,08
Principais Causas de Óbito	Nº de óbitos		Nº de óbitos		Nº de óbitos	
Outras formas de doença do coração	10		27		21	
Influenza [gripe] e pneumonia	18		14		11	
Outras doenças do aparelho respiratório	8		10		9	
Doenças hipertensivas	3		-		8	
Doenças isquêmicas do coração	-		3		7	
Desnutrição	2		4		6	
Infecção por coronavírus, não especificada	20		8		4	
Neoplasias [tumores] malignas(os)	3		6		3	
Infecções agudas das vias aéreas superiores	13		-		-	
Diabetes mellitus	-		-		5	

Fonte: SIASI, 2023.

A taxa de mortalidade infantil é um indicador crucial que estima o risco de morte durante o primeiro ano de vida, refletindo as condições socioeconômicas, infraestrutura ambiental, e a qualidade e acessibilidade dos recursos de saúde materna e infantil. As Nações Unidas estabeleceram o objetivo de eliminar as mortes evitáveis em recém-nascidos e crianças menores de cinco anos até 2030, com todos os países visando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos.

No contexto brasileiro, a meta até 2030 é diminuir a mortalidade neonatal para no máximo 5 por mil nascidos vivos. Em relação à população indígena, conforme estudo de Marinho, as mortes de crianças menores de um ano foram 60% mais frequentes entre as indígenas em comparação com as não indígenas. A taxa de mortalidade infantil variou significativamente nas microrregiões analisadas, de 21,1 por mil nascidos vivos em regiões com 3,0 a 4,9% da população indígena, até 26,9 por mil em regiões com 10% ou mais de população indígena.

Analisando a taxa de mortalidade infantil no DSEI-MA em 2022, observou-se uma redução em relação a 2020, embora ainda esteja acima das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e das metas nacionais, refletindo as condições observadas na população indígena em geral.

Quanto aos óbitos por causas mal definidas, que totalizaram cinco em 2020, seis em 2021 e oito em 2022, a falta de clareza nas causas de morte aponta para a necessidade de melhorar a qualidade dos dados coletados. O aprimoramento na determinação das causas de morte é essencial para o planejamento efetivo das ações de saúde, monitoramento e avaliação dos serviços, permitindo assim a elaboração de indicadores epidemiológicos decisivos para o processo de tomada de decisões e aprimoramento da vigilância de óbitos.

Tabela 9 - Causas de mortalidade de crianças indígena < 1 ano no DSEI-MA e taxa de mortalidade infantil por ano, 2020 a 2022.

Óbito Geral	2020		2021		2022	
	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade
Total de Mortalidade infantil	45	27,6	39	20,5	25	22,2
Principais Causas de Óbito	Nº de óbitos		Nº de óbitos		Nº de óbitos	
Hipóxia intra uterina Asfixia ao Nascer	15		13		05	
Pneumonia Bronquiolite Insuficiência respiratória do RN	09		10		04	
Parada cardíaca Causa mal definida	05		06		08	

Fonte: SIASI (Data da extração: 14/11/2023)

Método de Cálculo: Nº de óbitos infantis/Total de nascidos vivos X 1.000

O Distrito se utiliza das estratégias mais eficazes, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, para a redução da mortalidade infantil que incluem: ações de imunização, promoção do aleitamento materno, educação em saúde para mães e familiares. Contudo, mesmo que essas medidas estejam inseridas na rotina do cuidado, os óbitos fetais continuam em número elevado (SIASI, 2023). As ações propostas para mediar esta realidade, sobretudo na região de Barra do Corda, uma vez que esta região possui taxas mais elevadas, consistem na integração às

estratégias para a planificação da Atenção Primária . Este processo foi interrompido no período da pandemia (2020 a 2022) e retomou em 2023 com previsão de implantação no próximo quadriênio.

A Planificação da Atenção à Saúde (PAS) vem sendo desenvolvida pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e tem como uma estratégia a organização das redes de atenção à saúde (RAS) de acordo com a Portaria 4259/2010 do Ministério da Saúde. A PAS consiste na realização de um conjunto de oficinas, tutoriais e capacitações de curta duração, baseadas em metodologias ativas para as equipes de saúde e técnico-gerenciais dos estados e municípios, visando à organização dos macros e microprocessos da Atenção Primária à Saúde - APS e Atenção Especializada à Saúde (AAE), envolvendo todos os trabalhadores e gestores.

Considerando a complexidade do atendimento à saúde da população indígena, que enfrenta dificuldades significativas de integração aos serviços municipais de saúde, propõe-se implementar um projeto de Planificação na região de Barra do Corda, no estado do Maranhão. Esta região foi escolhida por ter uma predominância de população indígena, e o projeto será utilizado como uma iniciativa piloto, com a intenção de expandi-lo para outras regiões subsequentemente.

Tabela 10 - Causas de mortalidade materna no DSEI-MA e Razão de mortalidade materna por ano, de 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	3	157,72	2	231,66
Principais Causas de Óbito	Nº de óbitos		Nº de óbitos		Nº de óbitos	
PRÉ - ECLÂMPSIA	0		2		0	
ECLÂMPSIA NO PUERPÉRIO	0		1		0	
ECLAMPSIA	0		0		2	

Fonte: SIASI, 2023.

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

A Mortalidade Materna (MM) constitui ainda um desafio à saúde, principalmente, em países em desenvolvimento, onde os serviços de atenção à saúde da mulher não oferecem plena efetividade. Um indicador intrínseco à qualidade de

vida de uma população, a MM é considerada uma violação dos direitos humanos, principalmente, porque é uma tragédia evitável em cerca de 92% dos casos, configurando-se em um problema de saúde pública.

É estimada, globalmente, uma Razão De Mortalidade Materna (RMM) de 216 para cada 100 mil nascidos vivos, porém, ao se observar os dados de países em diferentes estratos socioeconômicos, torna-se notável a grande disparidade. Nos países desenvolvidos, é estimada uma RMM de cerca de 12 para cada 100 mil nascidos vivos (NV), enquanto nos países em desenvolvimento essa taxa é estimada em 239 para cada 100 mil NV (WHO, 2015). Segundo os objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS), a meta 3.1 das Nações Unidas estabelece, até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos. No Brasil, esta meta é até 2030, reduzir a mortalidade materna para no máximo 30 mortes por 100.000 nascidos vivos.

Na população indígena do Maranhão, a RMM alcançada em 2022 foi de 231.66/100.000, portanto bem acima da meta nacional, porém nos parâmetros de países em desenvolvimento.

O distrito potencializou a força de trabalho de seus profissionais da saúde, investindo na qualificação do pré-natal, estratificação de risco, ampliar a atenção ambulatorial especializada para as mulheres com risco de agravos e morte do período gestacional. Considerando que os leitos hospitalares ainda se concentram não condizente com o cenário epidemiológico, revelando ainda mais lacunas assistenciais e algumas fragilidades identificadas na política implementada.

Diante do cenário de mortalidade materno infantil apresentado, o distrito tem materializado ações para potencializar a efetividade do serviço:

- Pré-natal adequado e de início oportuno (no contexto indígena, o início tardio ainda é um entrave);
- Acesso aos exames laboratoriais e serviços de exames de imagem;
- Transporte oportuno em atendimento às urgências e emergências;
- Redução da peregrinação no período que antecede ao parto;
- Assistência adequada no momento do parto e nascimento;
- Articulação com a rede estadual e municipal para os encaminhamentos, quando necessário; e

- Qualificar o cuidado por meio do fortalecimento das equipes multiprofissionais.

A proposta de reestruturar a assistência, fortalece a integralidade da assistência e o enfrentamento à mortalidade materna e na infância. O aprimoramento da assistência contará com o fortalecimento das unidades de média e alta complexidade (apoio da Secretaria Estadual da Saúde através da Planificação da Saúde no contexto indígena).

Tabela 11 - Principais Especialidades que geram referência para média e alta complexidade. 2020 a 2022

Morbidades	2020	2021	2022
Hipertensão gestacional	3	2	10
Diabetes gestacional	-	-	3
SRAG	8	10	8
Leishmaniose	3	6	8
COVID-19	78	8	-
Síndrome gripal	26	28	31
Amebíase	0	2	6
Diarreia	29	25	19
Escabiose	8	11	3
Tuberculose	3	5	6
Sífilis não especificada	0	2	6

Fonte: SIASI/Polos Base/DSEI, 2023.

Em relação às demandas encaminhadas às 3 CASAIs do DSEI-MA, verificam-se as diferentes patologias e número de casos por ano.

Tabela 12 - Principais Especialidades/Morbidades que geram referência para a CASAI, de 2020 a 2022.

Morbidades	Proporção de morbidades referenciadas para CASAI		
	2020	2021	2022
Hipertensão Arterial	3	15	11
Gastrite	7	8	11
Infecção Por Coronavírus	11	2	2
Catarata	3	8	3
Glaucoma	1	7	6
Paralisia Cerebral	3	5	5
Diabetes Mellitus	5	3	4
Lombalgia	3	3	4

Morbidades	Proporção de morbididades referenciadas para CASAI		
	2020	2021	2022
Cardiopatia Congênita	5	1	3

Fonte: SIASI/Polos Base/DSEI, 2023.

Tabela 13 - Principais Especialidades/Morbidades que geram referência para a CASAI Imperatriz, de 2020 a 2022.

Morbidades	Proporção de morbididades referenciadas para CASAI		
	2020	2021	2022
Outras Doenças No Aparelho Digestivo	13	39	57
Doença Cardíaca Hipertensiva	-	39	57
Pneumonia Streptococcus	2	20	57
Otite Média Supurativa Elas Nao Especificada	-	39	28
Nefrite Túbulo Intestinal Não Especificada	13	40	14
Bronquiolite Aguda	9	20	29
Lombalgia	3	3	4
Cardiopatia Congênita	5	1	3

Fonte: SIASI/Polos Base/DSEI, 2023.

Tabela 14 - Principais Especialidades/Morbidades que geram referência para a CASAI São Luís, de 2020 a 2022

Morbidades	Proporção de morbididades referenciadas para CASAI		
	2020	2021	2022
Câncer	11	9	9
Doença cerebral crônica	33	39	37
Lábio Leporino/Fenda palatina		1	15
Cardiopatias	18	35	54
Doença respiratória aguda grave	91	43	63
Acidente offídico	6	10	16
Gestação de alto risco	6	8	1
Anóxia neonatal	6	8	1

Fonte: CASAI São Luís, 2020 a 2022.

Método de Cálculo: N° de indígenas com determinada morbidade referenciados para a CASAI em determinado ano/Total de indígenas referenciados no ano para CASAI.

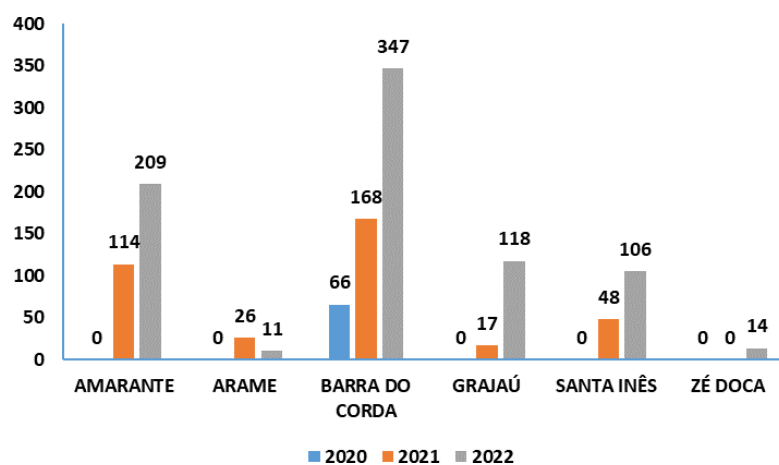
Tabela 15 - Quantitativo de usuários com doenças crônicas não transmissíveis e que necessitam de intervenção/cuidados específicos em 2022.

