



PLANO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA

2024 - 2027


**Distrito Sanitário Especial Indígena
Médio Rio Solimões e Afluentes**

CAMPO GRANDE – MS, 2024



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





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

Nísia Trindade
Ministra da Saúde

Ricardo Weibe Tapeba
Secretário de Saúde Indígena

Ercília da Silva Vieira
Coordenador Distrital de Saúde Indígena DSEI MRSA

José Francisco da Silva Filho
Chefe da Divisão de Atenção à Saúde Indígena

José Francisco da Silva Filho
Chefe da Casa de Apoio à Saúde Indígena de Tefé

Deuzimar Belarmino dos Reis
Chefe Substituto da Casa de Apoio à Saúde Indígena de Eirunepé

Lázaro Sales de Araújo
Chefe de Serviço de Contratação de Recursos Logísticos

Marcos Tulio Queiroz de Azevedo
Chefe de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena

Jane Maria Cabral de Araújo
Chefe de Serviço de Orçamento e Finanças

José Afonso Nery da Silva
Chefe Seção de Apoio Administrativo e Patrimonial

Maria Raimunda Gomes
Presidente do CONDISI do DSEI MRSA



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





Aprovado: Plano Distrital de Saúde Indígena DSEI MRSA

Resolução 19, de fevereiro de 2024 (ID: 0038995830).

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

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

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



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Caracterização geral do DSEI.....	4
Quadro 2 -	Características específicas da região do DSEI MRSA.....	39
Quadro 3 -	Demonstrativo da população por Polo Base, 2023.....	41
Quadro 4 -	Perfil sócio demográfico, étnico-cultural e linguística dos povos indígenas por Polo base.....	42
Quadro 5 -	População Indígena ainda não cadastrada no SIASI do DSEI MRSA.....	43
Quadro 6 -	Função social dos indígenas da abrangência do DSEI MRSA.....	44
Quadro 7 -	Perfil do recebimento de benefício sociais dos indígenas de abrangência do DSEI, 2023.....	44
Quadro 8 -	Característica dos domicílios no DSEI por Polo base (Percentual)....	45
Quadro 9 -	Taxa de natalidade do DSEI MRSA nos anos de 2020, 2021 e 2022.....	47
Quadro 10 -	Taxa de Prevalência das principais morbidades que acometeram os povos indígenas do DSEI MRSA.....	48
Quadro 11 -	Causas de mortalidade geral de indígenas no DSEI e Taxa de mortalidade geral por ano, 2020 a 2022.....	49
Quadro 12 -	Causas de mortalidade de crianças indígena < 1 ano no DSEI e taxa de mortalidade infantil por ano, 2020 a 2022.....	50
Quadro 13 -	Causas de mortalidade materna no DSEI e a razão de mortalidade materna por ano, 2020 a 2022.....	50
Quadro 14 -	Principais Especialidades que geram referência para a média e alta complexidade, 2020 a 2022.....	51
Quadro 15 -	Principais Especialidade/morbidades que geram referência para a CASAI, 2020 a 2022.....	51
Quadro 16 -	Quantitativo de usuários com doenças crônicas não transmissíveis e que necessitaram de intervenção/cuidados específicos, em 2022. ...	52
Quadro 17 -	Prevalência de casos de doenças transmissíveis nos anos de 2020, 2021 e 2022.....	52
Quadro 18 -	Incidência de casos de doenças transmissíveis como Tuberculose e Hanseníase nos anos de 2020, 2021 e 2022.....	52
Quadro 19 -	Proporção de registro de violência no DSEI e principal povo acometido nos últimos 3 anos.....	53
Quadro 20 -	Números de casos de DRSAI notificados por aldeia do DSEI MRSA em 2020, 2021 e 2022.....	54
Quadro 21 -	Números de casos MDAA notificados por aldeia do DSEI MRSA, em 2020, 2021 e 2022.....	56

Quadro 22 -	Quantidade atual de estabelecimentos de saúde indígena por descrição do subtipo, número de reformas/ampliações e novos estabelecimentos.	60
Quadro 23 -	Informações de Saneamento DSEI MRSA.....	60
Quadro 24 -	Estabelecimento de saúde para apoio diagnóstico, média e alta complexidade em área de abrangência do Polo Base.	62
Quadro 25 -	Demonstrativo geral de recursos humano existente no DSEI MRSA.	66
Quadro 26 -	Capacidade de EMSI instalada atualmente	68
Quadro 27 -	Demonstrativo da necessidade de ampliação de recursos humano do DSEI MRSA.	69
Quadro 28 -	Polos- base do DSEI MRSA com número de ESB.....	73
Quadro 29 -	Polos Base do DSEI MRSA com necessidade de implantação e ampliação de ESB.....	74
Quadro 30 -	Déficit de salários entre Aux. de Saúde Bucal e Tec. de Saúde Bucal.	76
Quadro 31 -	Corpo técnico do SESANI até 2023.	77
Quadro 32 -	Justificativa para a ampliação do n° de profissionais do SESANI.	79
Quadro 33 -	Número de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural (PPA).....	80
Quadro 34 -	Previsão das principais temáticas/prioridades para formação profissional, para 2024 a 2027.	80
Quadro 35 -	Educação Permanente-SICONV nos anos de 2020,2021,2022 e 2023.	81
Quadro 36 -	Previsão das principais temáticas/prioridades para formação profissional.....	81
Quadro 37 -	Caracterização das aldeias sobre infraestrutura de saneamento.	82
Quadro 38 -	Tecnologias de tratamento de água mais utilizada	83
Quadro 39 -	Tecnologias de tratamento e disposição final de esgotamento mais utilizada.....	83
Quadro 40 -	Previsão de implantação de infraestrutura de abastecimento de água por aldeia 2024 a 2027.....	84
Quadro 41 -	Previsão de reforma e/ou ampliação de infraestrutura de abastecimento de água por aldeia.	85
Quadro 42 -	Previsão de sistema de esgotamento sanitário por aldeia	87
Quadro 43 -	Caracterização resumida do acesso às aldeias por tipo de transporte no DSEI. Substituir quadro, pela tabela abaixo, em que foi incluída mais uma linha.....	88
Quadro 44 -	Caracterização do acesso às aldeias por tipo de transporte no DSEI.	95

Quadro 45 -	Número de veículos e equipamentos de transporte por tipo.....	95
Quadro 46 -	Total de conselheiros locais, distritais e assessor indígena no DSEI.....	97
Quadro 47 -	Previsão de capacitação anual de conselheiros locais e distritais de saúde indígena do DSEI MRSA.....	97
Quadro 48 -	Previsão de Reunião de conselhos locais e distritais de saúde indígena no DSEI MRSA.....	97
Quadro 49 -	Previsão de reunião anual de conselheiros distritais do CONDISI/ DSEI MRSA.....	98
Quadro 50 -	Previsão de acompanhamento das atividades realizadas pelo Controle Social do DSEI MRSA.....	99
Quadro 51 -	Estratégia 1. Atenção à Saúde: Promover e Qualificar as ações e equipes de atenção e vigilância em saúde indígena.....	123
Quadro 52 -	Estratégia 2. Infraestrutura e Saneamento: Melhorias das infraestruturas de saúde e dos serviços de saneamento nas áreas indígenas.....	125
Quadro 53 -	Estratégia 3: Planejamento e gestão de bens e serviços: Adequados à execução das ações de saúde indígena pelos DSEI.....	125
Quadro 54 -	Estratégia 4: Monitoramento Orçamentário: Monitoramento da Execução orçamentária e financeira dos recursos empenhados nos contratos continuados e nas Atas de Registro de Preços e demais instrumentos celebrados no âmbito dos DSEI.....	126
Quadro 55 -	Estratégia 5: Articulação Interfederativa: Ampliação das articulações interfederativas e intersetoriais com vistas à integralidade das ações de atenção à saúde indígena.....	126
Quadro 56 -	Estratégia 6: Controle Social: Fortalecimento das instâncias de controle social do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.....	127

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Distribuição da População Indígena por Polo- Base no DSEI MRSA...7
Figura 2 -	Distribuição da População Indígena por etnia no DSEI MRSA, 2023 ..8
Figura 3 -	Idosos da etnia kokama na Campanha de Vacinação, Alexandre, idoso que ainda fala a língua Kokama, na aldeia Santa União, polo base Mucura, Fonte Boa/AM9
Figura 4 -	Mulher indígena da etnia Kulina Madija na aldeia Quatro Bocas, Polo Base Ipixuna/AM 11
Figura 5 -	Liderança indígena da etnia Kulina, aldeia Matatibem, Carauari/AM, 2023 12
Figura 6 -	Homens etnia Kanamari, da aldeia Taquara, Carauari/AM, 2022 14
Figura 7 -	Família Kanamari, da aldeia castanhal, dança e música Kanamari, apresentada no Polo-base Bugaio, em Jutáí/AM, durante a Assembleia Geral do COPIJU, 2022 14
Figura 8 -	Homens da etnia Ticuna, Ajuri, Aldeia Porto Praia, Uarini/AM, 2022. 15
Figura 9 -	Aldeia Porto Praia, Danças Ticuna, Uarini/AM, 2022 16
Figura 10 -	Tupé, confeccionado por idosa da Etnia Ticuna, na aldeia Estrela da Paz, Polo Bugaio -Jutáí - AM, 2024 16
Figura 11 -	Mulher indígena da etnia Deni, pintura corporal, polo-base Morada Nova, Itamarati – AM, 2022..... 17
Figura 12 -	Artesanato da etnia Deni, polo- base Morada Nova, Itamarati/AM, 2022 18
Figura 13 -	Ação Saúde N’ativa Alimentos partilhados, Aldeia Boiador, polo- base Morada Nova, Itamarati/AM 18
Figura 14 -	Moradia de Palha e Paxiúba, aldeia Morada Nova, polo base Morada Nova, Itamarati/AM, onde moram as etnias Deni, Kulina Madijá e Kanamari, 2022..... 19
Figura 15 -	Jogos Indígenas, na aldeia Boaidor, Polo Base Morada Nova Itamarati/AM, 2022 19
Figura 16 -	Cultura, dança kohanã, aldeia boca do Biá, Polo Base Biá, Jutáí/AM, 2022 20
Figura 17 -	Cerâmica Katukina (Padahkon), Polo Base Biá, aldeia Bacuri, Jutáí/AM, 2022 20
Figura 18 -	Etnia Katukina, milho, cultura de subsistência, Polo Base Biá, aldeia Bacuri, Jutáí/AM 21
Figura 19 -	Casa da etnia Katukina, aldeia Polo Base Biá, aldeia Bacuri, Jutáí/AM 21
Figura 20 -	Indígenas da Aldeia Marajaí, Alvarães/AM 22
Figura 21 -	Peixe assado, alimento da etnia Maku, na Polo Base Buá- Buá..... 23

Figura 22 -	Liderança Indígena, André Cruz, Aldeia Jaquiri, Polo Base- Marajaí, Alvarães/AM.....	24
Figura 23 -	Etnia Tukano, Técnico de Enfermagem da DIASI, Operação Gota, 2022	26
Figura 24 -	Indígenas da Etnia Tukano, aldeia Jarinal, Operação Gota (resgate de Profissional de Saúde), 2022.	27
Figura 25 -	Cobertura de abastecimento de água no DSEI-MRSA, 2023	31
Figura 26 -	Erícilia Ticuna – Coordenadora Distrital do DSEI MRSA em sua posse, 2023	33
Figura 27 -	“Chaguinha” – Presidente do CONDISI MRSA, 2023	34
Figura 28 -	Lucinha Tremembé e Francisca Marciane (Representantes do Controle Social da SESAI), Maria Raimunda (Presidente do CONDISI) e Zuila Kulina (Vice – Presidente do CONDISI) cerimônia de posse, 2022 ...	35
Figura 29 -	Mapa do território de abrangência do DSEI – MRSA, 2023.....	38
Figura 30 -	Localização do Laboratório de Monitoramento da Qualidade da Água Indígena (LMQAI) do DSEI-MRSA e dos laboratórios a serem implantados, 2023.....	78
Figura 31 -	Dados Orçamentários PDSI, 2020-2023.....	100