Cronicidade	Usuários
Transplantes	2
Hemodiálise	54
Doenças hematológicas	8
Câncer	121
HIV Positivo	69
Hipertensão Arterial	527
Diabetes	84
Doença cerebral crônica/epilepsia	12

Fonte: CASAI, 2022.

Sobre os casos de violência, observamos uma elevação do percentual de casos em relação ao ano de 2020, permanecendo estável nos últimos 2 anos.

Figura 1 - Percentual de casos de violência, DSEI Maranhão, 2020 a 2022.



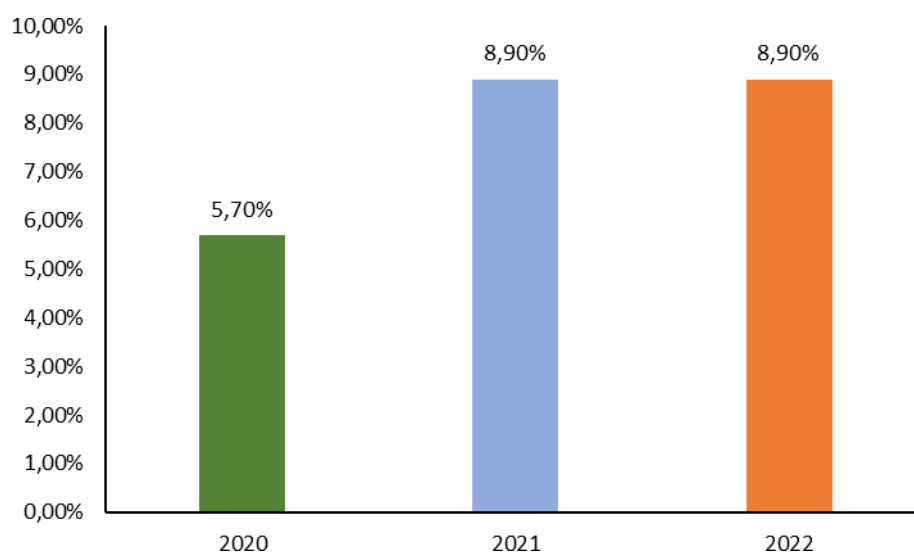
Fonte: SIASI/Polos Base/DSEI, 2023.

Quanto ao perfil das doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado, apresentamos as doenças diarreicas registradas, conforme distribuição por Polo Base.

A Vigilância Epidemiológica das Doenças Diarreicas Agudas (DDA) é composta pela Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas –MDDA e regulamentada pela Portaria nº 205 de 17 de fevereiro de 2016, que tem entre seus principais objetivos monitorar a ocorrência das diarreias, prevenir e atuar em surtos e reduzir sua incidência e letalidade.

Observa-se uma maior ocorrência de casos no Polo Base de Barra do Corda, seguido de Amarante e Grajaú. Os anos sem nenhum registro de casos, em 2020, pode ser inferido quanto ao sub registro, e não à ausência de casos.

Figura 2 - Casos de doença diarreica aguda, Polos Bases, DSEI MA, 2020 a 2022.



Fonte: SIASI/Polos Base/DSEI, 2023.

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

4.1. Infraestrutura de saúde:

Tabela 16 - Quantidade atual de estabelecimentos de saúde indígena por descrição do subtipo, número de reformas/ampliações e novos estabelecimentos.

Estabelecimento	Quantidade atual	Nº de reformas/ ampliações previstas/ano	Nº de novos estabelecimentos previstos (2024–2027)
CASAI	3	2	1
UBSI Tipo I	8	1	1
UBSI Tipo II	29	1	10
UBSI Tipo III	1	1	0
Polo Base tipo II	6	2	2
Sede do DSEI	1	1	0

Fonte: DSEI Maranhão, 2023.

Tabela 17 - Detalhamento das implantações/reformas de Unidades de Saúde planejadas

Tipo de Estabelecimento	Nome da Aldeia ou Polo Base	Implantação/reforma/ ampliação	Ano
CASAI	Imperatriz	Reforma	2024
UBSI Tipo II	Jenipapo dos Ribeiros	Implantação	2024
UBSI Tipo II	Ypú	Implantação	2024
UBSI Tipo II	Lago Branco	Implantação	2025
UBSI Tipo II	Zutiua	Implantação	2025
UBSI Tipo II	Bacurizeiro	Implantação	2025
Polo Base Tipo II	Grajaú	Implantação	2025
UBSI Tipo II	Três Irmãos	Implantação	2026
UBSI Tipo II	Bacurizinho	Implantação	2026
Polo Base Tipo II	Amarante	Implantação	2027
UBSI Tipo I	Sibirino	Implantação	2027
UBSI Tipo II	Rubiácea	Implantação	2027

Fonte: DSEI Maranhão, 2023.

Os serviços poderão ser alterados de acordo com a liberação e recurso pela SESAI e a finalização das demandas, podendo ser inseridas outras quantidades referentes aos estabelecimentos de saúde do DSEI-MA.

4.2. Gestão do Trabalho e educação na saúde

A atual força de trabalho do DSEI-MA encontra-se defasada e incompatível com as demandas dos serviços de saúde necessários para atender ao quantitativo populacional de indígenas em qualidade e dignamente, tal qual é previsto na legislação do SUS. Portanto, é urgente a recomposição dos quadros técnicos, assistenciais e de gestão no DSEI-MA, a fim de prover a atenção primária do modo previsto na PNASPI.

Atualmente, o número de funcionários conveniados em atuação no DSEI-MA é de 696, e o número de servidores de carreira é de 47. Porém, grande parte dos servidores encontram-se na fase final da carreira e já reúne condições para a aposentadoria, devendo em breve ter o DSEI-MA perda considerável de seu quadro de servidores; além disso, muitos dos servidores ativos ocupam cargos já extintos na Administração Pública.

Logo, é necessária a contratação de um número maior de profissionais de saúde, principalmente de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem. Também é

importante mencionar que este Distrito já foi acionado pelos Conselhos de Classe de Enfermagem (Maranhão e Piauí) e de Farmácia, para providenciar a contratação dos profissionais de acordo com os preceitos éticos das profissões representadas pelos Conselhos.

Para melhor compreensão, segue o Quadro 20: Demonstrativo geral de recursos humanos existente no DSEI-MA, onde é apresentada a atual força de trabalho deste Distrito e a necessidade de ampliação, apresentando o dimensionamento de Recursos Humanos de todas as categorias, seja servidor, conveniado, terceirizado.

4.2.1. Força de Trabalho

Quadro 4 - Demonstrativo geral de recursos humano existente no DSEI-MA

Recurso Humano	LOTAÇÃO				VÍNCULO EMPREGATÍCIO				
	Total	Polo base Tipo II	CASAI	Sede DSEI	Servidor	Convênio	Terceirizada	Mais médicos	Município
Médico (a)	13	02	00	00	X	X		X	
Enfermeiro (a)	64	50	09	05	X	X			
Administrador	01	00	00	02	X	X			
Agente Comunitário de Saúde	02	01	00	01		X			
Agente de Saúde Pública	06	04	00	02	X				
Agente Indígena de Saneamento	183	183	00	00		X			
Agente Indígena de Saúde	177	177	00	00		X			
Analista Técnico de Políticas Sociais	01	00	00	01	X				
Apoiadora Tec. Saneamento	01	00	00	01		X			
Artífice	01	01	00	00	X				
Artífice de Manutenção de Veículos	01	00	00	01	X				
Assessor técnico indígena - nível i	01	01	00	00					

Recurso Humano	LOTAÇÃO				VÍNCULO EMPREGATÍCIO				
	Total	Polo base Tipo II	CASAI	Sede DSEI	Servidor	Convênio	Terceirizada	Mais médicos	Município
Assistente administrativo	20	00	02	13	X	X			
Assistente Social	06	03	03	00		X			
Atendente	01	00	00	01	X				
Auxiliar de Saneamento	01	00	00	01	X				
Auxiliar de Serviços Gerais	01	00	00	01	X	X			
Auxiliar em saúde bucal	21	21	00	00		X			
Auxiliar Operações Serviços Diversos	01	00	00	01	X				
Cirurgião dentista-clínico geral	24	23	00	01		X			
Contramestre	01	01	00	00	X				
Copeiro	02	00	01	01		X	X		
Engenheiro Civil	03	00	00	02		X			X
Farmacêutico	04	01	02	01		X			
Faxineiro	07	07	00	00			X		
Gerente Administrativo	01	00	00	00		X			X
Gerente de RH	02	00	00	00		X			
Guarda de Endemias	07	07	00	00	X				
Laboratorista	02	00	00	02	X				
Monitor de Saúde	05	05	00	00	X				
Motorista decarrode passeio	01	01	00	00			X		
Motorista oficial	09	00	00	09	X				
Nutricionista	5	01	3	01		X			
Psicóloga	2	00	1	1		X			
Secretário Executivo do CONDISI	01	00	00	01		X			

Recurso Humano	LOTAÇÃO				VÍNCULO EMPREGATÍCIO				
	Total	Polo base Tipo II	CASAI	Sede DSEI	Servidor	Convênio	Terceirizada	Mais médicos	Município
Supervisor Administrativo	02	01	00	01		X			
Supervisor de telemarketing e atendimento	01	00	00	00		X			X
Técnico em Enfermagem	184	161	21	02		X			
Técnico de Laboratório	01	00	00	01	X				
Técnico de obras civis	03	01	00	02		X			
Técnico de saneamento	02	01	00	01		X			
Técnico eletrônico	01	00	00	01		X			
Técnico em administração	01	01	00	00		X			
Tecnólogo em meio ambiente	01	00	00	01		X			
Vigilante	33	13	12	08	X		X		

Fonte: SESAI-RH, 2023.

Cabe ressaltar que a citada tabela de Recursos humanos existente no DSEI/MA não condiz com a realidade do Distrito, pois o SESAI-RH possui fragilidades de inserção e acompanhamento, visto que depende exclusivamente de um profissional servidor.

Tabela 18 - Capacidade de EMSI instalada atualmente

Polo Base	EMSI	PERFIL DAS EMSI							
		Enfermeiro	Médico	Cir. Dentista	Téc Enf	ASB/TSB	AIS	AISAN	Aldeias atendidas
Barra do Corda	EMSI Porquinhos	01	01	01	02	01	06	01	01
	EMSI Escalvado	02	01	01	05	01	10	03	02
	EMSI Lagoa comprida	01	01	01	3	01	01	04	21
	EMSI El Betel	01	01	01	04	01	04	06	21
	EMSI São Pedro	01	01	01	07	01	08	04	56
	EMSI Cocalim	01	01	01	02	01	02	03	19
	EMSI Cacimba velha	01	01	01	03	01	03	04	13
	EMSI Rodeador 2	01	01	01	04	01	07	03	37
	EMSI Cachoeira	01	01	01	06	01	07	05	35
	EMSI Mearim 1	01	01	01	03	01	03	03	14
	EMSI Mearim 2	01	01	01	03	01	04	05	27
EMSI Rodeador 1	01	01	01	04	01	06	01	35	
Arame	EMSI Lago Branco	01	01	01	05	01	09	13	35
	EMSI Angico Torto	01	01	01	05	01	06	08	32
	EMSI Abraão	01	01	01	03	01	05	04	17
	EMSI Zutuia	01	01	01	02	01	04	01	11
Grajá	EMSI Bacurizinho	01	01	01	02	01	05	05	18
	EMSI Ipu	01	01	01	04	01	06	07	43
	EMSI Coquinho BR	01	01	01	03	01	04	05	39
	EMSI Bananal	01	02	01	04	01	05	07	40
	EMSI Juruá - Sibirino	01	02	01	07	01	03	10	23

Polo Base	EMSI	PERFIL DAS EMSI							
		Enfermeiro	Médico	Cir. Dentista	Téc Enf	ASB/TSB	AIS	AISAN	Aldeias atendidas
	EMSI Morro Branco	01	02	01	03	01	05	03	22
Santa Inês	EMSI Pindaré	01	01	01	03	01	07	06	08
	EMSI Awa	02	01	01	05	01	02	02	03
	EMSI Maçaranduba	01	01	01	01	01	02	01	01
Zé Doca	EMSI Ximborendá	01	01	01	01	01	02	02	05
	EMSI Guajá	01	01	01	05	01	04	03	09
	EMSI Axinguiendá	01	01	00	01	01	02	02	06
Amarante	EMSI Krikati	02	01	01	04	01	07	06	00
	EMSI Canudal 1	01	01	01	2	01	03	03	13
	EMSI Canudal 2	01	1	01	3	01	5	9	29
	EMSI Juçaral	01	01	01	2	01	6	6	11
	EMSI Lagoa Comprida	01	01	01	2	01	5	8	19
	EMSI Governador	01	01	01	3	01	3	7	8
Bom Jesus Das Selvas	EMSI	01	01	01	02	01	03	03	13

Fonte: DSEI, 2023.

Tabela 19 - Demonstrativo do DSEI- MA para os Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato (PIIRC)

Função	Sede DSEI	Polo Base TIPO I	Total Geral	Programação		
				2024	2025	2026
Agente Indígena De Saúde	-	6	6	2	2	2
Assistente Social De Saúde Indígena	1	1	2	2	0	0
Auxiliar/ Técnico Saúde Bucal De Saúde Indígena	-	3	3	3	0	0
Cirurgião Dentista De Saúde Indígena	-	3	3	3	0	0
Enfermeiro De Saúde Indígena	1	3	4	2	2	-
Nutricionista De Saúde Indígena	-	3	3	3	0	0
Psicólogo De Saúde Indígena	-	3	3	3	0	0
Tec. Enfermagem De Saúde Indígena	-	6	6	3	3	0
Antropólogo	1	-	1	1	0	0

Fonte: DSEI Maranhão, 2023.

Considerando a existência de Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato (PIIRC) no território de abrangência do DSEI MA e considerando as suas especificidades se faz necessário um ponto focal (profissional Enfermeiro) específico para atendimento das demandas relacionadas aos PIIRC na sede do DSEI-MA, e o redimensionamento de profissionais exclusivos para esses povos nos polos bases (conforme tabela 22.1), de forma a evitar vazio assistencial.

Em relação ao dimensionamento do quadro de pessoal necessário ao cumprimento das atribuições do SESANI, devem ser consideradas as atividades compreendidas: na operação, na manutenção e no monitoramento da qualidade da água dos 204 sistemas em operação atualmente na abrangência do Distrito (abastecendo cerca de 89% da população indígena e 53% das aldeias); na gestão de resíduos sólidos de serviço de saúde, considerando os pontos de atendimento da saúde indígena nos territórios; e na manutenção das unidades básicas de saúde.

Por outro lado, há um número considerável de aldeias ainda não abastecidas por sistema público de água, cerca de 57%, parte delas vem sendo atendida de forma paliativa por caminhão pipa; há carência de unidades de saúde em parte do território; as ações de fomento à gestão de resíduos sólidos comuns nas aldeias são bastante incipientes; e o Distrito ainda não realizou ações voltadas para o esgotamento sanitário em sua área de abrangência. O atendimento dessas demandas exige o

redimensionamento do quadro de colaboradores lotados no setor.

Também deve ser considerado que no cumprimento das atribuições do SESANI são exigidas Responsabilidades Técnicas, segundo legislação vigente: para operação e manutenção dos sistemas de abastecimento de água - incluindo a responsabilidade pela qualidade da água (Engenheiro, Geólogo, Biólogo, Químico e Técnico de Meio Ambiente) e de sistemas de esgotamento sanitário (Engenheiro, Biólogo, Químico e Técnico de Meio Ambiente); para elaboração de projetos de implantação de SAA (Engenheiro Civil e Geólogo - se captação subterrânea, Engenheiro Eletricista ou Eletrotécnico) e de Edificações de Saúde (Engenheiro Civil, e Arquiteto e Técnico em Edificações); para fiscalização de obras (os mesmos profissionais da fase de elaboração dos projetos); e para gestão de resíduos sólidos e resíduos de serviço de saúde (Biólogo, Químico). No entanto, o Setor não dispõe atualmente em seu quadro das seguintes categorias: Geólogo, Arquiteto, Biólogo/Químico e Engenheiro Sanitarista.

Assim, a estruturação do Setor Saneamento na sede do Distrito e nos Polos, com pessoal qualificado, equipamentos de informática com acesso à internet, equipamento de projeção, laboratório de baixa complexidade e veículos com motorista é imprescindível, e se não for priorizada a prestação precária de serviços nos territórios se manterá, pois não se trata apenas de demandas quantitativas com exigências técnicas para se cumprir, só isso já justificaria a reestruturação, mas se trata do rompimento de quadro epidemiológico histórico dos povos indígenas em que persistem elevadas a morbimortalidade por causas evitáveis que evidenciam, entre outros, a inadequação do saneamento.

Também precisam ser consideradas na estruturação do Setor Saneamento o processo permanente e contínuo de ações/serviços que devem ser desenvolvidos considerando as condições ambientais desfavoráveis que priorizam a vida nos territórios; a grande extensão territorial; o desafio da prática da interculturalidade com os diversos povos; a dispersão das comunidades indígenas nos territórios; e a forma de organização do Distrito em suas instâncias de assistência e apoio, não bastando contar com técnicos na sede do Distrito, mas é necessário ter equipes locais na instância dos Polos e AISAN qualificados, uma vez que, em grande medida, é ele, apoiados por técnicos dos Polos, que deveria assumir a rotina dos serviços de saneamento nas aldeias.

Assim, para reestruturação do quadro de pessoal do Setor, propõe-se, num

primeiro momento, um ajuste nos contratos propostos no Edital do Chamamento Público, publicado pela SESAI, que visa a celebração do novo convênio, observado o valor previsto para este Distrito. O ajuste tem como foco assegurar os profissionais que possam assumir a Responsabilidade Técnica das atividades inerentes ao cumprimento das atribuições legais do setor.

Figura 3 - Demonstrativo do ajuste no quadro de pessoal a ser contratado para o SESANI, em 2024, no novo Convênio

NÍVEL	FUNÇÕES DO CHAMAMENTO	QUANTITATIVO CHAMAMENTO	FUNÇÕES NECESSÁRIAS	QUANTITATIVO A CONTRATAR
SUPERIOR	ENGENHEIRO CIVIL	1	ENGENHEIRO CIVIL	1
	ENGENHEIRO SANITARISTA	1	ENGENHEIRO CIVIL	1
	APOIADOR TÉCNICO DE SANEAMENTO	1	APOIADOR TÉCNICO DE SANEAMENTO	1
	SUPERVISOR DE SAÚDE AMBIENTAL	2	BIÓLOGO	1
	SUB-TOTAL	5		4
MÉDIO	TÉCNICO EM SANEAMENTO E CONTROLE AMBIENTAL	3	TÉCNICO EM SANEAMENTO E CONTROLE AMBIENTAL (1 na sede e 6 nos Polos)	7
	TÉCNICO DE EDIFICAÇÕES	4	TÉCNICO EDIFICAÇÕES (2 na sede e 2 nos Polos)	4
	TÉCNICO ELETROTÉCNICO	3	TÉCNICO ELETROTÉCNICO (sede)	1
	MONITOR DE ÁGUA, SANEAMENTO E HIGIENE	1	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO (sede)	1
	SUB-TOTAL	11		13
TOTAL GERAL (NM + NS)		16		17
FUNDA-MENTAL	AGENTE INDÍGENA DE SANEAMENTO - AISAN	190	AGENTE INDÍGENA DE SANEAMENTO - AISAN	190
TOTAL GERAL (NM + NS + NF)		206		207

Fonte: DSEI Maranhão, 2023.

Adotadas essas medidas, é necessário assegurar o quadro mínimo de pessoal técnico para compor a equipe do SESANI na sede do Distrito e nos Polos, pois os servidores que colaboraram nessas instâncias ou se aposentaram ou estão prestes a se aposentar.

Este novo contingente de funcionários foi considerado na definição dos produtos e ações descritas nos Resultados Esperados no item Infraestrutura e Saneamento, anexo deste PDSI, por ser a estruturação do SESANI na sede e nos Polos, condição para o alcance dos resultados planejados.

4.2.2. Qualificação profissional

O DSEI-MA tem apresentado, nos últimos anos, dificuldades diversas quanto à realização de qualificações profissionais do seu quadro de recursos humanos, principalmente para atuação em contexto de trabalho intercultural. A pandemia de COVID-19 foi determinante para o não atingimento das metas pactuadas no PDSI

2020-2023, como também o déficit de equipamentos de tecnologia de comunicação e informação (TIC) e ausência de conectividade com a rede de internet nos territórios indígenas e CASAI.

Outro aspecto, refere-se à ausência do profissional da categoria de Antropologia/Ciências Sociais na composição da Equipe Técnica do DSEI-MA, fato este que fragiliza a análise dos diferentes componentes culturais, étnicos e históricos dos grupos indígenas do Maranhão e a formalização de propostas de ações de qualificação profissional, de acordo e em respeito a singularidade de cada grupo étnico.

Também é necessário ressaltar que a excessiva demora na homologação do Plano de Trabalho Anual do Convênio, com a homologação ocorrendo geralmente no início do segundo semestre do ano, provoca dificuldades na execução das ações educativas previstas no Plano Anual de Educação Permanente do DSEI-MA, inviabilizando a execução de todas ações, tendo o DSEI que elencar ações e temas prioritários; e ainda acarreta em concentração das ações em datas muito próximas (semanas seguidas), o que também gera impactos negativos para o DSEI-MA.

No ano de 2023, como dado preliminar de outubro/2023, foram qualificados até o momento, 128 trabalhadores para aperfeiçoamento do trabalho em saúde, o que corresponde ao percentual de 18% do quadro de profissionais. Quanto ao número de trabalhadores qualificados para atuação em contexto intercultural, atingiu-se o quantitativo de 11 profissionais, o que corresponde ao percentual de 2% de trabalhadores do DSEI-MA.

Ao longo do quadriênio de vigência do último PDSI (2020-2023), foram qualificados 90 trabalhadores para atuação em contexto intercultural e 770 trabalhadores para aperfeiçoamento do trabalho em saúde.

Neste sentido, de acordo com o que prevê a Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas, o DSEI-MA apresenta como principais temáticas de Educação Permanente para o contínuo aprimoramento dos profissionais de saúde lotados tanto na sede do Distrito, como nos Polos Base e Casas de Saúde Indígena (CASAI), assuntos relacionados às maiores fragilidades e desafios enfrentados pelo Distrito quanto a assistência em atenção primária, tais como: Vigilância do Óbito Materno-Infantil, Atualização em Sala de Vacina, Estratégia AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância), Atualização em Assistência em Saúde da Mulher, Atualização profissional dos cuidados de enfermagem direcionados aos

Técnicos de Enfermagem, Formação profissional em saúde aos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e aos Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN), Curso de Atualização de Assistência em Saúde Bucal na Atenção Primária, Capacitação em Urgências/Emergências Odontológicas, Capacitação em Cuidado em Saúde Bucal para Gestantes e Puérperas, Capacitação em Farmacologia Odontológica, Capacitação em Cuidado em Saúde Bucal da Pessoa com Doença Infecciosa Transmissível, Atenção ao Pré-Natal nos Territórios Indígenas, Protocolos de Intervenção dos profissionais de saúde em casos de violência contra criança, adolescentes, mulheres e idosos, Curso de Prevenção aos agravos em Saúde Mental no Contexto Indígena, Promoção do Uso Racional de Medicamentos na Saúde Indígena, Direito à saúde da pessoa com deficiência, Atualização no Manejo dos Sistemas de Informação em Saúde Indígena (Hórus e SIASI), Vigilância Epidemiológica em Doenças Sexualmente Transmissíveis (ISTs), Atenção Primária em Hanseníase e Tuberculose, Controle e Eliminação de Agravos e Doenças Transmissíveis e Endêmicas, Cuidados Imediatos em casos de Acidentes com Animais Peçonhentos, entre outros.