SUMÁRIO

1.	APRESENTAÇÃO	1
2.	METODOLOGIA E PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PDSI 2024-2027	2
3.	CARACTERIZAÇÃO GERAL DO DSEI	4
3.1	História da População Indígena em cada DSEI	5
3.1.1.	Etnia Kokama.....	8
3.1.2.	Kulina Madija	10
3.1.3.	Kanamari.....	13
3.1.4	Ticuna	15
3.1.5	Miranha	16
3.1.6	Deni.....	17
3.1.7	Katukina	20
3.1.8	Mayoruna	22
3.1.9	Maku	23
3.1.10	Kambeba.....	24
3.1.11	Apurinã.....	25
3.1.12	Mura.....	25
3.1.13	Tukano (Tsohom Dyapa)	26
3.1.14	Kaixana	27
3.1.15	Katawixí	27
3.1.16	Arara Vermelha.....	28
3.1.17	Baniwa ²⁸	
3.1.18	Makuxi.....	28
3.1.19	Sateré-Mawé.....	29
3.1.20	Wapixana	30
3.2	Saneamento Ambiental	30
3.3	A Construção do Controle Social no DSEI/MRSA.....	33
3.4	Dados Geográficos.....	36
3.5	Mapa	37
4.	DETERMINANTES E FATORES DE RISCOS AMBIENTAIS	38
4.1	Dados demográficos.....	40
4.2	Determinantes Sociais.....	44
4.3	Perfil epidemiológico	46
5.	ESTRUTURAÇÃO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA – ATUAL E PREVISÃO	60

5.1	Infraestrutura de saúde do DSEI MRSA.....	60
5.2	Rede de Atenção à Saúde.....	62
5.3	Gestão do Trabalho e educação na Saúde	65
5.3.1	Força de Trabalho.....	66
5.3.2	Qualificação Profissional.....	80
5.4	Infraestrutura de saneamento	82
5.5	Meio de Transporte	87
5.5.1	Plano de Transporte	95
5.6	Insumos e Recursos para execução das ações de saúde	96
5.7	Controle Social	96
5.8	Recursos Financeiros.....	99
6.	AVALIAÇÃO DO PDSI 2020-2023.....	101
6.1	ESTRATÉGIA 1 – Atenção à Saúde	103
6.2	ESTRATÉGIA 2 – Qualificação de serviços de saneamento ambiental nas áreas indígenas.....	117
6.3	ESTRATÉGIA 3 – Provimento de infraestrutura, equipamentos e insumos adequados à execução das ações de saúde indígena.....	120
6.4	ESTRATÉGIA 4 – Ampliação da efetividade do Controle do Controle social em acompanhar e fiscalizar a PNASPI.....	120
7.	RESULTADOS ESPERADOS.....	122

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. Bem como, tem como 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.

A Política Nacional de Saúde Indígena dispõe de um conjunto de diretrizes e ações estabelecidas pelo governo brasileiro para garantir o acesso e a qualidade dos serviços de saúde para as populações indígenas. Essa política busca garantir o respeito aos saberes tradicionais, promovendo ações de prevenção, promoção, assistência e recuperação da saúde, culturalmente adequada e territorialmente diferenciada. Sua implementação se efetiva via Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), especificamente voltadas para atender as aldeias indígenas em diferentes regiões do país.

Este Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI), é um instrumento eficaz para o desenvolvimento e aprimoramento do planejamento, do orçamento e da gestão, dando uma especial atenção ao monitoramento e à avaliação. Ele se integra 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 estar em consonância com a Conferência Nacional de Saúde Indígena.

Portanto, o PDSI 2024-2027 do Distrito Especial de Saúde Indígena do Médio Rio Solimões e Afluentes (DSEI MRSA), tem como propósito primordial efetivar as ações do Sasi-SUS de forma democrática e participativa, como prever a portaria de consolidação GM/MS n.º 4, de 29 de setembro de 2017. E para garantia do monitoramento e avaliação, após a homologação, serão criados instrumentos de gestão, que sistematize 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, se fará por meio de uma análise mais abrangente e sistemática do plano, que buscará avaliar o seu desempenho, resultados e impactos alcançados, deverá ser realizada em momentos específicos, como o término de fases ou do plano na totalidade, e visa verificar se os objetivos foram alcançados e se os benefícios esperados foram obtidos.

Sendo assim, este plano apresenta as intenções (os produtos), objetivos e metas a serem alcançadas no período de quatro anos com clareza, assegurando a elaboração de uma ferramenta de gestão eficaz que determina uma atenção especial à sua avaliação e monitoramento contínuos pela SESAI, DSEI MRSA e pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI). Por fim, destaca-se que o PDSI 2024-2027, acompanhará a execução do orçamento destinado ao DSEI MRSA, oferecendo subsídios para sustentar discussões no âmbito da saúde indígena, além de proporcionar ao CONDISI, informações para que ele realize sua função de fiscalizar, debater e apresentar políticas para o fortalecimento da saúde na região do DSEI MRSA.

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

A metodologia do Plano Distrital de Saúde Indígena 2024-2027, foi fundamentada a partir das diretrizes e documentos modelos elaborados e disponibilizados pela SESAI, ao DSEI MRSA. E que, em seguida, esses foram posteriormente compartilhados com a equipe técnica do DSEI, na versão Word e Excel. Cada departamento se comprometeu em colaborar de forma descritiva com a construção deste plano e dos indicadores de saúde a serem pactuados pelo DSEI MRSA, após compartilharam com o Ponto Focal do PDSI a contribuição realizada.

Contudo, ressalta-se que as demandas inseridas no PDSI de 2024 a 2027 emergiram, principalmente, das escutas ativas.

O CONDISI, com a parceria da Coordenação Distrital do DSEI MRSA, no período de outubro a novembro de 2023, mobilizou, organizou e realizou reuniões de Conselhos Locais de Saúde Indígena - CLSI, através de 15 etapas, nos 15 Polos-base de Saúde do DSEI MRSA: **Uarini, Eirunepé, Barreira da Missão, Biá, Marajá, Ipixuna, Cuiú-cuiú, Mucura, Buá-Buá, Coari, Carauari, Envira, Morada Nova, Bugaio e Kumarú.** Nessas reuniões, estiveram presentes: Conselheiros Locais,

Presidente de Conselhos Locais, Conselheiros Distrital e Lideranças Indígena, representantes dos movimentos indígenas, parceiros e aliados da causa indígena.

Durante as reuniões, as equipes técnicas criaram grupos de trabalho e realizaram várias rodas de conversas, sendo disponibilizados para os participantes materiais didáticos como: papéis cartolinas, papel ofício, canetas, pincéis, que serviram para escreverem suas propostas. Com isso, tivemos propostas escritas, outras apresentadas em forma de desenhos, e outras somente faladas pelos indígenas, e anotadas pela equipe técnica responsável por registrar as reuniões, considerando assim as especificidades culturais e linguísticas de cada povo. Deste modo, as equipes conseguiram levantar as demandas do PDSI, respeitando a língua materna, utilizando-se de tradutores indígenas em alguns casos, garantindo assim a participação ativa de todos os povos. Por aldeia tivemos o seguinte quantitativo, Uarini: 27; Eirunepé:189; Barreira da Missão: 70; Biá:110; Marajaí: 49; Ipixuna: 85; Cuiú-Cuiú: 55; Mucura: 113; Buá-Buá: 46; Coari 138; Carauari: 39; Envira:197; Itamarati: 80; Bugaio:108; e Kumarú: 66.

Portanto, este plano foi construído coletivamente, com a participação dos CONDISI, e contou com 4 equipes de trabalho, que ficaram responsáveis por acompanhar e ajudar no levantamento de demandas para o PDSI, durante as reuniões de Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI). Além disso, este PDSI foi construído por meio da participação ativa e democrática das lideranças indígenas, da Coordenação Distrital, dos profissionais das EMSI, Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI), Serviço de Edificação e Saneamento Indígena (SESANI), Serviços de Orçamento e Finanças (SEOFI), Serviços de Recursos Logísticos (SELOG), assessores indígenas, parteiras, pajés, professores e indigenistas do Conselho Indigenista Missionário (CIMI) e outros parceiros.

As demandas levantadas durante as reuniões de CLSI foram analisadas pelas equipes técnicas responsáveis e em seguida geraram relatórios para organizar e registrar as demandas levantadas. Após, esses relatórios, foram entregues a Coordenação e a Presidente do CONDISI MRSA, e posteriormente foram inseridas neste Plano Distrital de Saúde Indígena quadriênio (2024-2027).

O CONDISI, após a conclusão das reuniões de Conselhos Locais e após as análises dos relatórios de levantamento de demandas, encaminhou para a coordenação distrital do DSEI MRSA um ofício destacando as aldeias prioritárias, para

serem contempladas neste plano. Este documento encontra-se em anexo ao Plano Distrital.

Em novembro de 2023 o PDSI foi encaminhado para SESAI para a primeira análise e após a devolutiva, foram realizadas as retificações de acordo com os pareceres técnicos de cada departamento da SESAI. Portanto, após as correções, este PDSI será submetido conhecimento e aprovação na plenária da 45ª Reunião do CONDISI, que será realizada entre os dias 14 e 16 de 2024, a partir das 8 horas no Centro de Treinamento Irmão Falcon, Tefé/AM. Por fim, após essa etapa este plano será encaminhado à SESAI para sua homologação.

3. CARACTERIZAÇÃO GERAL DO DSEI

O DSEI MRSA é um modelo de organização previsto pela Política Nacional de Saúde Indígena e do SasiSUS. Contempla o espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo, bem delimitado, abrangendo 14 municípios na região do Médio Rio Solimões e Afluentes.

Dispõe de um leque de atividades técnicas que visam medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde. Assim como, promove a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias dentro de seu território, desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com a participação efetiva do seu órgão de controle social, isto é, o CONDISI (BRASIL, 2019). Portanto, a seguir vejamos a caracterização do DSEI MRSA como: **história da sua população indígena, dados geográficos, mapa de localização**. O quadro 01 traz as seguintes informações: extensão territorial, município sede, endereço, e-mail, os nomes dos municípios que compõem o território do DSEI MRSA e sua população indígena.

Quadro 1 - Caracterização geral do DSEI

Caracterização	Descrição
Extensão Territorial:	295.000 km ² .
Município sede do DSEI:	Tefé
Endereço:	Rua Monteiro de Souza, n.º 287, Centro, CEP: 69.550-045
E-mail:	dseimsol.sesai@saude.gov.br
Município com população indígena em sua jurisdição:	Município de Tefé- 2.404 Município de Jutai- 5.401 Município de Japurá- 645 Município de Carauari- 419 Município de Coari- 938 Município de Marãa- 1533 Município de Eirunepé- 2.871 Município de Envira- 1.250

Caracterização	Descrição
	Município de Ipixuna- 1.451 Município de Juruá- 653 Município de Alvarães- 1.599 Município de Itamarati- 1.779 Município de Fonte Boa- 1.238 Município de Uarini- 658
Total da População Indígena:	22.839 habitantes
Nome das Etnias existentes:	Apurinã, Arara Vermelha, Baniwa, Deni, Kaixana, Kambeba, Kanamari, Katawixí, Katukina, Kokama, Madja Kulina, Makú-Nadeb, Makuxi, Mayoruna, Miranha, Múra, Sateré-Mawé, Ticuna, Tukano e Wapixana.
Nº de Polos Base:	15 polos
Nº de UBSI:	35
Nº de CASAI:	2 unidades
Nº de Casas de Apoio aos indígenas nos municípios:	6 unidades
Nº de Aldeias:	191 aldeias
Nº de Famílias:	4.922 famílias
Meios de transporte utilizados, se possível incluir a proporção:	4,7% de aldeias com acesso terrestres; 2,09% transporte aéreo; 93,21% de aldeias com transporte via fluvial

Fonte: DSEI/MRSA- DIASI/SIASI, 2023.