Em relação à qualificação dos servidores e funcionários lotados no SESANI, as seguintes temáticas são importantes: Educação Ambiental, Educação em Saúde Ambiental e Educação em Saúde, integrar para fortalecer a política de atenção à saúde dos povos indígenas; Medidas corretivas e Vigilância da qualidade da água para consumo humano na prevenção de doenças e na promoção da saúde; Gestão da Informação como base para o conhecimento, o planejamento e a avaliação das ações de saneamento nos territórios indígenas; Gestão de Resíduos sólidos em territórios indígenas: responsabilidades dos três entes federados; Gestão de Resíduos de Serviços de Saúde: segurança sanitária e ambiental - da produção ao destino final ambientalmente adequado; Georreferenciamento como ferramenta de gestão de informações e base para monitoramento, avaliação planejamento; e Abastecimento público de água em territórios indígenas – modelos tecnológicos e acesso universal.

Quanto às temáticas de qualificação relacionadas à gestão pública, é necessário ressaltar a demanda para os seguintes assuntos: atualização em licitações e compras públicas, gestão e fiscalização contratual, governança e boas práticas de gestão pública, integridade e ética pública, regime disciplinar e obrigações do servidor público (Lei 8.112/90), atualização no manejo dos diferentes sistemas de informação da Administração Pública, entre outros.

4.3. Infraestrutura de saneamento

O DSEI/MA, por meio do SESANI, vem priorizando ao longo dos anos a implantação de sistemas de abastecimento de água constituído de poços tubulares, recalque, reservação e distribuição. Essas estruturas, em geral, são projetadas para atendimento de grupos de aldeias e não apenas da aldeia que recebe o sistema. Historicamente, tem optado por captações subterrâneas, pois 95% dos territórios Indígenas estão localizados em áreas de bacias sedimentares e com sistemas de aquíferos de boa produtividade e qualidade, assim, os custos operacionais e de manutenção são menos onerosos e complexos se comparados a captações superficiais, cuja implantação demandaria a construção de ETAs e mão de obra qualificada para sua rotina operacional. Quanto à gestão dos resíduos sólidos comuns, o SESANI vem atuando em ações educativas pontuais, considerando que são os municípios os responsáveis, segundo a Política Nacional de Resíduos Sólidos, pela coleta e destinação final dessa classe de resíduos. É também desenvolvido um trabalho ainda incipiente de articulação entre o DSEI e as prefeituras para a inserção dos TI no plano de gestão municipal dos resíduos. O SESANI ao longo do tempo tem enfrentado dificuldade em atuar nessa pasta devido ao seu quadro técnico reduzido, em especial, nos Polos Base.

O DSEI não possui informações tão detalhadas de todas as aldeias quanto ao manejo dos resíduos sólidos comuns, no entanto, considerando-se a ausência de coleta de resíduos nas aldeias e as condições observadas nas aldeias quando realizadas visitas e vistorias para acompanhamento de obras da execução de serviços de manutenção de sistemas, é possível inferir que, no geral, o manejo dos resíduos comuns nas aldeias pode ser representado conforme quadro a seguir.

Tabela 20 - Caracterização das aldeias sobre infraestrutura de saneamento

Polo Base	Nº de aldeias	Nº de aldeias com coleta de resíduos pela prefeitura	Nº de aldeias que destinam seus resíduos orgânicos para 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
Amarante	126	0	126	126	74	0

Polo Base	Nº de aldeias	Nº de aldeias com coleta de resíduos pela prefeitura	Nº de aldeias que destinam seus resíduos orgânicos para 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
Arame	91	0	91	91	53	0
Barra do Corda	296	0	296	26	144	0
Grajaú	185	1	184	184	87	0
Santa Inês	14	0	14	14	14	0
Zé Doca	23	0	23	23	19	0
Total	735	0	735	735	391	0

Por outro lado, para o tratamento da água dos sistemas de abastecimento, a tecnologia adotada é o clorador de pastilha, por ser um equipamento de fácil produção, operação e manutenção. Inclusive, alguns servidores e funcionários do Distrito produzem os cloradores, utilizando-se de insumos adquiridos pelo órgão. No entanto, o número reduzido no quadro de pessoal do setor nos Polos e a inconstância na aquisição dos insumos têm dificultado a instalação dos cloradores em 100% dos sistemas. Atualmente, apenas 63% dos 204 sistemas em operação nas aldeias da abrangência do DSEI-MA dispõem dessa etapa de tratamento implantada.

A situação é mais crítica ainda, pois o SESANI não conta com equipe em todos os Polos e os Aisans não têm acesso a processo formativo que assegure o desenvolvimento de suas habilidades e competências necessárias ao cumprimento de suas atribuições, o que tem impossibilitado a realização do tratamento da água e, por conseguinte, o monitoramento do residual do cloro livre, como rotina na aldeia.

Assim, o tratamento acaba sendo esporádico, sendo realizado uma vez por mês pelos técnicos do SESANI ou do Polo quando se deslocam às aldeias para realizar as coletas para o monitoramento da qualidade da água.

Por outro lado, os dados descritos na coluna “aldeias com filtração” do Quadro 24 se refere às aldeias em que houve entrega de filtros de barro para tratamento domiciliar da água e não filtração da água do sistema, pois essas aldeias beneficiadas com filtro não possuem sistema de abastecimento de água, o que as mantém como demanda para ampliação do abastecimento de água potável por meio de sistema público.

Tabela 21 - Tecnologias de tratamento de água mais utilizadas

Polo Base	N° de Aldeias	N° de aldeias com SAA	N° de aldeias com tratamento	N° de aldeias sem tratamento	N° de aldeias que são atendidas por concessionária	N° de aldeias com salta-Z	N° de aldeias com filtração
Amarante	126	51	25	26	0	0	11
Arame	91	29	22	7	0	0	5
Barra do Corda	296	47	22	25	0	0	1
Grajaú	185	44	34	10	0	0	2
Santa Inês	14	14	13	1	0	0	0
Zé Doca	23	19	12	7	0	0	0
Total	735	204	128	76	0	0	19

Fonte: DSEI Maranhão, 2023.

Diante dessa situação, que mantém parte do abastecimento de água nas aldeias indígenas em desacordo com o que determina o Art. 24 da Portaria MS 888/2021, as medidas necessárias para estruturação do Setor Saneamento na sede do Distrito e nos Polos precisam ser priorizadas pela gestão nacional da Política Nacional de Saúde Indígena.

Assegurar o número mínimo de funcionários e a qualificação técnica da equipe do Setor; dotar os Polos com laboratórios de baixa complexidade, equipamentos do MQAI, computador e laptop com acesso à internet, equipamento de projeção e veículo com motorista, conforme descrito nos Resultados Esperados no item Infraestrutura e Saneamento, anexo deste PDSI, é condição indispensável para a mudança desse cenário, pois os técnicos a serem contratados para atuar em cada Polo assumirão, entre outras atribuições, a capacitação em serviço continuada dos AISAN nas aldeias.

O AISAN é o trabalhador do saneamento que presta serviço na aldeia, sendo ele, por morar no local em que os serviços são prestados, o único da equipe que tem condições de assumir as ações/atividades da rotina diária do serviço de saneamento ofertado nas aldeias, desde que devidamente capacitado, como o tratamento da água e o monitoramento diário do residual de cloro livre, dentre outras atividades.

O DSEI Maranhão não realizou serviços de esgotamento sanitário em área indígena, pois sempre se deu prioridade ao abastecimento de água potável devido a limitação orçamentária. Algumas casas foram construídas em aldeia pelo Programa Minha Casa Minha Vida no qual o tratamento é feito por fossas e sumidouros. O DSEI-

MA pretende realizar levantamento nas aldeias sobre o que vem sendo construído referente ao esgotamento sanitário e realizar trabalhos educativos sobre o assunto nas aldeias.

As implantações de SAA poderão variar de acordo com a execução feita pelo DSEI- MA e pela liberação do recurso pela SESAI, onde serão acrescentadas outras aldeias que não constam no quadro abaixo de acordo com os critérios adotados pelo SESANI de implantação e ampliação/melhoria de SAAs, de acordo com a demanda por ano. Abaixo segue quadro com as metas de implantação de SAA para o presente Plano, considerando o que estava programado no PDSI 2019-2023 que não foram executados.

Quadro 5 - Previsão de implantação de infraestrutura de abastecimento de água por aldeia 2024 a 2027

Polo Base	Município	Aldeia	População	Ano de previsão
Arame	Arame	Nova Providência (33) e Estirão (88)	121	2024
Arame	Santa Luzia	Maranuwi	102	2024
Amarante	Sítio novo	Nova Jerusalém	152	2025
Barra do Corda	Barra do Corda	Eucalipto (28), Travessia (42), Tamburi (133), Bom Jesus (8), Vida Nova (52), Tamburi II (13) e Paraíso (54)	330	2025
Barra do Corda	Jenipapo dos Vieiras	Matias (72), Mussum lagoa Comprida (33), Messias (107)	212	2025
Grajaú	Jenipapo dos Vieiras	Cianorte(10), Sítio (45), Canaã BR (24)	79	2025
Grajaú	Grajaú	Butirizal (24), Lagoinha (9), Guapimirim (19) e Gameleria (24)	76	2026
Grajaú	Grajaú	Santa (49), Cabeceira (14) e Sapucaia (25)	88	2026
Barra do Corda	Barra do Corda	A definir	A definir	2026
Barra do Corda	Jenipapo dos Vieiras	A definir	A definir	2026
Arame	A definir	A definir	A definir	2027
Barra do Corda	A definir	A definir	A definir	2027
Grajaú	Itaipava do Grajaú	A definir	A definir	2027
Amarante	Amarante	A definir	A definir	2027

Fonte: DSEI Maranhão, 2023.

Há implantações e melhorias/ampliações que ainda serão definidas as aldeias, o que aumentará o número de aldeias na planilha de resultados. Nos Quadros 26 e 27, foram inseridos alguns polos e municípios, restando por definir com a participação dos Polos e dos usuários em quais aldeias serão implantados os sistemas, priorizando a aldeia que apresentar maior possibilidade de ampliação para outras aldeias. Quanto à definição de novos SAA, considerando-se os custos diretos e indiretos cada vez mais significativos com a operação e a manutenção dos sistemas (contrato de manutenção, custos com energia elétrica, insumos e estrutura para qualidade da água, etc.), pois serão 228 sistemas em operação após a implantação dos 14 sistemas planejados, a equipe técnica do SESANI propõe a realização de estudo de viabilidade da implantação ou reforma de SAA estruturando como rede de abastecimento com potencial de alcance de maiores coberturas territoriais e não apenas um pequeno grupo de aldeias, como tem sido praticado no Distrito. Essa medida visa ampliar a cobertura de água sem necessariamente aumentar significativamente o número de sistemas, de modo a reduzir os custos operacionais e melhor responder a movimentação das comunidades nos territórios.

Esses sistemas terão características construtivas diferentes das atuais, para que a vazão de exploração seja maior e a rede de distribuição planejada também tenha características diferenciadas para que não haja prejuízo no abastecimento a longas distâncias.

O DSEI-MA não pretende realizar construção de sistemas de esgotamento sanitário nas aldeias até que disponha de condições técnicas e de apoio nos Polos, bem como a sinalização quanto ao aporte específico de recursos para essa finalidade, uma vez que a estrutura atual e os recursos têm sido dedicados ao abastecimento de água, dada a prioridade do abastecimento em relação ao esgotamento e a demanda ainda não atendida no abastecimento. No entanto, pretende realizar levantamento sobre a disposição dos dejetos nas aldeias, iniciando pelas aldeias que receberam algum investimento nessa área, sejam os módulos sanitários implantados ainda pela Funasa, como também as que foram contempladas pelo Programa Minha Casa Minha Vida, por serem dotadas com banheiros e sistema de fossa e sumidouro. Além do levantamento de dados, o SESANI pretende apoiar os AISAN na realização de ações de educação em saúde e mobilização da comunidade visando à compreensão local sobre a relação dos dejetos humanos no ciclo de transmissão das doenças de veiculação hídrica, bem como o desenvolvimento de iniciativas locais voltadas para o

afastamento dos dejetos do contato com as pessoas, com o solo e com os recursos hídricos.