3.1 História da População Indígena em cada DSEI

O DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes localiza-se no Estado do Amazonas, com sede no município de Tefé. De acordo com dados de relatórios internos do SESANI/DSEI MRSA (2023), apresenta atualmente uma área de extensão territorial de 295.000 km². Tem como território de abrangência os **municípios de Maraã, Tefé, Uarini, Japurá, Juruá, Jutai, Eirunepé, Envira, Carauari, Itamarati, Ipixuna, Alvarães, Fonte Boa e Coari**. A história do DSEI MRSA está atrelada à História do Movimento Indígena nesta região. A garantia do direito à saúde aos povos indígenas, bem como, a necessidade de a população indígena dispor dos outros direitos sociais garantidos na Constituição Federal de 1988, passam a ser exigidos, à medida que o movimento indígena nessa região se fortalece na década de 1980. Destaca-se que foi nessa época, que nasceu a organização social, União das Nações Indígenas de Tefé (UNI-Tefé), segundo Oliveira e Rapazo (2023).

Com o “ressurgimento” do movimento indígena, na década de 1980, a articulação do movimento indígena em Tefé dá início às primeiras organizações indígenas. Tem-se a União das Nações Indígenas de Tefé (UNI-Tefé), passando a funcionar desde 1989, após sua primeira diretoria eleita (FAULHABER, 1998; OLIVEIRA e RAPOZO, 2023, p. 72).

Mediante a assinatura de convênios, instituições como as Organizações não governamentais e da sociedade civil organizada, implantaram no Brasil os 34 Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena. Passando a execução da atenção à saúde

indígena ser responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), no ano de 1999. E assim nasce também o DSEI MRSA¹.

A partir de 1999, a UNI-Tefé, de acordo com Silva (2019), assinou convênio com a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), e passou a gerir a política de atenção básica de saúde indígena na região do médio rio Solimões e seus afluentes, fazendo atendimento em treze municípios. Mesmo no período que a UNI-Tefé esteve responsável pela saúde indígena, eles não deixaram de se organizar, enquanto movimento, e atuar nas comunidades com informação sobre direitos indígenas. (OLIVEIRA e RAPOZO, 2023, p. 72).

Compreende-se, portanto, que por meio do movimento indígena, da luta pela garantia de direitos aos indígenas, a **União das Nações Indígenas de Tefé – UNI/Tefé** realizou a contratação de força de trabalho, através convênio celebrado **com o Ministério da Saúde–MS. Deste modo**, passou o DSEI MRSA executar suas ações de forma regular e contínua. Deste modo, à medida que os profissionais foram sendo contratados, esses foram lotados nos polos-base de saúde existentes na época. Nesse período, o DSEI MRSA atendia aproximadamente uma população em torno de 12 mil indígenas, que pertenciam a 11 (onze) etnias entre elas: **Deni, Kanamari, Katukina, Kokama, Madija Kulina, Maku-Nadeb, Mayoruna, Miranha, Ticuna, Tukano e Kambeba**.

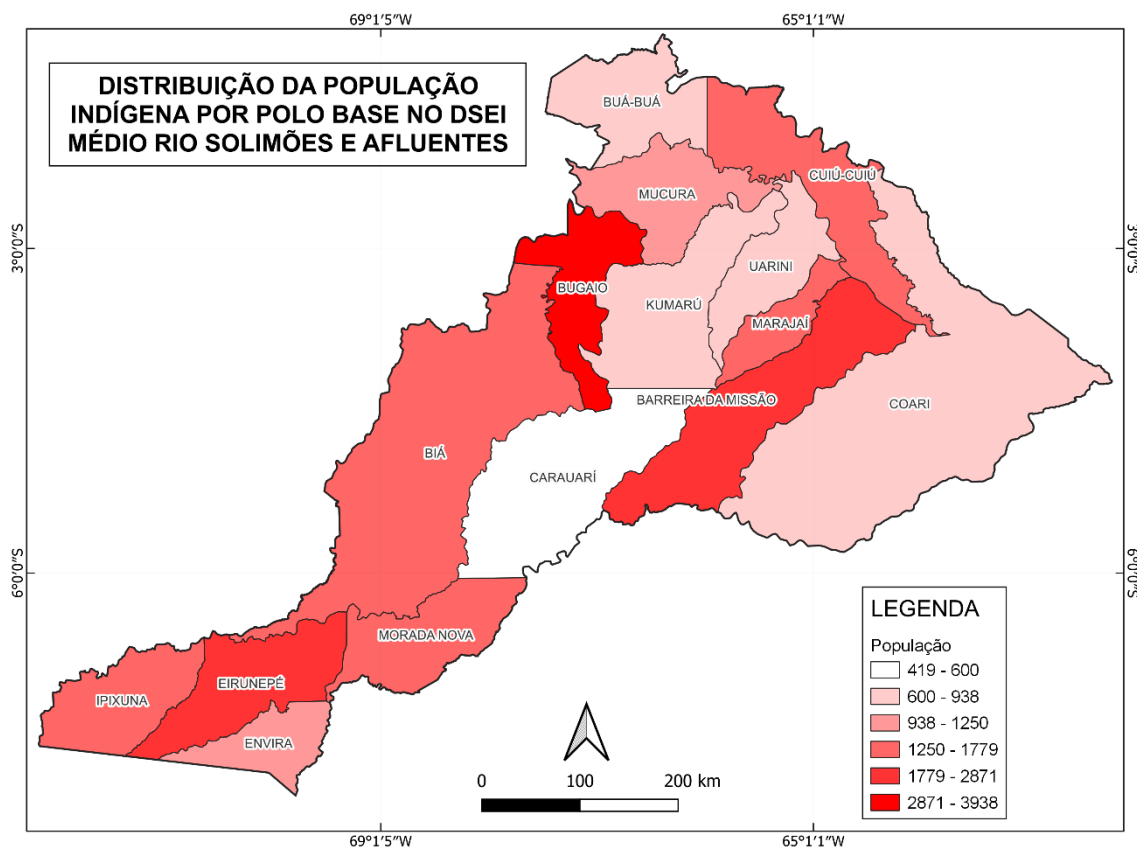
No entanto, a necessidade de melhorar a saúde na região ainda era grande. Por meio da atuação vigorosa dos movimentos sociais e das pressões exercidas por entidades indígenas, como o CONDISI, e em consonância com as denúncias apresentadas pelo Ministério Público Federal (MPF) e pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), emergiu a necessidade premente de estabelecer seis novos polos-base. Essa medida visava assegurar a adequada assistência diante do aumento populacional e do número crescente de aldeias cadastradas, sendo que estes polos passaram a ser organizados administrativamente conforme as regiões políticas de abrangência dos respectivos municípios. Este processo culminou na existência de quinze polos-base atualmente.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi aprovada pela Portaria n.º 254, de 31 de janeiro de 2002. Contudo, é importante lembrar, que

¹ Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, acrescenta dispositivos à lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o subsistema de atenção à saúde indígena. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm . Acesso em: 7 de janeiro de 2024.

somente em 2011, a responsabilidade de ofertar saúde para os povos indígenas passou a ser da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).

Figura 1 - Distribuição da População Indígena por Polo- Base no DSEI MRSA

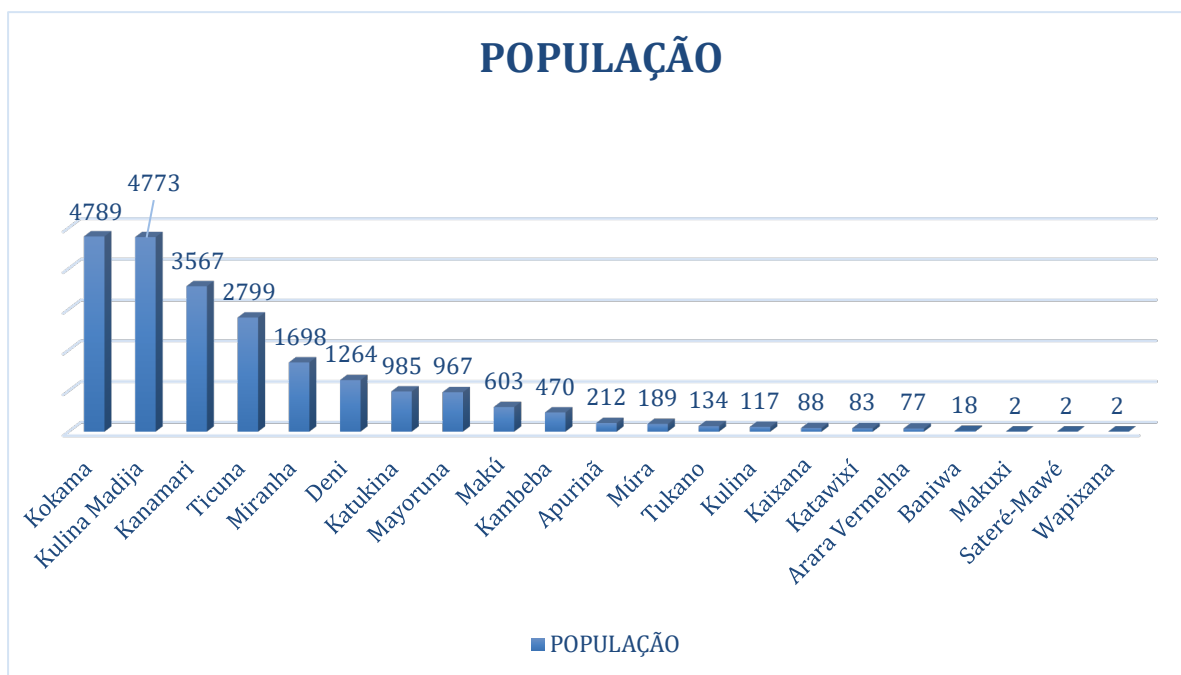


Fonte: SESANI/DSEI MRSA, 2023.

Atualmente, de acordo, com dados Extraídos do Sistema de Informação e Atenção à Saúde Indígena (SIASI), no mês de dezembro de 2023, a população cadastrada no DSEI/MRSA era de 22.839 indígenas, e se encontrava distribuída em 15 Polos- base de Saúde, com um total de 191 (cento e nove e um) aldeias.

O Distrito Sanitário Especial Indígena do Médio Rio Solimões e Afluentes (DSEI MRSA) é uma organização dedicada ao atendimento e cuidado da saúde das etnias indígenas que habitam a região do Médio Rio Solimões e seus afluentes, no estado do Amazonas. Nessa extensa área, são atendidos diversos povos indígenas, cada um com sua cultura, tradições e língua própria. Entre as etnias atendidas pelo DSEI MRSA, vejamos a figura do gráfico abaixo.

Figura 2 - Distribuição da População Indígena por etnia no DSEI MRSA, 2023



Fonte: DSEI-MRSA/ SIASI, 2023.

Essas etnias possuem suas particularidades, sistemas de saúde e formas de organização social, demandando uma abordagem diferenciada na prestação de cuidados de saúde. O DSEI MRSA respeitará e valorizar a cultura e os conhecimentos tradicionais indígenas, incorporando-os em sua abordagem de cuidado à saúde, sempre em parceria com as lideranças indígenas e os profissionais de saúde.

Por meio do trabalho integrado com as comunidades indígenas, o DSEI MRSA promoverá a saúde, prevenir doenças e proporcionar acesso a cuidados médicos de qualidade, respeitando a diversidade cultural e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dessas populações. O compromisso é garantir o respeito aos direitos indígenas e a promoção da saúde de forma intersetorial, para as aldeias terem acesso a um atendimento completo e adequado às suas necessidades específicas.

3.1.1 Etnia Kokama

Entre as aldeias do DSEI MRSA encontramos povos da etnia Kokama, **nos polos bases: Bugaio, Biá, Mucura, Barreira da Missão e Cuiú- Cuiú (SIASI, DSEI MRSA, 2023)**. A etnia "Kokama" habita principalmente a região da Amazônia, no Brasil e no Peru. Os Kokamas têm uma cultura rica e diversificada, com suas próprias tradições, língua, história e costumes.

Sua língua, também chamada Kokama, pertence à família linguística Tupi-Guarani, corpo Tupi. É muito semelhante à língua Omágua (Kambebani). Estudos posteriores mostraram que sua origem estava relacionada a diversas migrações de grupos Tupi do Brasil para o Peru em tempos pré-contato. Atualmente, infelizmente a língua Kokama sofreu grandes prejuízos na região do Médio Rio Solimões e Afluentes, uma vez que são pouquíssimos os idosos desta etnia que ainda falam a língua. (Povos Indígenas no BRASIL, 2020).

Figura 3 - Idosos da etnia kokama na Campanha de Vacinação, Alexandre, idoso que ainda fala a língua Kokama, na aldeia Santa União, polo base Mucura, Fonte Boa/AM



Fonte: Nazide Kokama, 2022.

Estudos indicam que língua Kokama seja um produto linguístico da interação entre os povos indígenas do alto Marañón, próximo aos rios Huallaga, Napo e Ucayal (rio Solimões), e o Tupinambá teria sido a principal fonte linguística da língua Kokama, com aproximadamente 60% do vocabulário (Povos Indígenas no BRASIL, 2020).

Historicamente, eles viveram ao longo dos rios da Amazônia, onde praticam diversas atividades, como a pesca, a agricultura, a caça e a coleta de frutas e plantas medicinais. Além disso, eles também são conhecidos por suas habilidades na confecção de artesanato, como a produção de cestos, cerâmicas e tecidos. Os comentaristas regionais continuam a relatar que os Kokamas eram um povo que vivia

em constante movimento. O processo de marginalização do povo Kokama sempre foi explicado por conflitos em busca de terras de plantação e água para a pescaria (AMEIDA e RUBIM, 2012, p. 68).

De acordo com Almeida Rubim (2012, p.69), as mobilizações étnicas dos Ticuna levaram ao empoderamento político povo Kokamo através da luta pela delimitação de suas terras. Uma das consequências desse processo de mobilização, a maquinaria do poder estatal de fortes relações contraditórias, foi a autoconsciência dos Kokama, que, ao mesmo tempo, se fortaleceram e começaram a separar-se dos Tikunas.

3.1.2 Kulina Madija

A etnia Madija Kulina reside principalmente na região do Rio Juruá, desde sua foz até o estado do Acre, próximo à fronteira com o Peru. De acordo com o site Povos Indígenas no Brasil (2014), os Kulina estão inseridos na família linguística Arawá e, antes do contato com os colonizadores, constituíam um dos muitos grupos indígenas presentes no estado do Acre e no sul da Amazônia. O termo utilizado para se referir a si mesmos é Madija (pronunciado como madirrá), que denota "aqueles que são humanos", enquanto os não indígenas são comumente designados como cariwá.

No território do DSEI MRSA encontra-se essa etnia nos seguintes polos- base de saúde: **Barreira da Missão, Biá, Bugaio, Caruari, Eirunepé, Envira, Ipixuna, Kumarú e Morada nova** (SIASI, DSEI MRSA, 2023).

Figura 4 - Mulher indígena da etnia Kulina Madija na aldeia Quatro Bocas, Polo Base Ipixuna/AM



Fonte: Silva, NUCON/DSEI MRSA, 2022.

Os Kulina Madija que habitam as proximidades dos rios Purus, Juruá e seus afluentes são notáveis pela determinação com que mantêm intactas suas instituições culturais, que englobam práticas musicais e xamanismo. Isso é evidenciado pelo fato de que, apesar de terem sido expostos anteriormente aos colonizadores e de algumas de suas aldeias estarem próximas a centros urbanos, os Kulina persistem em não se estabelecer fora de suas terras (POVOS INDÍGENAS NO BRASIL, 2014).

Os Kulina Madija tradicionalmente vivem da caça, pesca, coleta de frutas e da agricultura de subsistência, cultivando principalmente mandioca, milho, feijão e bananas. Sua economia é baseada na reciprocidade, compartilhando recursos e trabalho comunitariamente.

A organização social dessa etnia é fundamentada em clãs matrilineares, onde a herança e a filiação são transmitidas pela linhagem materna. Eles têm uma estrutura política liderada por um chefe, conhecido como pajé. O pajé é responsável por orientar sua comunidade espiritualmente, bem como por suas práticas medicinais. Sendo uma figura importantíssima para a etnia Kulina Madija.

Os Kulina Madija, possuem um rico repertório de mitos, histórias e rituais, os quais são transmitidos por gerações. Eles praticam rituais de cura, festivais de colheita e rituais xamânicos, onde buscam contato com os espíritos e energias da natureza.

Figura 5 - Liderança indígena da etnia Kulina, aldeia Matatibem, Carauari/AM, 2023



Fonte: Samuel Kulina, Assessor indígena DSEI MRSA, 2023.

Os Kulina vivem tradicionalmente da caça, pesca e agricultura de subsistência. Cultivam principalmente mandioca, milho, batata-doce, amendoim e banana. Ainda praticam o extrativismo, buscando recursos na floresta como frutas, plantas medicinais e madeira.

Na organização social do Povo Kulina, a família é considerada a unidade básica, composta por diversas gerações. Eles têm uma forte ligação com a natureza e acreditam na presença de espíritos nos elementos naturais, como rios, animais e árvores. A língua Kulina é falada por muitos membros da comunidade, mas está infelizmente ameaçada de extinção devido à influência da cultura ocidental. No entanto, esforços são feitos para preservar e fortalecer a língua e a cultura Kulina.

Infelizmente, como acontece com muitos povos indígenas, os Kulina enfrentam diferentes desafios, incluindo a perda de território, desmatamento, exploração de recursos naturais, violência e discriminação.

3.1.3 Kanamari

A etnia Kanamari é um do grupo indígena Tükuna. No MRSA habitam predominantemente na região dos rios: Juruá, Xeruã, Itucumã e Jutaí, e também habitam o rio Itacuaí, terra indígena do vale do Javari, todos localizados no estado do Amazonas, Brasil. Podemos encontrar essa etnia nos polos-base de saúde indígena: **Carauari, Barreira da Missão, Biá, Buá-Buá, Mucura, Morada Nova, Eirunepé e Cuiú-Cuiú.** (SIASI, DSEI MRSA, 2023). Sua cultura é fortemente marcada por suas tradições e crenças (*kohanã*).

Os Kanamari, têm uma relação profunda e harmoniosa com a natureza, considerando-a como sagrada e acreditando na existência de espíritos ancestrais que protegem e guiam seu povo. A subsistência usada pela etnia, é baseada principalmente na agricultura de subsistência, caça, pesca e coleta de frutas e raízes. Eles são especializados no cultivo de mandioca, milho, abóbora, feijão e outras culturas tradicionais. Além disso, também utilizam técnicas de pesca e são hábeis na construção de armadilhas para caça.

Na tradição Kanamari, a música e a dança são aspectos culturais muito importantes. Eles possuem uma variedade de instrumentos musicais, como flautas de bambu e tambores, sendo usados durante rituais, festivais e celebrações.

Figura 6 - Homens etnia Kanamari, da aldeia Taquara, Carauari/AM, 2022



Fonte: Marywam kanamari, 2022.

A arte também desempenha um papel significativo na cultura Kanamari. Suas pinturas corporais e faciais são elaboradas e possuem um simbolismo especial, expressando suas crenças e histórias ancestrais.

Figura 7 - Família Kanamari, da aldeia castanhal, dança e música Kanamari, apresentada no Polo-base Bugaio, em Jutáí/AM, durante a Assembleia Geral do COPIJU, 2022



Fonte: Silva, NUCON/DSEI MRSA, 2022.

Em termos de organização social, os Kanamari têm um sistema de clãs, onde cada clã é liderado por um chefe, geralmente um homem mais velho e sábio, isto é, o Pajé da aldeia. Eles também têm um conselho de líderes que toma decisões importantes para a comunidade.

O que diz respeito à religião, os Kanamari têm sua própria visão de mundo e rituais espirituais intrinsecamente ligados à natureza. Acreditam na existência de espíritos e seres sobrenaturais que controlam o equilíbrio do mundo.

3.1.4 Ticuna

Os Ticuna são um povo indígena que reside predominantemente no Brasil, Colômbia e Peru. Eles são o maior grupo indígena da Amazônia brasileira. A língua falada pelos Ticuna pertence à família linguística tikuna-yurí. No território que abrange o DSEI MRSA encontramos o povo dessa etnia nos Polos Base: **Barreira da Missão, Bugaio, Coari, Marajaí e Uarini** (SIASI, DSEI MRSA, 2023). Eles têm uma longa e rica tradição cultural, com histórias, lendas e práticas culturais transmitidas de geração em geração. Sua religião tradicional inclui crenças em espíritos da natureza e rituais de cura.

Figura 8 - Homens da etnia Ticuna, Ajuri, Aldeia Porto Praia, Uarini/AM, 2022



Fonte: Adelmo Ticuna, 2022

Figura 9 - Aldeia Porto Praia, Danças Ticuna, Uarini/AM, 2022



Fonte: Adelmo Ticuna, 2022.

Figura 10 - Tupé, confeccionado por idosa da Etnia Ticuna, na aldeia Estrela da Paz, Polo Bugaio -Jutaí - AM, 2024



Fonte: Lira, DSEI MRSA, 2024.

3.1.5 Miranha

Os Miranha são uma etnia indígena que vive na região amazônica, principalmente nos estados do Amazonas e Acre, no Brasil. Segundo informações do site: Povos Indígenas Do Brasil, (2020) “O termo Miranha foi empregado na sociedade

colonial como um classificador genérico, que englobaria tribos inimigas, cuja linguagem não seria mutuamente compreensível”.

Essa etnia pode ser encontrada em várias aldeias ao longo dos rios Juruá, Japurá e Purus.

A existência de territórios indígenas Miranha foi reconhecida pelo Serviço de Proteção aos Índios (SPI) no médio Solimões e Japurá desde as primeiras décadas do século XX. A TI Méria (município de Alvarães, no médio Solimões, AM) foi demarcada em 1929, por aquele órgão e foi homologada apenas em 1993. A TI Miratu (município de Uarini, no médio Solimões, AM) foi demarcada em 1982, pela FUNAI, e homologada em 1991. A delimitação da TI Cuiú-Cuiú (município de Maraã, no Japurá-AM) foi oficialmente reconhecida em 1998 e homologada em 2003, sendo sobreposta à Reserva de Desenvolvimento Sustentável Amanã, contígua à RDS Mamirauá (POVOS INDÍGENAS DO BRASIL, 2020).

Os Miranha têm sua cultura de subsistência voltada para a pesca, caça, coleta de frutas e cultivo de mandioca para sustento. Destaca-se que este povo tem sua etnia presente no DSEI MRSA nos polos – base: **Barreira da Missão, Bugaio, Coari, Cuiú – Cuiú, Ipixuna, Marajaí e Uarini** (SIASI, DSEI MRSA, 2023).

3.1.6 Deni

Figura 11 - Mulher indígena da etnia Deni, pintura corporal, polo-base Morada Nova, Itamarati – AM, 2022



Fonte: Silva, NUCON/DSEI MRSA, 2022.

A organização social dos Denis é baseada em aldeias, e cada aldeia é governada por um cacique. A família também desempenha um papel importante na estrutura social, com relações familiares fortes e respeito aos mais velhos. Destaca-

se que a etnia Deni, no território do DSEI MRSA, só é encontrada no polo base Morada Nova, no município de Itamarati/AM.