E, caso o Setor Saneamento seja melhor estruturado na sede e nos Polos, ampliando a equipe técnica com o Engenheiro Sanitarista na sede e os técnicos nos Polos, como proposto neste Plano, e havendo a disposição de orçamento específico, a partir de 2026, propõe-se iniciar a implantação de tecnologias de esgotamento sanitário em duas aldeias de dois Polos, a definir em reunião do CONDISI, considerando estudo específico realizado pelo Engenheiro Sanitarista, profissional a ser contratado para assumir esta pasta no Distrito.

Da mesma forma que as ações planejadas para abastecimento de água, gestão de resíduos sólidos, e edificações de saúde, também as que abordam o esgotamento sanitário dependem da composição mínima das equipes de saneamento nos Polos.

4.4. Meio de transporte:

Tabela 22 - 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	-	
Terrestre	730	99,32%
Aéreo	-	-
Misto - Fluvial/Terrestre	5	0,68%
Total	735	100%

Fonte: DSEI Maranhão, 2023.

Tabela 23 - Número de veículos e equipamentos de transporte por tipo

Tipo	Quantidade	Previsão anual da necessidade
Picape	10	-
Picape Locada	51	70
Carro de passeio Locado	06	06
Van	02	03
Caminhão	03	04
Ônibus / Microônibus	-	-
Voadeira	-	-
Barco	-	3

Fonte: DSEI Maranhão, 2023.

Desde o ano de 2019, o Plano de Transporte do DSEI/MA foi elaborado, no

entanto, não vinha sendo utilizado ou atualizado até o momento. Essa situação decorreu de uma série de desafios, como restrições orçamentárias, priorização de outras demandas prementes e a possibilidade de alterações nas condições logísticas ao longo desse período. Cientes da importância estratégica desse documento, a partir de 2024, será dedicada a devida atenção à sua atualização e utilização para a gestão eficaz do setor de transportes do DSEI Maranhão.

Reconhecendo a necessidade de manter o Plano de Transporte alinhado com as atuais demandas e condições operacionais, a decisão de retomar e atualizar as informações a partir do ano de 2024 reflete nosso comprometimento em otimizar recursos e garantir a eficiência no transporte de insumos, pessoal e demais recursos. Essa iniciativa visa não apenas atender às exigências atuais, mas também antecipar e adaptar-se a possíveis mudanças nas condições logísticas, contribuindo para a melhoria contínua da eficácia operacional do DSEI/MA.

O acompanhamento dos contratos administrativos relacionados ao transporte é conduzido pelo fiscal do contrato, juntamente com uma equipe de fiscalização composta por assistentes administrativos conveniados, os quais utilizam sistemas de monitoramento via satélite. Esse processo envolve fiscalizações *in loco* nos Polos Bases e casais abrangidos pelo DSEI MA, além da utilização de boletins comprobatórios de deslocamentos padronizados, registros de abastecimentos, fichas de autorização emitidas pelos responsáveis técnicos, *checklists* e relatórios mensais de utilização do combustível.

Além disso, é importante salientar que a gestão do contrato vai além do mero acompanhamento das atividades de monitoramento do uso do veículo. Englobando também o gerenciamento das manutenções, o DSEI, dentro de sua competência de supervisão e validação de todas as entregas acordadas nos contratos, busca garantir o cumprimento de obrigações contratuais, mitigar riscos e otimizar resultados. Para tanto, o DSEI recebe as solicitações de manutenções, encaminhando-as para a realização de orçamento e reparo nas oficinas credenciadas, conforme estipulado no contrato vigente com a empresa de locação de veículos.

A fim de evitar a descontinuidade dos serviços por falta de contratações vigentes, o DSEI realiza um planejamento cuidadoso e instruções contratuais de acordo com o prazo de vigência do contrato atual. Considerando os desafios e entraves típicos da administração pública, em situações emergenciais, recorreremos à celebração de contratos emergenciais para suprir necessidades imediatas e evitar a

interrupção dos serviços na área da saúde. Essa abordagem estratégica visa assegurar a continuidade e a qualidade dos serviços prestados.

O setor de transportes do DSEI Maranhão desempenha um papel crucial na garantia da eficiência logística e no suporte às atividades relacionadas à saúde indígena na região. Atualmente, contamos com uma equipe dedicada, composta apenas por duas pessoas, responsáveis por lidar com todas as atribuições desse setor estratégico. No entanto, diante da expressiva frota de veículos e do número de motoristas sob nossa gestão, reconhecemos a necessidade premente de ampliar nossa mão de obra capacitada.

A complexidade das operações logísticas, que incluem o transporte de insumos, equipamentos médicos e equipes de saúde para comunidades remotas, exige uma abordagem minuciosa e eficiente. A limitação atual de pessoal dificulta a realização dessas tarefas de maneira abrangente, o que impacta diretamente na qualidade do serviço prestado. O aumento do quadro de colaboradores no setor de transportes é essencial para distribuir responsabilidades de forma mais equitativa e assegurar a realização de todas as atividades de maneira eficaz.

A ampliação da equipe não apenas aliviará a carga de trabalho sobre os membros atuais, mas também permitirá uma abordagem mais especializada em áreas específicas do transporte, resultando em um desempenho mais eficiente e na promoção da excelência operacional. A colaboração de profissionais capacitados possibilitará a implementação efetiva das diretrizes estabelecidas na Cartilha de Transportes elaborada pela SESAI, enviada pela Coordenação- Geral de Gestão dos Contratos de Bens, Serviços e Insumos de Saúde Indígena (CGCSI). A adição de recursos humanos é fundamental para garantir o cumprimento rigoroso dessas diretrizes, contribuindo para a segurança, pontualidade e eficiência das operações de transporte realizadas pelo DSEI Maranhão.

4.5. Controle Social

Tabela 24 -Total de Conselheiros Locais, Distritais e Assessor Indígena no DSEI

Descrição	Total
Conselheiro Local	210
Conselheiro Distrital	52
Assessor Indígena	2

Fonte: DSEI Maranhão, 2023.

Tabela 25 - Previsão de capacitação anual de conselheiros locais e distritais de saúde indígena do DSEI

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

Tabela 26 - Previsão de reunião de conselhos locais e distritais de saúde indígena do DSEI

Reuniões: CLSI; CONDISI	Total de participantes	Local	Período/Quantidade			
			2024	2025	2026	2027
Conselho Local de Saúde Indígena AWÁ-GUAJÁ	210	IMPERATRIZ	02	02	02	02
Conselho Local de Saúde Indígena GAVIÃO			02	02	02	02
Conselho Local de Saúde Indígena KA'APOR			02	02	02	02
Conselho Local de Saúde Indígena KANELA APANIEKRÁ			02	02	02	02
Conselho Local de Saúde Indígena KANELA RANKOKAMEKRÁ			02	02	02	02
Conselho Local de Saúde Indígena KRENIÊ			02	02	02	02
Conselho Local de Saúde Indígena KRIKATI			02	02	02	02
Conselho Local de Saúde Indígena TIMBIRA			02	02	02	02
Conselho Local de Saúde Indígena GUAJAJARA DO POLO BASE AMARANTE			02	02	02	02
Conselho Local de Saúde Indígena GUAJAJARA T.I. ANGICO TORTO			02	02	02	02
Conselho Local de Saúde Indígena GUAJAJARA T.I ZUTIWA			02	02	02	02

Reuniões: CLSI; CONDISI	Total de participantes	Local	Período/Quantidade			
			2024	2025	2026	2027
Conselho Local de Saúde Indígena GUAJAJARA T.I ABRAÃO			02	02	02	02
Conselho Local de Saúde Indígena GUAJAJARA DE JENIPAPO DOS VIEIRAS			02	02	02	02
Conselho Local de Saúde Indígena GUAJAJARA DE BARRA DO CORDA			02	02	02	02
Conselho Local de Saúde Indígena GUAJAJARA T.I MORRO BRANCO			02	02	02	02
Conselho Local de Saúde Indígena GUAJAJARA T.I URUCU-JURUÁ			02	02	02	02
Conselho Local de Saúde Indígena GUAJAJARA T.I BACURIZINHO			02	02	02	02
Conselho Local de Saúde Indígena GUAJAJARA DE BOM JESUS DAS SELVAS			02	02	02	02
Conselho Local de Saúde Indígena GUAJAJARA DA T.I. DO CARU			02	02	02	02
Conselho Local de Saúde Indígena GUAJAJARA DA T.I. RIO PINDARÉ			02	02	02	02
CONDISI	52	IMPERATRIZ	03	03	03	03
Total anual	262	-	05	05	05	05

Fonte: DSEI Maranhão, 2023.

Informa-se que os regimentos internos serão enviados e solicitados para serem publicados em Boletim de Serviço, até a data pactuada, conforme documento em anexo. O aumento do número de Conselheiros Locais de Saúde Indígena é justificado pelo CONDISI/MA durante a fase de reestruturação dos Conselhos Locais para o biênio 2023/2025.

A extensão geográfica dos territórios no Maranhão impacta a representatividade nos colegiados nas bases, onde as comunidades não se sentem adequadamente representadas. Por isso, foi solicitado o aumento de conselheiros dentro dos 19 conselhos locais já existentes. Além disso, a falta de suporte logístico adequado para cobrir integralmente os territórios e realizar as reuniões locais de saúde indígena também motiva a necessidade desse aumento.

O CONDISI/MA realiza, frequentemente, visitas de fiscalização das ações de saúde e saneamento na sede do DSEI/MA, Polos Base e CASAIS, participando também das capacitações oferecidas pelo DSEI/MA. Os processos seletivos, realizados pela conveniada, a participação do CONDISI/MA na banca avaliadora é de forma efetiva, em todas as categorias.

4.6 Recursos financeiros (SEOFI)

Analisando os dados orçamentários relativos aos anos de vigência do PDSI 2020 a 2023, observa-se que os valores de custeio por objeto, demonstram que as despesas com pessoal tiveram uma maior proporção na utilização dos recursos, onde foram gastos 26,86 milhões ao longo do quadriênio. Em seguida, destaca-se os gastos de custeio com transporte (22,83 milhões) e estrutura (10,18 milhões). Já o custeio com a saúde e outras despesas representam a menor proporção de gastos no DSEI-MA.

Em relação aos valores de investimento, o principal objeto de utilização dos recursos financeiros, foram as obras, totalizando 5.57 milhões. Em seguida foram os gastos com saúde (1,43 milhões) e aquisição de mobiliário (0,97 milhões). O ano em que foi utilizado mais recursos de investimento em obras foi 2022 e o menor em 2020. O total de valores empenhados no quadriênio foi de R\$81.933.569,40 e o total pago foi R\$ 58.757.282,22.

5. AVALIAÇÃO DO PDSI 2020-2023

Quadro 6 - Percentual de crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento.

ÁREA PROGRAMÁTICA: Atenção à Saúde da Criança											
Resultados Esperados 2019 - 2023	Referência (2018)	2019		2020		2021		2022		2023*	
		Programada	Executada	Programada	Executada	Programada	Executada	Programada	Executada	Programada	Executada
Percentual de crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento.	65%	70%	2,24%	40%	15,72%	44%	28,3%	52%	58,2%	60%	49,8%

* dados preliminares sujeitos a revisão. Fonte: SIASI, 2023.

5.1. Análise Crítica dos Resultados

Em 2019, os principais obstáculos para alcançar os resultados incluíram a insuficiência de recursos humanos, a falta de insumos/equipamentos, e desafios logísticos para acessar as áreas de atuação.