Figura 12 - Artesanato da etnia Deni, polo- base Morada Nova, Itamarati/AM, 2022



Fonte: Silva, NUCON/DSEI MRSA, 2022.

A religião indígena tradicional dos Denis é centrada na crença em espíritos da natureza e na figura do pajé, que atua como líder espiritual e curandeiro.

Figura 13 - Ação Saúde N'ativa Alimentos partilhados, Aldeia Boiador, polo- base Morada Nova, Itamarati/AM



Fonte: Silva, NUCON/DSEI MRSA, 2022.

Figura 14 - Moradia de Palha e Paxiúba, aldeia Morada Nova, polo base Morada Nova, Itamarati/AM, onde moram as etnias Deni, Kulina Madijá e Kanamari, 2022



Fonte: Silva, NUCON/DSEI MRSA, 2022.

Figura 15 - Jogos Indígenas, na aldeia Boaidor, Polo Base Morada Nova Itamarati/AM, 2022



Fonte: Silva, NUCON/DSEI MRSA, 2022.

3.1.7 Katukina

Os Katukina são conhecidos por sua tradição cultural rica, especialmente em relação ao uso de plantas medicinais e a práticas espirituais. No DSEI MRSA só encontramos essa etnia no polo Base Biá, no município de Jutai/AM.

Figura 16 - Cultura, dança kohanã, aldeia boca do Biá, Polo Base Biá, Jutai/AM, 2022



Fonte: Zurra, SIASI/DSEI MRSA, 2022.

Eles possuem um profundo conhecimento sobre a floresta e a natureza, e são especialistas em diferentes métodos de cura, como o uso de ervas medicinais e rituais de canto e dança, bem como dispões de muitas habilidades artísticas.

Figura 17 - Cerâmica Katukina (Padahkon), Polo Base Biá, aldeia Bacuri, Jutai/AM, 2022



Fonte: Silva, NUCON/DSEI MRSA, 2022.

Figura 18 - Etnia Katukina, milho, cultura de subsistência, Polo Base Biá, aldeia Bacuri, Jutai/AM



Fonte: Silva, NUCON/DSEI MRSA, 2022.

A língua Katukina pertence à família linguística Pano, e falada por grande parte do grupo, embora muitos também falem português. Sua organização social é baseada em unidades familiares, com cada família tendo seu próprio território e cultivo. O povo Katukina continua a viver de forma seminômade, dependendo da pesca, agricultura e caça para a subsistência, enquanto preservam suas tradições culturais e conhecimentos ancestrais.

Figura 19 - Casa da etnia Katukina, aldeia Polo Base Biá, aldeia Bacuri, Jutai/AM



Fonte: Silva, NUCON/DSEI MRSA, 2022.

3.1.8 Mayoruna

O povo Mayoruna, também conhecido como Marubo ou Mayoruna, é um grupo indígena que habita a região da Amazônia, especialmente nas terras indígenas do Rio Ituí e Rio Itacoaí, terra indígena vale do Javari, Amazonas, Brasil.

O povo Mayoruna possui uma cultura rica e tradicionalmente vivem da caça, pesca e coleta de frutos da floresta. Acreditam em seres mitológicos e têm uma relação espiritual com a natureza. A língua falada pelo povo Mayoruna é o marubo, que pertence à família linguística Pano.

Apesar da proximidade com centros urbanos, os Mayoruna lutam por seus direitos territoriais e pela preservação de seu modo de vida tradicional. Os Mayoruna também são reconhecidos por sua arte, especialmente na confecção de cestarias, cerâmicas e pinturas corporais.

Em suma, o povo Mayoruna representa uma parcela valiosa e diversificada da população indígena brasileira, defendendo seu território e preservando sua cultura diante de desafios contemporâneos. Temos a presença da etnia Mayoruna nos polos-base de saúde indígena: **Barreira da Missão, Cuiú – Cuiú, Marajaí e Mucura**. (SIASI, DSEI MRSA, 2023).

Figura 20 - Indígenas da Aldeia Marajaí, Alvarães/AM



Fonte: Genival Mayoruna, 2022.

Os indígenas da etnia Mayoruna, estão presentes no DSEI MRSA no polo – base Marajá no Município de Alvarães- AM, representando em nível populacional a maior aldeia deste distrito.

3.1.9 Maku

Os povos Maku são um grupo indígena que vive nas regiões da Amazônia e do Planalto das Guianas, abrangendo áreas da Venezuela, Colômbia e Brasil. Apesar de serem divididos em diferentes subgrupos, os Maku compartilham semelhanças culturais, linguísticas e modo de vida. Os Maku migram ao longo dos cursos de água, fixando-se temporariamente onde encontram condições ecológicas favoráveis à caça, o que geralmente se adequa à forma como os conflitos internos são resolvidos: (Povos Indígenas no Brasil, 2014).

Praticamente todos os Maku são falantes de suas línguas. Devido à proximidade dos Tukano, os Maku da área do Uaupés (Bara, Hupda e Yuhupde) falam línguas Tukano, dando curso ao multi-linguismo característico da região (POVOS INDÍGENAS NO BRASIL, 2014).

Na região do Médio Rio Solimões e Afluentes encontra-se a etnia Maku, que falam de forma o tronco linguístico Maku Nadöb, no polo base Buá- Buá e Marajá, e chamados nessa região também de Maku - Maku Nadöb.

Os Maku são conhecidos ainda por sua grande habilidade de sobreviver em ambientes hostis e por suas técnicas de caça. Eles também possuem extenso conhecimento sobre as plantas da floresta e seu uso medicinal.

Figura 21 - Peixe assado, alimento da etnia Maku, na Polo Base Buá- Buá



Fonte: Silva, NUCON/DSEI MRSA, 2022.

3.1.10 Kambeba

Os Kambeba são um grupo indígena que vive na região amazônica do Brasil, mais especificamente no estado do Amazonas. No DSEI MRSA encontramos a etnia nos polos: **Barreira da Missão, Bugaio, Coari, Marajá e Mucura**. (SIASI, DSEI MRSA, 2023). A língua tradicional dos Kambeba é o Kambeba, que faz parte da família linguística Tupi-Guarani.

Os Kambeba – também conhecidos como Omágua, principalmente no Peru – configuram um dos casos de grupos que, na Amazônia brasileira, deixaram de se identificar como indígena em razão da violência e discriminação de frentes não-indígenas na região desde meados do século XVIII.

Foi com o crescimento do movimento indígena a partir da década de 1980, particularmente com o reconhecimento dos direitos indígenas pela Constituição de 1988 e a multiplicação das organizações indígenas, que os Kambeba passaram novamente a se afirmar como indígenas e a lutar pelas causas indígenas.

Figura 22 - Liderança Indígena, André Cruz, Aldeia Jaquiri, Polo Base- Marajá, Alvarães/AM



Reprodução: G1, foto: Divulgação/Instituto de Desenvolvimento Sustentável, 2019.

No entanto, muitos membros do grupo também falam o português. A subsistência dos Kambeba é baseada principalmente na pesca, caça e agricultura de subsistência. Eles também são hábeis artesãos, produzindo cestos, utensílios de cerâmica e outros objetos de uso doméstico.

A comunidade Kambeba tem um forte senso de identidade cultural e mantém tradições ancestrais, como a prática de rituais sagrados e festivais. Eles também têm um profundo conhecimento da flora e fauna local, transmitido de geração em geração. Ao longo dos anos, os Kambeba têm lutado pelos seus direitos e pela preservação de sua cultura, participando de movimentos indígenas e buscando parcerias com organizações não-governamentais e governamentais para garantir seus direitos e dignidade.

3.1.11 Apurinã

Os povos Apurinã são um grupo indígena que vive na região amazônica, principalmente nos estados do Amazonas e Rondônia, no Brasil, são conhecidos por sua cultura rica e tradicional. A língua falada pelos Apurinã é da família linguística Pano, sendo uma das mais comuns na região amazônica.

Tradicionalmente, eles praticam a agricultura de subsistência, cultivando mandioca, milho, feijão, entre outros alimentos. Além disso, também são hábeis pescadores e caçadores.

A organização social dos Apurinã é baseada em clãs, com cada clã chefiado por um homem mais velho. A família é considerada a unidade fundamental na comunidade, e há uma divisão de trabalho entre homens e mulheres. A espiritualidade é uma parte importante da cultura Apurinã, e eles acreditam na existência de seres sobrenaturais, como os espíritos dos animais. Suas cerimônias religiosas envolvem danças, músicas e rituais. No território do DSEI MRSA, a etnia Apurinã, só é encontrada no polo-base de Coari (SIASI, DSEI MRSA, 2023).

3.1.12 Mura

A etnia Mura, também conhecida como Mure, é uma das diversas etnias indígenas presentes no Brasil. Eles habitam a região amazônica, principalmente nos estados de Amazonas e Rondônia. A língua falada pelos Mura pertence à família linguística Aruak. No entanto, devido ao contato com outras etnias e com a sociedade brasileira não indígena, muitos Mura falam também o português. Hoje em dia, os Mura

enfrentam diversos desafios, incluindo o desmatamento ilegal, conflitos com posseiros e fazendeiros, perda de território, dificuldades na preservação de sua cultura e falta de políticas públicas adequadas para promover seu bem-estar e autonomia. É etnia que resiste e podemos encontrá-la nos polos: **Barreira da Missão, Coari e Cuiú – Cuiú** (SIASI, DSEI MRSA, 2023).

3.1.13 Tukano (Tsohom Dyapa)

Os Tukanos (**Tsohom Dyapa**) têm uma cultura rica e diversificada, com uma estrutura social baseada em clãs e aldeias. Sua subsistência é baseada na agricultura, pesca, caça e coleta de frutas silvestres. Eles cultivam principalmente mandioca, milho, batata-doce e diversos tipos de frutas. Além disso, eles também têm uma tradição xamânica forte, onde os líderes espirituais, conhecidos como "pajés", atuam como mediadores entre os seres humanos e o mundo espiritual.

Figura 23 - Etnia Tukano, Técnico de Enfermagem da DIASI, Operação Gota, 2022



Fonte: Torres, Nucleo 4 ,DIASI/ DSEI MRSA, 2022.

A língua falada pelos Tukano, também chamada Túcuna, pertence à família linguística Túcuna. Indígena da imagem acima só falam a língua materna de sua etnia. Atualmente a etnia Tukano Apurinã, só é encontrada no polo-base de Coari. (SIASI, DSEI MRSA, 2023).

Figura 24 - Indígenas da Etnia Tukano, aldeia Jarinal, Operação Gota (resgate de Profissional de Saúde), 2022.



Fonte: Torres, Núcleo 4 ,DIASI/ DSEI MRSA, 2022

3.1.14 Kaixana

O povo Kaixana, também conhecido como Cajxaña, os Kaixana têm como base de subsistência a agricultura e a pesca. Cultivam principalmente mandioca, milho, banana, abacaxi e outros produtos agrícolas. Além disso, também realizam atividades de caça e coleta na floresta.

A organização social dos Kaixana é baseada em famílias extensas, compostas por pais, filhos, irmãos e avós. A formação de casais é monogâmica e a residência é patrilocal, ou seja, a esposa mora na casa do marido.

A religião tradicional dos Kaixana é baseada no xamanismo, com a crença em espíritos e na relação ancestral com a floresta. A etnia Kaixana só é encontrada nos polos-base Barreira da Missão e Cuiú - Cuiú (SIASI, DSEI MRSA, 2023).

3.1.15 Katawixí

A etnia Katawixi é conhecida por sua produção de artesanato em madeira, cerâmica e cestaria, além de atividades de pesca, caça e agricultura de subsistência. Infelizmente, como muitos outros grupos indígenas, os Katawixi enfrentam desafios, como a perda de território, a falta de acesso a serviços básicos de saúde e educação e a preservação de suas tradições culturais. A etnia Katawixi, está presente nos polos-base de **Coari, Bugaio e Mucura** (SIASI, DSEI MRSA, 2023).

3.1.16 Arara Vermelha

A etnia Arara Vermelha é formada por um grupo de indígenas que se autodenomina "arara vermelha", devido à pintura com tinta vermelha que usam em seus corpos durante cerimônias e rituais.

Os Arara Vermelha são conhecidos por suas habilidades de artesanato, produzindo cestas, cerâmica e outros objetos decorativos. A falta de políticas públicas e a violência cometida contra as comunidades indígenas também são problemas enfrentados por esse povo. A etnia Arara Vermelha, só é encontrada no polo-base de Coari (SIASI, DSEI MRSA, 2023).

3.1.17 Baniwa

O povo Baniwa são considerados parte da família linguística Aruak e possuem uma rica cultura e história. A língua tradicional do povo Baniwa é o Baniwa, que pertence ao ramo oriental da família Aruak.

Tradicionalmente, os Baniwa são uma sociedade agrícola, cultivando principalmente mandioca, milho, batata, banana e outros alimentos. Também são conhecidos por suas habilidades na confecção de cerâmica, tecelagem e pintura de corpos.

A organização social dos Baniwa é baseada em clãs matrilineares, onde a descendência e a herança são traçadas pela linha materna. Cada clã é liderado por um chefe, responsável pela tomada de decisões e pela representação do clã junto à comunidade.

A religião tradicional dos Baniwa é conhecida como "Dabucuri", que envolve a adoração de espíritos naturais e ancestrais. No entanto, muitos Baniwa também adotaram práticas religiosas cristãs, especialmente o catolicismo, devido à influência missionária. Somente nos polos – base: **Barreira da Missão e Cuiú – Cuiú** encontram-se indígenas da etnia Baniwa na região do DSEI MRSA (SIASI, DSEI MRSA, 2023).

3.1.18 Makuxi

Os Makuxi são um povo tradicionalmente, eram nômades e viviam da caça, pesca e agricultura de subsistência. Eles cultivavam principalmente mandioca, batata-doce, milho e feijão. Além disso, também realizavam atividades de coleta de frutas, sementes e raízes.

A religião tradicional dos Makuxi envolve a crença em espíritos da natureza e uma relação próxima com o mundo espiritual. Eles acreditam na existência de seres sobrenaturais que habitam a floresta e controlam os acontecimentos do mundo. Em suas cerimônias, eles realizam rituais para honrar esses espíritos e buscar sua proteção.

A cultura Makuxi é rica em artesanato, música e danças tradicionais. Eles são conhecidos por seus trabalhos em cerâmica, cestaria e pintura corporal. Suas danças e músicas são uma parte importante dos rituais e celebrações da comunidade. Apesar do número baixíssimo da população da etnia Makuxí no DSEI MRSA, encontramos pessoas dessa etnia no polo base Marajaí (SIASI, DSEI MRSA, 2023).

3.1.19 Sateré-Mawé

O povo Sateré-Mawé é uma etnia indígena, são conhecidos por sua rica cultura e tradições. O idioma falado pelos Sateré-Mawé é o sateré-mawé, que pertence à família linguística Tupi-Guarani. Tradicionalmente, a subsistência do povo Sateré-Mawé está relacionada à agricultura de subsistência, caça, pesca e coleta de frutas e plantas da floresta. Além disso, eles também têm um conhecimento profundo sobre a medicina tradicional e o uso de plantas medicinais.

A comunidade Sateré-Mawé é famosa por sua cultura do guaraná, uma planta nativa fundamental na sua cosmologia e uso ritual. Eles são conhecidos por produzir um pó de guaraná de alta qualidade, usado como estimulante e para preparar bebidas energéticas.

Na sociedade Sateré-mawé, o sistema de parentesco é matrilinear, o que significa que a linha de descendência é traçada pela linha materna. Além disso, eles têm uma organização social baseada em clãs, cada um com suas próprias responsabilidades e funções na comunidade. A pintura corporal é uma parte importante da cultura Sateré-mawé, sendo utilizada em rituais, festas e cerimônias. É comum ver homens e mulheres usando pinturas feitas com tintas naturais durante essas ocasiões. No DSEI MRSA temos nos Polos Base Barreira da Missão, nas aldeias Patauá e andiroba pessoas da etnia Sater é– Mawé (SIASI, DSEI MRSA, 2023).

3.1.20 Wapixana

Os Wapixana Eles fazem parte do tronco linguístico Macuxi, com os Macuxi e os Ingarikó. A língua falada pelos Wapixana é o Wapixana, sendo uma das línguas indígenas mais faladas no Brasil. Tradicionalmente, os Wapixana são agricultores, cultivando mandioca, milho, arroz, feijão e outros alimentos. Eles também praticam a pesca e a caça como fontes de subsistência. A cultura dos Wapixana é rica em cerimônias religiosas, danças e rituais. Os rituais são frequentemente realizados para pedir proteção e bênçãos dos espíritos da natureza.

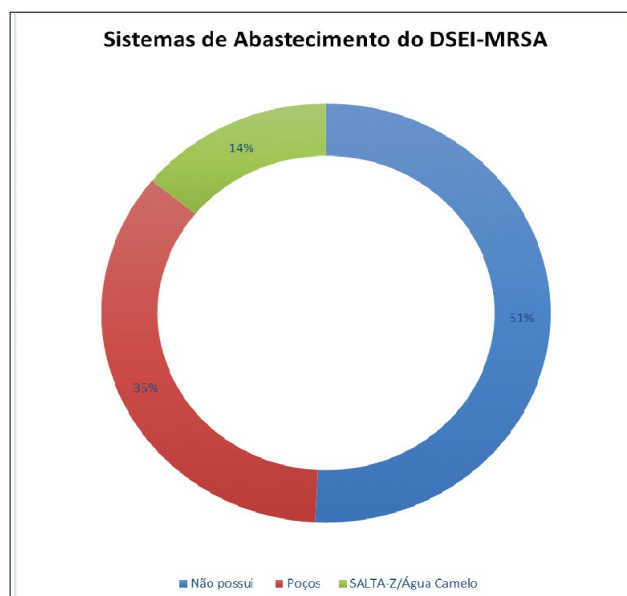
Como podemos compreender a história da população indígena, é marcada pela resistência em preservar as culturas de nossas inúmeras etnias, ao mesmo tempo, pela vivência das dificuldades, causadas principalmente pela negação de vários direitos humanos.

Não se trata de impor um modo de vida hegemônico, mas é importante compreender que os povos indígenas devem ser atendidos pelas políticas públicas brasileiras, da mesma forma que todos os brasileiros têm direito. Destaca-se que essa é uma etnia com baixíssima quantidade populacional na região do DSEI MRSA, segundo o SIASI/ DSEI MRSA (2023) no Polo Base Marajaí, na aldeia Igarapé – Grande. Nesse sentido, é que a Saúde Indígena ao prever aliado aos serviços de atenção primária a saúde o saneamento básico para as populações indígenas. No entanto, saneamento básico e condições adequadas de higiene nem sempre foi uma realidade de nossas aldeias. A maioria dessas, predominantemente, tem seu acesso por meio fluvial. A sazonalidade da região, com cheias e secas extremas causas dificuldades singulares de quem vive na região amazônica, tem afetado diretamente a forma de prover saneamento básico nas aldeias do DSEI MRSA.

3.2 Saneamento Ambiental

Destaca-se que nenhuma das aldeias do DSEI-MRSA tem fornecimento de água pelas empresas de saneamento municipais.

Figura 25 - Cobertura de abastecimento de água no DSEI-MRSA, 2023



Fonte: DSEI MRSA/ SESANI, 2023.

Para melhorar o saneamento básico em suas aldeias de abrangências, o DSEI/MRSA trabalha com tecnologias que se adequam a realidade da Região Amazônica para tentar minimizar os problemas de acesso à água potável, assim como as condições de saneamento e higiene nas aldeias. Com relação ao acesso à água potável nas aldeias, o acesso se dá por Sistemas de Abastecimento de Água (SAA) e Sistemas de Abastecimento Coletivo (SAC) implantados pelo DSEI-MRSA; que representam 46% de cobertura das aldeias em todo seu território são 89 sistemas instalados em e em operação em 89 aldeias do distrito. Dos 89 sistemas instalados, 23 utilizam o sistema SALTA-Z (Solução Alternativa Coletiva Simplificada de Tratamento de Água).

Nenhuma das aldeias do DSEI-MRSA tem fornecimento de água pelas empresas de saneamento municipais; neste sentido, temos buscado apoio principalmente logístico, por parte do poder Público Municipal, para levar as populações indígenas o acesso principalmente água potável, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida dos moradores das aldeias.

O restante dos sistemas de abastecimento é de captação de água subterrânea, com poços tubulares de 4 ou 6 polegadas de diâmetro, utilizando bombas submersas para transferência de água para os reservatórios.

Além da implementação desse sistema, o DSEI/MRSA tem se dedicado à introdução de soluções para o tratamento da água nas residências, visando melhorar sua qualidade para consumo. Isso inclui a distribuição de filtros de barro à população

indígena, os quais contêm velas de carvão ativado em seu interior, eficazes na remoção das impurezas ainda presentes na água. Adicionalmente, o fornecimento mensal de hipoclorito de sódio a 2,5% complementa essas ações, contribuindo para garantir o acesso à água potável às comunidades indígenas do DSEI/MRSA.

O DSEI/MRSA trabalha com implantação de sistemas de abastecimento com bombeamento alimentado por energia fotovoltaica através da instalação de placas solares, devido à ausência de energia da concessionária na maioria das aldeias e da falta de motores a combustão interna para geração de energia. Atualmente 54% dos sistemas de abastecimento de água do DSEI/MRSA são operados exclusivamente por energia fotovoltaica.

Os Módulos Sanitários Domiciliares implantados no DSEI/MRSA localizam-se nas aldeias, Barreira de Baixo, Barreira do Meio, Betel e Barreira de Cima, no Polo Base Barreira da Missão e na Aldeia Marajaí, Polo Base Marajaí. Ao todo são 125 MSDs em operação.

Em relação à coleta de resíduos domésticos, somente 5 aldeias (2%) em todo o DSEI/MRSA possui coleta regular pela empresa de saneamento. Essas aldeias localizam-se na Estrada da Emade no Polo Base Barreira da Missão, e a empresa de saneamento contratada pelo município de Tefé faz coletas regulares. O DSEI/MRSA não possui contrato de coleta de resíduos nas aldeias, sendo que o lixo produzido nas aldeias é queima e/ou enterrado.

O DSEI/MRSA tem avançado no fortalecimento da atenção primária à saúde, desde sua criação, implementando os serviços de atenção primária, previsto no SasiSUS. Além disso, a parceria estratégica com outras instituições governamentais e não governamentais possibilitaram e continuam colaborando com uma abordagem mais ampla e efetiva na garantia do acesso à saúde e outros direitos fundamentais.

Principalmente, após o distrito dispor de uma Coordenadora Distrital Mulher e Indígena, Ercília Vieira Ticuna, ela foi a primeira mulher indígena a assumir o DSEI/MRSA. A partir dessa gestão o diálogo e o respeito a diversidade cultural dos povos indígenas da Região do Médio Rio Solimões e Afluentes vem melhorando os serviços de saúde, conseguido melhorar a qualidade de vida nas aldeias mais distantes do DSEI/MRSA.

Figura 26 - Erícilia Ticuna – Coordenadora Distrital do DSEI MRSA em sua posse, 2023



Fonte: Silva, NUCON/DSEI MRSA, 2023.

Ainda há muito a ser feito. Desafios como a distância geográfica, a falta de recursos e a discriminação enfrentada pelos povos indígenas são obstáculos constantes que ainda precisam ser superados. No entanto, o DSEI/MRSA, por meio de sua equipe de profissionais de saúde indígena, tem se mostrado resiliente e determinado na busca pela melhoria contínua dos serviços oferecidos.