Em 2020, a principal dificuldade encontrada foi a emergência em saúde pública, levando as equipes a adotarem abordagens sindrômicas e a priorizar atendimentos domiciliares. A logística desafiadora frequentemente impactou a realização de consultas nas datas estabelecidas. Além disso, o processo de descentralização do SIASI foi interrompido pela pandemia, retomando apenas no final de 2020, o que comprometeu a atualização das informações no sistema. A falta de cobertura das categorias profissionais médicas e de enfermagem no DSEI-MA dificultou o acesso às consultas programadas de Crescimento e Desenvolvimento (C&D).

Em 2021, observou-se uma melhoria na realização do indicador, graças ao investimento na inserção de dados e na qualificação técnica de toda a equipe multidisciplinar indígena (EMSI) em relação às diretrizes e cuidados no crescimento e desenvolvimento infantil.

Em 2022, foi notável o aumento da cobertura de crescimento e desenvolvimento em crianças menores de um ano, com a realização das seis consultas preconizadas. O DSEI-MA superou a meta pactuada de 52%, alcançando 58,2% no período analisado.

5.2. Fragilidades Que Podem Impactar O Alcance Das Metas:

- Recursos humanos ainda insuficientes, especialmente a necessidade de mais médicos para acompanhar o programa de C&D.
- Insumos/equipamentos ainda são insuficientes para atender à demanda de serviços.
- Fragilidades no sistema de informação (SIASI) e nos demais sistemas do Ministério da Saúde em relação à alimentação de dados.

5.3. Oportunidades:

- Apoio da gestão direcionado às equipes multidisciplinares.

5.4. Ações Sugeridas:

- Realizar mutirões de pesagem coletiva para atualizar os dados e inserir informações de Crescimento & Desenvolvimento – C&D.
- Solicitar o auxílio do digitador do Polo Base (quando disponível) para inserir as informações de C&D e Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) no SIASI Local.
- Assegurar a realização das consultas de C&D.
- Estabelecer uma linha de cuidado para as crianças menores de um ano, com estratificação de risco.

Quadro 7 – Percentual das crianças menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional realizado.

ÁREA PROGRAMÁTICA: Vigilância Alimentar e Nutricional											
Resultados Esperados 2019 - 2023	Referência (2018)	2019		2020		2021		2022		2023	
		Programada	Executada	Programada	Executada	Programada	Executada	Programada	Executada	Programada	Executada
5% das crianças menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional realizado	85%	90%	18%	85%	52%	88%	91,2%	90%	88,4%	95%	76,2%

Fonte: SIASI, 2023

5.5. Análise Crítica Dos Resultados

Em 2019, o Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão (DSEI-MA) enfrentou desafios significativos para atingir as metas do Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN). A principal dificuldade encontrada foi a insuficiência de recursos humanos. Nesse período, o DSEI Maranhão estava em processo de descentralização dos bancos de dados do SIASI da sede do distrito para os Polos Base. A responsabilidade pela inserção das informações no sistema, anteriormente concentrada apenas na Responsável Técnica (RT) do Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional da DIASI/MA, passou a ser das EMSIs. Esta mudança coincidiu com a escassez de profissionais para atuar como digitadores nos polos e a falta de insumos/equipamentos, com poucos computadores disponíveis para a digitação dos dados. Outra fragilidade observada foi o SIASI apresentando diversas falhas operacionais.

As oportunidades incluíram o apoio da gestão no processo de descentralização do SIASI, o suporte de alguns municípios e parceiros na estruturação física da sala para digitação do SIASI nos Polos Base, e o auxílio tanto in loco quanto à distância às EMSIs para o manuseio e operacionalização do SIASI.

Em 2020, a mobilização para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 marcou a principal fragilidade, com a paralisação temporária de algumas EMSI's e a necessidade de readequação da rotina de trabalho ao novo quadro de emergência em saúde pública. A principal atividade nas aldeias tornou-se a realização dos testes rápidos de COVID-19 e, posteriormente, a vacinação, o que sobrecarregou os profissionais nas áreas. A oportunidade foi o apoio da gestão na adequação da rotina de trabalho.

Em 2021, embora as ações de enfrentamento da pandemia da COVID-19 continuassem como uma fragilidade, foi possível superar a meta pactuada de cobertura de acompanhamento nutricional de crianças menores de 5 anos. As EMSIs já estavam mais familiarizadas com a digitação no SIASI e estavam retornando gradativamente às suas atividades nos territórios indígenas. Outras oportunidades incluíram a entrega de equipamentos para o programa VAN por kits antropométricos para todos os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) do distrito e a qualificação técnica desses profissionais por meio de oficinas de antropometria desenvolvidas pelos nutricionistas e pelos enfermeiros da área.

Em 2022, houve uma leve redução na meta alcançada em comparação ao ano anterior, não atingindo a meta pactuada. As fragilidades identificadas foram áreas descobertas devido à ausência do profissional enfermeiro na EMSI, a elevada rotatividade dos profissionais nos territórios, e a dificuldade na logística de deslocamento dos profissionais devido à escassez de veículos oficiais. As oportunidades se concentraram no apoio da gestão e no desenvolvimento de capacitação técnica aos profissionais médicos e enfermeiros no Programa de VAN.

Quadro 8 - Percentual das crianças menores de 5 anos com esquema vacinal completo de acordo com o calendário indígena de vacinação (PNS)

ÁREA PROGRAMÁTICA: Imunização											
Resultados Esperados 2019 - 2023	Referência (2018)	2019		2020		2021		2022		2023	
		Programada	Executada	Programada	Executada	Programada	Executada	Programada	Executada	Programada	Executada
Alcançar 88,5 crianças menores de 5 anos com esquema vacinal completo de acordo com o calendário indígena de vacinação	2	85	93,3	86	80,49	87,5	75,75	88,5	85	90,00%	72%

*Dados preliminares sujeitos a revisão Fonte: Planilhas de Cobertura Vacinal, 2023.

O Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão (DSEI-MA) tem feito progressos significativos no alcance do esquema vacinal completo em crianças menores de cinco anos, graças à intensificação da busca ativa por faltosos, à estruturação da rede nos Polos Base, ao planejamento cuidadoso das ações rotineiras, à colaboração efetiva com os gestores municipais, ao monitoramento dos indicadores de imunização e à capacitação e avaliação contínua dos profissionais envolvidos nas ações de vacinação.

Nos anos de 2021 e 2022, a principal dificuldade enfrentada na execução do programa de vacinação foi a recusa de vacinação em muitas aldeias, influenciada principalmente pela disseminação de informações falsas (*fake news*) nos territórios. Além disso, a alta rotatividade de profissionais também apresentou desafios significativos no alcance das metas estabelecidas.

Quadro 9 – Percentual dos óbitos maternos investigados.

ÁREA PROGRAMÁTICA: Investigação de óbito									
Resultados Esperados 2020 - 2023	Referência (2018)	2020		2021		2022		2023	
		Programada	Executada	Programada	Executada	Programada	Executada	Programada	Executada
90% dos óbitos maternos investigados	86,6%	89%	Sem óbitos	90%	100%	91%	100%	92%	100%

*Dados preliminares sujeitos a revisão Fonte: SIASI, 2023.

5.6. Análise Crítica dos Resultados

Em 2020, conforme os dados obtidos do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), não foram registrados óbitos classificados como maternos no Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão (DSEI-MA). No entanto, no ano seguinte, 2021, ocorreram três óbitos maternos, todos devidamente investigados. Esse efetivo acompanhamento resultou no cumprimento além da meta estabelecida, impulsionado pelo uso de ferramentas como fichas de investigação de óbitos do Ministério da Saúde e relatórios de óbitos padronizados por este DSEI. É importante destacar que o DSEI-MA monitora esses eventos por meio das fichas de investigação, sendo meticulosamente preenchidas pelos enfermeiros e médicos envolvidos.

- Justificativas:
 - Monitoramento e execução da investigação em tempo oportuno
- Sugestões de estratégias para o alcance da meta
 - Criação de um GT de Vigilância do Óbito do DSEI-MA;
 - Utilização da ficha de transcrição p/ o SIASI - cadastro de óbitos, óbitos fetais ou abortos, com envio mensal para a DIASI;
 - Estabelecimento de fluxo de retroalimentação SIASI com Sistema de Informação de Mortalidade ao nível Municipal, onde cada RT será responsável por tal ação e ao nível estadual, onde a DIASI (COVISI) será a executora da ação.

Quadro 10 – Percentual de óbitos em crianças indígenas menores de um ano investigados

ÁREA PROGRAMÁTICA: Investigação de óbito									
Resultados Esperados 2020 - 2023	Referência (2018)	2020		2021		2022		2023	
		Programada	Executada	Programada	Executada	Programada	Executada	Programada	Executada
Alcançar, em 2023, 90,0% de óbito em crianças indígenas menores de um ano investigados.	86,6%	87%	97,7%	88%	92,3%	89%	73,07%	90%	89,1%

Fonte: SIASI, 2023.

5.7. Análise Crítica dos Resultados

Em 2020, conforme os dados obtidos do SIASI e considerando a descentralização do sistema durante a pandemia, 97,7% dos óbitos infantis foram investigados efetivamente. Em 2021, dos 39 óbitos infantis registrados, 36 foram investigados, representando uma taxa de investigação de 92,3%. Já em 2022, de 26 óbitos infantis, 19 foram investigados, correspondendo a 73,07%. No ano corrente, houve 37 óbitos infantis, dos quais 33 foram investigados, alcançando 89,01% (resultado parcial, até a data corrente).

De acordo com o procedimento vigente de vigilância dos óbitos no Distrito, alinhado com as diretrizes do Ministério da Saúde, os dados de mortalidade são monitorados semanalmente e avaliados mensalmente pela equipe técnica. Essa avaliação utiliza os formulários de investigação de óbito, acompanhamento clínico pelas equipes das aldeias e relatórios das unidades hospitalares, considerando a localização onde ocorreu o óbito.

5.8. Sugestões para ampliar as ações de investigação incluem:

1. Incluir representantes da saúde infantil no Grupo Técnico de Vigilância do Óbito.
2. Aumentar a celeridade no processo de coleta e inserção de informações no SIASI.
3. Fortalecer a articulação com os núcleos de vigilância de óbitos hospitalares e com a coordenação de atenção à saúde da criança dos municípios na área de abrangência do distrito, com o objetivo de reforçar a rede de atenção materno-infantil.
4. Estabelecer um fluxo de retroalimentação entre o SIASI e o Sistema de Informação de Mortalidade ao nível municipal, onde cada Responsável Técnico (RT) será encarregado dessa ação, e ao nível estadual, onde a DIASI (COVISI) será a executora da ação.

Quadro 11 - Reduzir o número de casos novos autóctones de malária nos DSEI endêmicos

ÁREA PROGRAMÁTICA: Malária									
Resultados Esperados 2019 - 2022	Referência (2018)	2019		2020		2021		2022	
		Programada	Executada	Programada	Executada	Programada	Executada	Programada	Executada
Incidência Parasitária Anual de Malária reduzida em 30% na área indígena da região amazônica (Linha de base 2014: IPA 77,6 casos/1.000 habitantes).	157	-	40	-10%	38	-20%	0	-30%	1

*Dados preliminares sujeitos a revisão Fonte: SIASI, 2023.

5.9. Análise Crítica dos Resultados

Em 2019 o DSEI MA apresentou 41 casos (SIVEP-MALÁRIA). Principais fragilidades: sistematização dos casos notificados, medidas de controle que exigem vigilância permanente e de controle que exigem vigilância permanente e investimentos constantes. Durante o período do PDSI, houve redução dos casos de malária no DSEI MARANHÃO. Apresentaram-se como principais fragilidades, alinhamento da informação SIVEP/SIASI, dificuldades de insumos e equipamentos para viabilizar as ações. Continuação da capacitação das EMSI, para execução das ações, da visita domiciliar ao diagnóstico laboratorial da Malária, iniciado em 2019, pelos, DSEI/MA-SSES/MA, Programas estaduais, Malária, Chagas e Leishmaniose.