Em suma, o DSEI/MRSA tem sido uma importante ferramenta na promoção da saúde e bem-estar das comunidades indígenas da região. Ao longo dos anos, o distrito conseguiu superar diversos desafios e obstáculos, expandindo seus serviços e melhorando a qualidade de vida dos povos indígenas.

3.3. A Construção do Controle Social no DSEI/MRSA

Contudo, neste processo histórico do DSEI/MRSA, é importante destacar o protagonismo dos indígenas no processo de construção, desenvolvimento e fortalecimento da política de saúde para os povos indígenas. Neste espaço de atuação do distrito, as vozes e saberes dos indígenas desta região são valorizadas e respeitadas, permitindo que a saúde indígena seja ofertada de maneira mais adequada e culturalmente sensível.

O Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) desempenha um papel fundamental na história do MRSA. Ao longo do funcionamento do DSEI/MRSA, várias

lideranças indígenas contribuíram e ocuparam o cargo de presidente do CONDISI MRSA. Contudo, na oportunidade, deseja-se registrar neste histórico a participação das mulheres indígenas, a frente do trabalho deste importante conselho.

Na oportunidade, evidencia-se a presença das mulheres a frente do CONDISI. No período de 2007 a 2012 a Senhora Francisca das Chagas, conhecida como “Chaguinha”, esteve direcionando o CONDISI, bem como, articulando para o bom desenvolvimento dos Conselhos Locais de Saúde indígena – CLSI.

Por ser técnica de enfermagem, por muitos anos, também se dedicou em levar saúde, esperança e melhoria de qualidade de vida aos indígenas do DSEI MRSA.

Figura 27 - “Chaguinha” – Presidente do CONDISI MRSA, 2023



Fonte: Silva, NUCON/DSEI MRSA, 2023.

Outra destacada personalidade feminina no âmbito do movimento indígena, que assumiu a presidência do CONDISI, foi Ercília da Silvia Vieira. Ercília é uma militante engajada no movimento indígena há muitos anos, mãe de três filhos e irmã mais velha de quatro irmãos. Ela é casada com um parceiro que reconhece e valoriza cada etapa de sua jornada, incentivando-a em sua luta em prol de seus parentes indígenas.

A dedicação dessa mulher indígena é percebida por todos que lhe acompanham, sendo referência para com aqueles que tanto precisam de ser escutados. É técnica de enfermagem, assistente social, defensora popular.

Ercília, foi presidente CONDISI por 2 mandatos consecutivos, suportou as diversidades de manobras políticas, foi perseguida por incomodar o sistema que não

correspondia com as necessidades dos povos indígenas. Contudo, nunca deixou de fortalecer sua base e foi assim que contribui diretamente para o fortalecimento do CONDISI na região do MRSA.

Em setembro de 2023, o CONDISI, por meio de eleição, voltou a dispor de uma presidente mulher e indígena para liderar o CONDISI. A nomeação de uma presidente mulher e indígena para O CONDISI representou um marco importante na história do DSEI MRSA.

Figura 28 - Lucinha Tremembé e Francisca Marciane (Representantes do Controle Social da SESAI), Maria Raimunda (Presidente do CONDISI) e Zuila Kulina (Vice – Presidente do CONDISI) cerimônia de posse, 2022



Fonte: Silva, NUCON/DSEI MRSA, 2022.

Ter mulheres nesses espaços, contribui para inclusão feminina, em lugares que historicamente foram homens que ocuparam. Além disso, também fortalece a inclusão dos povos indígenas nos espaços de controle social, evidenciando a importância da representação e participação de mulheres indígenas nos processos de tomada de decisão relacionados à saúde.

Em relação aos presidentes do CONDISI – MRSA registra-se que o senhor Presidente Genival Oliveira, da etnia Mayoruna, foi o presidente que contribui com a implantação do conselho Distrital do DSEI MESA entre os anos de 2000 a 2001, sendo assim seu primeiro presidente, tendo como seu vice, o senhor José Romão.

O comando da presidência do CONDISI ao longo dos anos foi marcado por uma sucessão de líderes provenientes de diversas etnias indígenas. De 2001 a 2006,

o senhor Midas Oliveira, da etnia Mayoruna, assumiu essa posição. Subsequentemente, de 2006 a 2012, a senhora Francisca das Chagas Correia, da Etnia Yawanawa, esteve à frente do CONDISI como presidente. Posteriormente, de 2012 a 2016, a senhora Ercília da Silva Vieira, da Etnia Ticuna, ocupou o cargo de presidente do CONDISI. De 2016 a 2023, o senhor Otinelson Camarão Ribeiro assumiu a presidência. A partir de 2023, com o pleito em vigor, a senhora Maria Raimunda Gomes, da etnia Kambeba, foi eleita presidente do CONDISI MRSA. Essa sequência de lideranças representa a diversidade e a representatividade étnica dentro do CONDISI.

Dessa forma, o histórico do DSEI MRSA é marcado por desafios, conquistas e uma constante busca pela equidade e justiça na saúde indígena. Que os trabalhos do DSEI MRSA continue a ser realizado, para que as futuras gerações de indígenas desfrutem de uma saúde plena e de qualidade, preservando suas tradições e garantindo seus direitos como cidadãos brasileiros.

3.4. Dados Geográficos

As informações geográficas da área de abrangência do DSEI-MRSA contempla 3 (três) mesorregiões no Estado do Amazonas, ele possuiu 3 (três) municípios na divisa com o estado do Acre. Este não possui área de fronteira com outros países. Coari, Tefé, Alvarães e Uarini fazem parte da mesorregião Centro Amazonense, e os municípios de Fonte Boa, Juruá, Carauari, Itamarati, Eirunepé, Envira, Ipixuna e Jutai fazem parte da mesorregião sudoeste Amazonense. Municípios de Maraã e Japurá pertencem à mesorregião norte Amazonense.

A forma de acesso aos municípios, e aos polos-base e aldeias são na sua maioria pelo modal fluvial. Contudo, os municípios de Tefé, Carauari, Itamarati, Eirunepé, Envira e Ipixuna possuem linhas aéreas comerciais, com aeronaves de pequeno porte, no entanto, essas são de alto custo financeiro para as contratações.

Não há, na área de abrangência do DSEI MRSA, estradas ou rodovias que conectam os municípios entre si. Destaca-se, que Itamarati, Eirunepé, Envira e Ipixuna não tem rota comercial de acesso com barcos ou lanchas, que saia do município sede do DSEI-MRSA (Tefé) e de Manaus. Esses municípios, possuem apenas rotas de balsas que transportam cargas e levam em torno de 25 a 40 dias de viagem no período da estação cheia dos rios.

As principais calhas de rio que ligam os municípios e os polos-base na abrangência do DSEI-MRSA são:

a) Rio Solimões – rio de águas barrentas, sua nascente localiza-se no Peru e com a foz em Manaus onde se junta com o Rio Negro para formar o Rio Amazonas. Possui boa navegabilidade durante o ano inteiro;

b) Rio Juruá – rio de águas barrentas, com sua nascente no Peru, sua foz no Rio Solimões, possui boa navegabilidade nos períodos de cheia, no entanto, há restrições de navegação durante os períodos da estiagem;

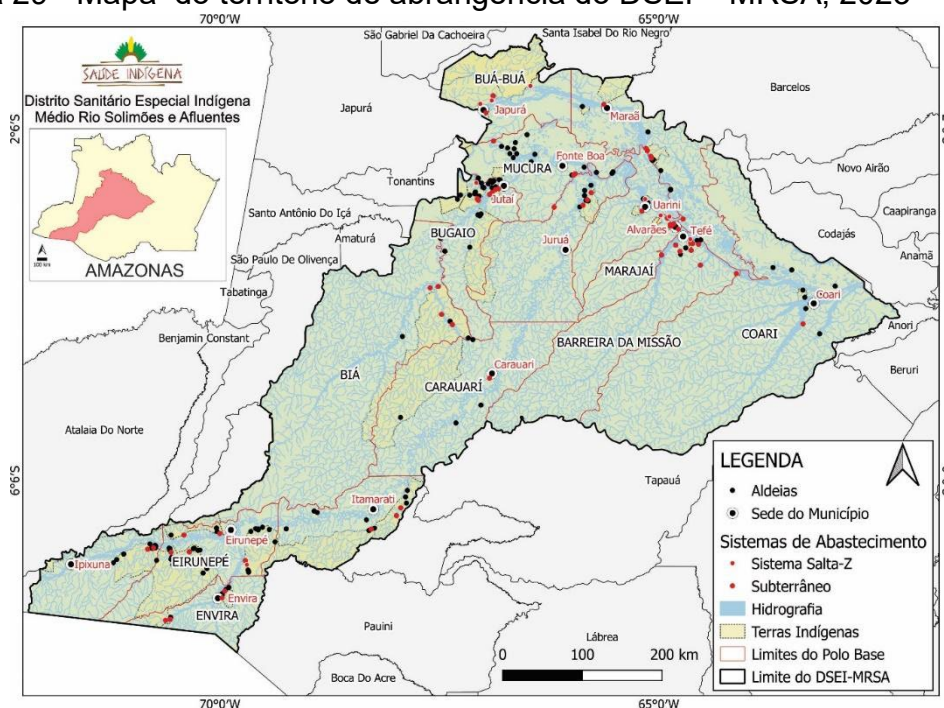
c) Rio Japurá – o rio nasce na Colômbia e é afluente da margem esquerda do Rio Solimões. Possui boa navegabilidade o ano inteiro, mas é alvo constante da exploração de garimpo ilegal, rota internacional do tráfico de drogas e com vários registros de ataques de assaltantes chamados regionalmente de “piratas de rio”;

d) Rio Jutai – o rio possui sua nascente na região do Vale do Javari e sua foz na margem direita do Rio Solimões. Não há rotas comerciais de barcos ou lanchas, no entanto, há na região garimpo ilegal de ouro, rota internacional do tráfico de drogas e vários registros de ataques de piratas de rio.

3.5 Mapa

O mapa do DSEI MRSA mostra a geografia da região, com destaque para os nomes dos municípios e nomes dos polos de saúde indígenas presentes em seu território.

Figura 29 - Mapa do território de abrangência do DSEI – MRSA, 2023



Fonte: DSEI MRSA/ SESANI, 2023.

É imprescindível enfatizar a importância do uso de mapas como uma ferramenta fundamental no planejamento e organização dos serviços de saúde nesta região. Esses mapas permitem que profissionais de saúde e gestores tenham conhecimento detalhado dos territórios, possam estabelecer prioridades e adotar medidas adequadas para garantir a qualidade e acessibilidade dos serviços prestados às comunidades indígenas em suas aldeias.

4. DETERMINANTES E FATORES DE RISCOS AMBIENTAIS

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), Saúde Ambiental são todos aqueles aspectos da saúde humana, incluindo a qualidade de vida, que estão determinados por fatores físicos, químicos, biológicos, sociais e psicológicos no meio ambiente. Também se refere à teoria e prática de prevenir ou controlar tais fatores de risco que, potencialmente, possam prejudicar a saúde de gerações atuais e futuras (OMS, 1993).

O campo da saúde ambiental compreende a área da saúde pública, afeita ao conhecimento científico e à formulação de políticas públicas e às correspondentes intervenções (ações) relacionadas à interação entre a saúde humana e os fatores do meio ambiente natural e antrópico que a determinam, condicionam e influenciam, com

vistas a melhorar a qualidade de vida do ser humano do ponto de vista da sustentabilidade (Brasil, 2007).

Desta forma, as condições de vida de cada indivíduo e da comunidade vão determinar a saúde da população, devendo o DSEI planejar suas ações considerando os fatores que influenciam nesse processo.

O DSEI MRSA possui seu território contido integralmente no Bioma Amazônia, com relevo de planícies constantemente inundados pela água dos rios. As porções um pouco mais elevadas dessa região e planície são localmente chamadas de Terra Firme e permanece durante todo ano em área emersa.