Quadro 12 - Reduzir a incidência de tuberculose no DSEI

ÁREA PROGRAMÁTICA: Tuberculose											
Resultados Esperados 2019 - 2023	Referência (2018)	2019		2020		2021		2022		2023	
		Programada	Executada	Programada	Executada	Programada	Executada	Programada	Executada	Programada	Executada
Reduzir em 8% a incidência de tuberculose nos 34 DSEI	76,85%	1,5	- 51,11	-2,00%	-65,97	-4,00%	-53,67	-6,00%	-39,57	- 8%	45,28%

Dados preliminares sujeitos a revisão Fonte: SIASI, 2023.

5.10. Análise Crítica dos Resultados

Em 2019, foram registrados 27 casos de uma doença específica, número que diminuiu para 12 casos em 2020 e 21 casos em 2021, para depois subir novamente para 27 casos em 2022. Ao analisar os últimos quatro anos, observa-se uma redução sistemática no número de casos durante os dois anos da pandemia (2020 e 2021), o que pode indicar uma diminuição no acesso ao diagnóstico. Em 2022, nota-se uma elevação no número de casos, retornando aos níveis observados antes da pandemia.

Adicionalmente, alguns municípios enfrentam a falta de uma rede laboratorial acessível para a realização de exames diagnósticos, complicando a confirmação de casos.

Outra fragilidade é a insuficiência de técnicos na DIASI para o monitoramento adequado das doenças endêmicas, tanto em termos de acompanhamento de indicadores operacionais quanto epidemiológicos, devido à fragilidade e à confiabilidade questionável do SIASI.

6. SUGESTÕES DE ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR A META INCLUEM

1. Implementar a busca ativa de casos sintomáticos respiratórios para determinar a incidência real de tuberculose.
2. Assegurar a realização de exames laboratoriais e de imagem, em coordenação com a vigilância epidemiológica municipal.
3. Efetuar exames de contatos.
4. Estabelecer estratégias para alcançar uma taxa de alta por cura de 90% dos casos diagnosticados.
5. Promover atividades educativas na comunidade para esclarecer sobre os sinais e sintomas da tuberculose.
6. Aplicar o tratamento diretamente observado (TDO) em 100% dos casos diagnosticados.

Quadro 13 - Percentual da participação de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural

ÁREA PROGRAMÁTICA: Educação Permanente									
Resultados Esperados 2019 - 2022	Referência (2018)	2019		2020		2021		2022	
		Programada	Executada	Programada	Executada	Programada	Executada	Programada	Executada
E1. R-13 ALCANÇAR EM 50% A PARTICIPAÇÃO DE TRABALHADORES DO DSEI EM AÇÕES EDUCATIVAS DE QUALIFICAÇÃO PARA ATUAÇÃO EM CONTEXTO INTERCULTURAL	25%	50%	0,75%	35%	5%	40%	3%	45%	3%

Fonte: SIASI, 2023.

6.1. Análise Crítica dos Resultados

Durante o ano de 2020, todas as ações educativas foram conduzidas na modalidade de ensino à distância (EaD) em resposta à pandemia de COVID-19. Conseqüentemente, nenhum recurso do convênio destinado à Educação Permanente foi empregado para fins presenciais, visto que as atividades ocorreram de maneira remota para aderir ao isolamento social e aos protocolos de prevenção à COVID-19. Um obstáculo adicional foi a baixa adesão dos profissionais das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) às atividades de EaD, devido às deficiências estruturais em tecnologia da informação e comunicação nos territórios indígenas do DSEI-MA. Além disso, o intenso volume de trabalho relacionado ao combate à COVID-19 limitou o tempo disponível das EMSI para engajarem em cursos com extensa carga horária.

Observou-se também que a lentidão na homologação dos Planos de Trabalho dos convênios afetou negativamente a execução do Planejamento Anual de Educação Permanente pelo DSEI-MA, resultando no acúmulo de ações no último trimestre de cada ano.

É relevante mencionar a ausência de um profissional com formação acadêmica e técnica em antropologia ou ciências sociais na Equipe Técnica do Distrito, limitando a condução de ações de qualificação que abordem a interculturalidade na assistência à saúde dos povos indígenas. Apesar da oferta do Projeto de Teleducação/Telessaúde do IMIP durante os anos da pandemia, que incluiu vários webinários focados nesta temática, a falta de infraestrutura tecnológica adequada nos territórios indígenas impediu a participação efetiva dos profissionais nas atividades remotas e EaD.

Para os próximos anos, é essencial que a Gestão da SESAI e as entidades conveniadas valorizem a inclusão de um antropólogo no quadro de profissionais, a fim de apoiar as equipes de saúde na consideração dos aspectos culturais e étnicos dos diferentes grupos indígenas do DSEI-MA. Ademais, é importante que a pauta de Educação Permanente seja revisada e atualizada para refletir a realidade das rotinas das equipes atuantes nos territórios indígenas e as especificidades da assistência em Saúde Indígena.

Quadro 14 - Percentual dos trabalhadores da atenção para o aprimoramento do trabalho em saúde

ÁREA PROGRAMÁTICA: Educação Permanente									
Resultados Esperados 2019 - 2022	Referência (2018)	2019		2020		2021		2022	
		Programada	Executada	Programada	Executada	Programada	Executada	Programada	Executada
E1-R-14 QUALIFICAR 70% DOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO PARA O APRIMORAMENTO DO TRABALHO EM SAÚDE	75%	100%	22%	55%	6%	60%	32%	65%	55%

Fonte: SIASI, 2023.

6.2. Análise Crítica dos Resultados

No que diz respeito ao aprimoramento do trabalho em saúde, as ações educativas planejadas anualmente para educação permanente durante o quadriênio enfrentam limitações na execução devido ao atraso na homologação do Plano de Trabalho do Convênio, geralmente ocorrendo após o segundo semestre do ano. Isso levou à seleção de temas que eram considerados mais cruciais para o Distrito. Adicionalmente, a constante mudança na composição da Equipe Técnica da DIASI-MA, devido à alta rotatividade de profissionais, complicou a continuidade dessas ações.

Os anos da pandemia também foram marcantes pelo não cumprimento das metas de qualificação, visto que o combate à COVID-19 se tornou a prioridade, exigindo extensa dedicação e tempo dos profissionais de saúde do DSEI-MA. A situação foi agravada pelos cortes orçamentários consecutivos do último governo, que afetaram negativamente as iniciativas de saúde, inclusive as de Educação Permanente.

No entanto, é crucial destacar que, por parcerias com outras instituições como a SES-MA e ESP-MA, foi possível qualificar os profissionais do DSEI-MA. Exemplos dessas iniciativas incluem a Oficina de Enfrentamento à Malária e Leishmaniose e a Oficina de Qualificação ao Pré-natal na Atenção Primária, oferecidas pela ESP-MA em 2022/2023, bem como projetos de Telessaúde/Teleducação fornecidos pelo IMIP.

Entre as fragilidades observadas, destaca-se o processo moroso de aprovação do Plano de Ações da Educação Permanente, a dificuldade em registrar as ações educativas rotineiras, a comunicação frágil entre os trabalhadores da saúde indígena e a DIASI-MA/SESA, e a baixa adesão aos cursos EaD por parte dos trabalhadores da saúde indígena.

Os desafios identificados incluem a necessidade de alterar a cultura organizacional para valorizar a qualificação contínua e o registro das ações educativas, fortalecer o processo de comunicação entre os profissionais, melhorar o planejamento anual de educação permanente e aumentar os recursos disponíveis para a execução das ações de Educação Permanente nos DSEI.

Quadro 15 – Percentual da população indígena com primeira consulta odontológica e Percentual de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica

ÁREA PROGRAMÁTICA: Atenção à Saúde Bucal													
Resultados Esperados 2020 - 2023	Referência (2019)	2020			2021			2022			2023		
		Programada	Executada	%	Programada	Executada	%	Programada	Executada	%	Programada	Executada	%
60% De Cobertura Da População Indígena Com Primeira Consulta Odontológica Programática Realizada	18.529	45	22,63	50,3	50	40,49	80,98	55	40,87	74,31	60	28,25	47,08
60% De Tratamento Odontológico Básico Concluído Na População Indígena Com Primeira Consulta Odontológica	11.118	55	40,33	73,32	56	39,48	70,5	58	40,11	69,15	60	38,61	64,35

Fonte: SIASI, 2023.

6.3. Análise Crítica dos Resultados

2020 – A confirmação do primeiro caso de COVID - 19 no Maranhão, em março de 2020, as recomendações dos conselhos Federal e Regional de Odontologia e a determinação de afastamento dos profissionais da odontologia das ações de assistência em saúde bucal em território indígena, sendo direcionados para outras atividades de suporte ao enfrentamento da pandemia, **impactaram negativamente** a execução das ações planejadas para a odontologia. As capacitações, atividades de educação em saúde e atividades de atendimento individual somente foram normalizadas gradativamente, a partir de setembro de 2020, resultando em cobertura baixa da assistência em saúde bucal.

2021 - As equipes ainda estavam sob o impacto da COVID-19, que dificultou a aquisição de materiais e insumos. O DSEI não tinha contrato vigente para manutenção preventiva e corretiva para equipamentos odontológicos. A Reunião Técnica com as Equipes de Saúde Bucal foi suspensa desde 2019, dificultando a avaliação, monitoramento e planejamento que era construído com a participação de todos.

Com a finalidade de diminuir o impacto negativo, desencadeado pelos efeitos da pandemia, o Distrito buscou parcerias com o Governo do Estado, com os municípios sede dos Polos Base e sede do DSEI, para garantir os insumos necessários para a continuidade das ações de saúde bucal desenvolvidas em território indígena. Foram realizadas Reuniões Técnicas virtuais, com a finalidade de organizar os serviços e manter o vínculo construído entre a DIASI e as Equipes de Saúde Bucal.

2022 – Em 2022, o Distrito conseguiu licitar e contratar empresa especializada na instalação, manutenção preventiva e corretiva, dos equipamentos odontológicos, representando um avanço para a garantia dos equipamentos em perfeito estado de funcionamento. A 1ª empresa contratada para manutenção preventiva e corretiva, no 1º semestre de 2022, solicitou o cancelamento do contrato. A 2ª empresa também solicitou cancelamento do contrato. O programa de saúde bucal ficou sem a cobertura de manutenção por um longo período, impactando na assistência, uma vez que vários equipamentos se encontravam danificados, dificultando a concretização dos planos terapêuticos instituídos para cada usuário. Apesar dessas dificuldades, o Distrito organizou ações de assistência em saúde bucal, com equipes que possuíam equipamentos em funcionamento adequado, que se deslocaram para as áreas mais afetadas e com indicadores de cobertura mais baixos, para promover o acesso e

tratamento dos usuários indígenas. A Reunião Técnica de Monitoramento, Avaliação e Planejamento das Ações de Saúde Bucal foi planejada para acontecer de forma presencial, no período de 13 a 15/12/2022, não sendo efetivamente realizada por falta de recurso da Conveniada IMIP. Foram mantidas as Reuniões Técnicas virtuais.

2023* – O percentual realizado do DSEI/MA se refere ao período de janeiro a outubro de 2023. Apresentaram-se como principais fragilidades, o término do contrato de locação de veículos em julho, que fez com que as equipes enfrentassem dificuldades para cumprir escala de entradas em área, a rotatividade dos profissionais, desabastecimento de alguns insumos, falta de manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos para as equipes desenvolverem suas ações e a não realização da Reunião Técnica de Monitoramento, Avaliação e Planejamento das Ações de Saúde Bucal, que é fundamental para alinhamento das ações, correção de condutas improdutivas e elaboração de estratégias para qualificação da assistência.

A Reunião Técnica foi planejada para acontecer no período de 12 a 14 de dezembro de 2023, com os profissionais de saúde bucal. Sua realização não foi efetivada por falta de recurso da Conveniada IMIP, para garantir os deslocamentos e permanência dos profissionais em São Luís.

As equipes se organizaram nos Polos Base, promovendo rodízios com os carros oficiais que foram enviados aos Polos para dar o suporte mínimo para as emergências e entradas das equipes em território. Muitos profissionais, para não prejudicar totalmente a assistência, deslocaram-se em veículos próprios ou locados de forma particular, com a finalidade de cumprir suas escalas e evitar a interrupção total das ações de saúde bucal.

Os municípios também foram acionados para evitar o desabastecimento das equipes.

Quadro 16 - Percentual das gestantes indígenas com, no mínimo, 6 consultas de pré-natal

ÁREA PROGRAMÁTICA: Atenção à Saúde da Mulher											
Resultados Esperados 2020 - 2023	Referência (2018)	2019		2020		2021		2022		2023	
		Programada	Executada	Programada	Executada	Programada	Executada	Programada	Executada	Programada	Executada
Alcançar, em 2023, 50,0% das gestantes indígenas com, no mínimo, 6 consultas de pré-natal.	41,1%	75%	74,76%	41,00%	24,33%	43%	51,3%	47%	67%	50%	58,4

Fonte: SIASI, 2023.

6.4. Análise Crítica dos Resultados

Em 2019, conforme dados do SIASI, o DSEI-MA atingiu a meta de 74,76% de gestantes que completaram seis ou mais consultas de pré-natal. O monitoramento dessas atividades era realizado através de planilhas atualizadas pelos enfermeiros com informações do acompanhamento individual das gestantes, coletadas mensalmente pela Equipe Multidisciplinar de cada área.

Em 2020, a descentralização do SIASI para os Polos Base e a inserção de dados pelas equipes de saúde coincidiram com a pandemia de COVID-19, resultando no não alcance da meta estabelecida para o indicador de acompanhamento pré-natal. O percentual alcançado foi de apenas 24,33%. As principais dificuldades enfrentadas incluíram a falta de combustível para a locomoção constante das equipes, recursos humanos insuficientes para cobrir adequadamente o território, e a escassez de insumos e equipamentos necessários para o desenvolvimento das atividades. Além disso, a falta de técnicos específicos nos Polos Base para a inserção de dados implicou que esta tarefa fosse executada pelos enfermeiros, limitando a capacidade de cobertura e inserção de dados sobre as gestantes.

Nos anos de 2021 e 2022, o DSEI-MA intensificou as iniciativas voltadas à saúde da mulher, implementando ações para atingir as metas, como capacitações e aquisição de insumos e equipamentos para aprimorar o atendimento pré-natal. Entretanto, persiste a dificuldade relacionada à escassez de recursos humanos para inserir os dados em tempo hábil, sendo que os dados eram inseridos gradualmente pelos próprios membros das equipes.

Também se destacou a necessidade de fortalecer o sistema de informação da saúde indígena (SIASI). Com informações mais qualificadas, é possível identificar desafios e potencialidades, além de propor ações eficazes e políticas públicas de saúde para o território. Destaca-se, ainda, a urgência de implementar medidas para mudar o cenário de mortalidade materna, como a qualificação do cuidado pré-natal, a classificação de risco oportuna, o protocolo de rastreio de pré-eclampsia e a articulação interfederativa para o encaminhamento e orientação de casos quando necessário. Medidas para reduzir a mortalidade infantil relacionada à hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer também foram implementadas, focando em parto e urgências obstétricas.

Quadro 17 – Saneamento Ambiental: resultados esperados do PDSI 2020-2023 do DSEI Maranhão

Resultados Esperados 2020 - 2023	Referência (2018)	2020		2021		2022		2023	
		Programada	Executada	Programada	Executada	Programada	Executada	Programada	Executada
Ampliar em 7% a cobertura de água potável nas aldeias Indígenas Até 2023	52%	60,00%	65%	62,00%	67%	64,00%	69%	66,00%	71%
Realizar, até 2023, O Tratamento Da Água Em 100% Das Aldeias Com Infraestruturas de Abastecimento De Água Existente	66%	65%	70%	75%	80%	85%	90%	100,00%	100%
Ampliar, até 2023, em 15% a cobertura de aldeias com o Monitoramento da Qualidade da Água	9%	10,00%	10%	13,00%	15%	18,00%	20%	23,00%	24%
Ampliar, até 2023, em 15% a Cobertura dealdeias com Gerenciamento de Resíduos Sólidos domésticos implementado	3%	5,00%	5%	8,00%	10%	11,00%	15%	15,00%	18%
Ampliar em 15% a cobertura de aldeias com destino adequado de Resíduos Sólidos domésticos	37%	13,00%	38%	17,00%	43%	22,00%	48%	26,00%	52%

Resultados Esperados 2020 - 2023	Referência (2018)	2020		2021		2022		2023	
		Programada	Executada	Programada	Executada	Programada	Executada	Programada	Executada
Ampliar, até 2023, em 7,00% às melhorias das Infraestruturas de Saneamento de Água existentes nas aldeias Indígenas	0%	4,00%	1%	5,00%	3%	7,00%	5%	9,00%	7%

Fonte: SIASI, 2023.

7. RESULTADOS ESPERADOS

Quadro 18. Estratégia 1. Atenção à Saúde: Qualificar as ações e equipes de atenção e vigilância em saúde indígena.

Resultados	2024		2025		2026		2027	
	Brasil	DSEI	Brasil	DSEI	Brasil	DSEI	Brasil	DSEI
E1.R1. Reduzir em 30,0%, até 2027, a Taxa de mortalidade infantil indígena por causas evitáveis (PPA)	17,58%	5,50%	16,15%	5,05%	13,30%	5,05%	13,3%	5,05%
E1.R2. Alcançar, em 2027, 90% de recém-nascidos indígenas com pelo menos 1 (uma) consulta até o 28º dia de vida.	75%	94,7%	80%	94,7%	85%	94,7%	90%	94,7%
E1.R3. Alcançar, em 2027, 60% das crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento (PPA).	45%	63,47%	50%	68,53%	55%	74,15%	60%	80,08%
E1.R4. Alcançar, em 2027, 80% das crianças indígenas menores de 1 ano com no mínimo 6 acompanhamentos alimentar e nutricional (PPA)	67%	64,12%	70%	68,61%	75%	70,09%	80%	80,20%
E1.R5. Alcançar, até 2027, 88% das crianças menores de 6 meses em aleitamento materno exclusivo.	82%	89,1%	84%	90%	86%	91%	88%	92%
E1.R6. Alcançar, até 2027, 35% de mulheres indígenas, com idade entre 25 e 64 anos, com uma coleta de exame citopatológico no ano.	20%	20%	25%	25%	30%	30%	35%	35%

E1.R7. Alcançar, em 2027, 65% das gestantes indígenas com acesso a 6 ou mais consultas de pré-natal (PPA).	50%	57,05%	55%	59,9%	60%	65,89%	65%	72,48%
E1.R8. Reduzir para 12%, até 2027, a proporção de gestantes indígenas com gestações finalizadas entre 22 e 36 semanas de gestação..	18%	18%	16%	16%	14%	14%	12%	12%
E1.R9. Alcançar, em 2027, 35% das gestantes indígenas com no mínimo 1 consulta odontológica durante o pré-natal.	8%	20,41%	12%	21,43%	20%	23,58%	35%	35%
E1.R10. Alcançar, em 2027, 60% da população indígena com primeira consulta odontológica programática.	45%	39,2%	50%	45,1%	55%	54,1%	60%	60%
E1.R11. Alcançar, até 2027, 60% de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica programática.	52%	46,2%	55%	55,4%	58%	61%	60%	67,1%
E1.R12. Alcançar, em 2027, 40% da população indígenas portadora de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com no mínimo 2 consultas ao ano.	10%	20%	20%	30%	30%	40%	40%	50%

E1.R13. Reduzir, até 2027, em 5% o número de óbitos por suicídio nos 34 DSEI.	2%	2%	3%	3%	4%	4%	5%	5%
E1.R14. Alcançar, até 2027, 100% dos DSEI com no mínimo uma Rede Intersetorial 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%	69,89%	80%	74,16%	82%	78,61%	84%	83,32%
E1.R16. Alcançar, em 2027, 90% de óbitos infantis indígenas investigados (PPA).	82%	78,75%	85%	84,26%	87%	88,48%	90%	92,90%
E1.R17. Alcançar, em 2027, 95% de óbitos maternos indígenas investigados.	90%	90%	92%	92%	93,5%	94%	95%	95%
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.R19. Reduzir, até 2027, em 40% o número de casos autóctones de malária nos DSEI endêmicos.	10%	10%	20%	20%	30%	30%	40%	40%
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

7.1. Infraestrutura e Saneamento

Quadro 19 - Resumo dos resultados e metas PDSI 2024-2027 referentes à Estratégia 2 - Melhorias das infraestruturas de saúde e dos serviços de saneamento nas áreas indígenas

Resultado	2024		2025		2026		2027	
	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI
E2.R1. Aumentar, até 2027, 217 aldeias com novas infraestruturas de abastecimento de água.	51	3	89	17	153	27	217	35
E2.R2. Aumentar, até 2027, 69 aldeias com reforma de infraestrutura de abastecimento de água existente.	17	0	29	05	49	10	69	12
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%	39%	32%	44%	35%	50%
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%	98,5%	93%	98,6%	94%	98,7%	95%	98,8%
E2.R5. Aumentar, até 2027, em 80 aldeias com novos estabelecimentos de saúde.	15	02	26	05	52	08	80	12
E2.R6. Aumentar, até 2027, em 50 aldeias com reformas e/ou ampliação dos estabelecimentos existentes.	09	01	22	01	38	01	50	01
E2.R7. Alcançar, até 2027, 15% de cobertura de aldeias com ações voltadas à temática de resíduos sólidos domésticos.	10%	05%	12%	08%	13%	12%	15%	13%
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%	3%	3%	4%	4%

E2.R9. Aumentar, até 2027, em 8% o percentual de aldeias com realização de ações voltadas ao esgotamento sanitário.	1%	1%	3%	3%	5%	5%	8%	7%
---	----	----	----	----	----	----	----	----

Fonte: PDSI 2024 -2027

7.2. Planejamento e Gestão de Bens e Serviços

Quadro 20 - Resumo dos resultados e metas PDSI 2024-2027 referentes à Estratégia 3 - Planejamento de bens e serviços adequados à execução das ações de saúde indígena pelos DSEI

Resultado	2024		2025		2026		2027	
	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI
E3.R1. Reduzir, até 2027, 80% das despesas oriundas de contratos emergenciais.	10%	0%	30%	0%	60%	0%	80%	0%
E3.R2. Estruturar, até 2027, 80% do serviço de transporte nos DSEI.	20%	33,33%	40%	66,66%	60%	66,66%	80%	100%
E3.R3. Estruturar, até 2027, 80% da gestão farmacêutica nos DSEI.	20%	33,33%	40%	66,66%	60%	66,66%	80%	100%

Fonte: PDSI 2024 -2027

7.3. Monitoramento Orçamentário

Quadro 21 - Resumo dos resultados e metas PDSI 2024-2027 referentes à Estratégia 4 - Monitoramento da execução orçamentária dos recursos empenhados nos Contratos continuados, Atas de Registro de Preços e demais instrumentos celebrados no âmbito dos DSEI

Resultado	2024		2025		2026		2027	
	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI
E4.R1. Ampliar, até 2027, a execução orçamentária em 98% nos DSEI.	91%	91%	93%	93%	95%	95%	98%	98%

Fonte: PDSI 2024 -2027

7.4. Articulação Interfederativa

Quadro 22 - Resumo dos resultados e metas PDSI 2024-2027 referentes à Estratégia 5 - Ampliação da articulação Inter federativa e Intersectorial com vistas à integralidade das ações de Atenção à Saúde Indígena

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

Fonte: PDSI 2024 -2027

7.5. Controle Social

Quadro 23 - Resumo dos resultados e metas PDSI 2024-2027 referentes à Estratégia 6 - Fortalecimento das instâncias de controle social do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

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

Fonte: PDSI 2024 -2027