O clima na região é o equatorial úmido com uma precipitação média de aproximadamente 2300 mm.ano-1. Uma breve revisão e síntese da literatura científica das questões mais importantes relacionadas ao assunto revela a importância da floresta Amazônica no ciclo da água na bacia, que demonstra que a floresta seria responsável por, pelo menos, metade da precipitação gerada na região, sendo a outra metade de origem oceânica (Salati *et al.*, 1979).

Quadro 2 - Características específicas da região do DSEI MRSA.

Caracterização	Descrição
Bioma:	Amazônia;
Sazonalidade:	Pico do período de cheia: maio e junho e pico do período de vazante: outubro e novembro.
Área de Fronteira:	Não possui
Áreas de garimpo:	Rio Japurá (Polo Base Buá-Buá) e Rio Jutáí (Polo Base Biá e Polo Base Bugaio)
Áreas de Invasão:	Garimpeiros invadem frequentemente as áreas de Território Indígena – TI, no Polo Base Buá-Buá, que fica localizado no município de Japurá, nas TI Mapari e TI do rio Biá.
Áreas de desmatamento:	As aldeias próximas à sede dos municípios sofrem pressão de desmatamento de agricultores, pecuaristas e madeireiros. Apesar de não ter estudos comprovados, existem indícios, identificados em visitas aos polos, que nos levam a registrar que os municípios de Japurá e Jutáí têm áreas de desmatamento, principalmente devido à exploração do garimpo ilegal.
Áreas contaminadas:	Rio Japurá (Polo Base Buá-Buá) e Rio Jutáí (Polo Base Biá e Polo Base Bugaio).
Barreiras Geográficas:	Somente no período da estiagem, algumas aldeias ficam isoladas, devido ao baixo curso dos rios que impedem a navegabilidade.
Áreas Isoladas:	Aldeia Cedro Acre, no município de Eirunepé e aldeia Gaviãzinho e Três Barracas, no município de Itamarati.
Qualidade da água para consumo:	No DSEI MRSA a água para o consumo vem, na maioria, de águas subterrâneas e das águas superficiais – Rios. As águas

Caracterização	Descrição
	dos rios possuem teores naturalmente elevados de mercúrio, no entanto, há poucos estudos da contribuição dos garimpos ilegais em relação a essa contaminação. E assim, como em alguns casos, das águas subterrâneas que apresentam quantidades elevadas de ferro e manganês.
Área com uso de agrotóxicos:	Na região não existem estudos sobre o tema. E não temos como dimensionar as áreas de cultivos afetados com agrotóxicos.
Outros, especificar:	

Fonte: SESAI/DSEI MRSA, SESANI, SIASI - 2023.

Nos últimos anos, e em especial o ano de 2023, as mudanças climáticas atingiram de forma mais severa a região do médio rio solimões e seus afluentes, com uma estiagem histórica que afetou diretamente grande parte dos moradores da região. Afetou ainda a navegabilidade dos rios, acesso à água potável e alimentos, além do aumento dos agravos de doenças diarreicas e um aumento exponencial de queimadas que tornaram o ar insalubre para os moradores.

O DSEI MRSA não possui área de fronteiras internacionais, mas possui áreas com a invasão de dragas de garimpo ilegal tanto de areias e seixos como de ouro. Este último pode afetar gravemente a saúde das populações tradicionais que dependem dos rios para abastecimento e para aquisição de alimentos.

Identifica-se duas áreas principais que sofrem pressão devido à presença de garimpo ilegal e conseqüentemente a presença de mercúrio: a região do Rio Japurá e a Região do Rio Jutaí, localizados respectivamente nos municípios de Japurá e Jutaí.

Os Polos-base Buá-Buá, Bugaio e Biá são os polos que estão nas regiões onde há a presença de dragas de garimpo ilegal. Essas regiões são afetadas diretamente pelo assoreamento dos rios e possivelmente pela contaminação das águas por mercúrio. Além disso, vale destacar que o garimpo ilegal traz consigo violência, prostituição e tráfico de drogas.

4.1 Dados demográficos

O Distrito de Saúde Indígena do Médio Rio Solimões e Afluentes é uma região situada no estado do Amazonas, no Brasil. É habitada por diversas aldeia indígenas que preservam suas tradições, línguas e costumes ancestrais.

A população indígena do distrito, até o momento, de acordo com SIASI é de 22.839 indígenas. As aldeias possuem uma rica diversidade cultural, com suas

próprias formas de organização social, políticas, sistemas de crenças e práticas de subsistência.

O acesso a serviços básicos de saúde é um dos principais desafios enfrentados pelas aldeias, devido à vasta extensão territorial e à dificuldade de locomoção, os desafios do Distrito ofertar assistência médica adequada são inúmeros. A falta, a necessidade de ampliação e reforma das infraestruturas de saúde também são questões preocupantes. A necessidade de ampliar o número de profissionais como médicos e enfermeiros disponíveis compõe os desafios de se operacionalizar o Sasi SUS.

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

Polo Base	População	%
Barreira da Missão	2.404	10.33%
Biá	1.463	6.39%
Bugaio	3.938	17.22%
Buá-Buá	645	2.80%
Carauari	419	1.82%
Coari	938	4.08%
Cuiú-Cuiú	1.533	6.59%
Eirunepé	2.871	12.66%
Envira	1.250	5.42%
Ipixuna	1.451	6.35%
Kumarú	653	2.85%
Marajá	1.599	7.44%
Morada Nova	1.779	7.73%
Mucura	1.238	5.37%
Uarini	658	2.87%
DSEI	22.839	100%

Fonte: SESAI, DSEI MRSA, DIASI, SIASI- 2023.

Além das questões de saúde, a população indígena enfrenta desafios socioeconômicos, como a falta de acesso à educação formal e ausência de outras políticas públicas. Muitos indígenas ainda dependem da prática da agricultura de subsistência e da pesca para garantir sua sobrevivência.

Apesar dos desafios enfrentados, as comunidades indígenas da região mantêm uma forte identidade cultural e uma relação íntima com a natureza. A agricultura tradicional, a pesca e a coleta de frutos da floresta ainda são práticas comuns, que garantem a alimentação e a reprodução de suas culturas.

A valorização da cultura indígena e o respeito pelos direitos dessas comunidades são essenciais para garantir sua autossustentabilidade e preservação. Garantindo o acesso adequado à saúde, à educação e de outras políticas públicas promoveria o desenvolvimento socioeconômico, sociocultural e socioambiental das populações indígenas.

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

Polo Base	Nome dos Municípios	Nº Aldeias	Nº Povo/ Etnia	População												População Total	Língua Indígena	% de Comunicação em português
				Masculino						Feminino								
				< 1	1-4	5-9	10-49	50-59	>= 60	< 1	1-4	5-9	10-49	50-59	>= 60			
Barreira da Missão	Tefé	18	10	37	125	195	755	60	67	26	96	168	727	60	49	2.365	0%	100%
Biá	Jutaí	10	4	24	135	126	376	23	42	27	118	128	410	28	26	1.463	90%	10%
Bugaio	Jutaí	33	6	42	205	286	1316	98	110	37	196	317	1194	66	74	3.941	15%	85%
Buá-Buá	Japurá	7	5	8	49	58	177	17	20	6	50	50	185	10	12	642	80%	20%
Carauari	Carauari	3	4	4	23	41	111	4	12	1	20	38	147	3	13	417	90%	10%
Coari	Coari	9	10	10	40	76	311	23	27	7	44	47	311	21	17	934	0%	100%
Cuiú-Cuiú	Marãa	14	8	18	92	137	470	29	47	21	82	111	457	15	31	1.510	13%	87%
Eirunepé	Eirunepé	32	3	34	181	217	828	58	70	39	173	230	908	58	73	2.869	95%	5%
Envira	Envira	9	3	18	75	104	379	20	33	12	88	86	362	30	34	1.241	100%	0%
Ipixuna	Ipixuna	10	4	20	90	132	419	27	40	23	90	96	453	32	33	1.455	100%	0%
Kumarú	Juruá	8	3	4	29	59	203	9	11	4	40	50	214	11	20	654	100%	0%
Marajá	Alvarães	9	10	17	81	106	553	51	44	16	66	109	581	40	39	1.703	0%	100%
Morada Nova	Itamarati	9	4	28	127	171	519	24	35	28	108	137	536	14	44	1.771	95%	5%
Mucura	Fonte Boa	16	7	18	68	88	383	25	40	8	63	90	388	28	30	1.230	10%	100%
Uarini	Uarini	4	2	5	35	44	217	13	18	6	33	50	210	13	14	658	0%	100%

Fonte: SESAI, DSEI MRSA, DIASI, SIASI- 2023.

Quadro 5 -População Indígena ainda não cadastrada no SIASI do DSEI MRSA.

Polo Base	Município	Nº de Aldeia	População Ainda não cadastrada no SIASI												População Total	% de Comunicação em português
			Masculino						Feminino							
			<1	1-4	05-09	10-49	50-59	>=60	<1	1-4	05-09	10-49	50-59	>=60		
Bugaió	Jutaí	4	2	15	16	109	17	13	4	18	16	97	11	6	324	100%
Mucura	Fonte Boa	9	4	24	34	171	8	10	5	27	24	141	12	10	470	100%
Kumarú	Juruá	6	3	14	16	97	2	10	2	11	13	79	6	5	258	100%
Uarini	Uarini	1	12	8	8	68	5	5	15	4	8	65	5	7	210	100%
Marajá	Alvarães	5	9	41	62	220	18	24	10	46	41	213	19	24	727	90%
Barreira Da Missão	Tefé	1	1	5	5	31	3	5	1	4	3	33	5	3	99	100%
Coari	Coari	24	10	98	118	555	48	62	8	103	117	518	47	44	1728	100%

Fonte: SESAI, DSEI MRSA, DIASI/ Planilha Própria do DIASI Núcleo 02, 2023.

Faz-se necessário, registrar neste PDSI que o DSEI MRSA dispõe de um expressivo quantitativo de aldeias que estão no processo de reconhecimento, que não estão no SIASI, contudo, já recebem alguns serviços realizados pelas equipes multidisciplinares de saúde indígena.

4.2 Determinantes Sociais

As condições da vida têm um impacto significativo na situação de saúde de uma pessoa, e infelizmente, nem todas as pessoas têm as mesmas oportunidades de viver em ambientes saudáveis e com todos os direitos garantidos na Constituição Federal do Brasil de 1988. Existem determinantes estruturais que influenciam diretamente a saúde e responsáveis por grande parte da não equidade de direitos.

Quadro 6 - Função social dos indígenas da abrangência do DSEI MRSA.

Setor de Atividades	N.º
Agricultura:	Sem informação
Professor:	218
Cacique:	148
AIS:	165
AISAN:	61
Parteira:	48
Serviços:	Sem informação
Outro, especificar: Conselheiro	7

Fonte: SESAI, DSEI MRSA, DIASI, SIASI- 2023.

O determinante social é importante para analisar a saúde indígena porque ajuda a compreender como fatores que influenciam diretamente a saúde das populações indígenas, auxiliando na criação de intervenções adequadas e que visam melhorar a saúde indígena.

Quadro 7 - Perfil do recebimento de benefício sociais dos indígenas de abrangência do DSEI, 2023

Programa Social	Total
Bolsa Família:	11.148 pessoas

Fonte: SESAI, DSEI MRSA, DIASI, SIASI- 2023.

A infraestrutura domiciliar nas aldeias dos polos-base do DSEI MRSA é geralmente caracterizada por casas feitas de materiais naturais, como madeira e palha. Essas construções são adaptadas ao clima local, com paredes vazadas para

permitir a circulação de ar e telhados inclinados para evitar o acúmulo de água da chuva.

Esses domicílios costumam ser simples e apresentam um único ambiente, que serve como dormitório, sala e cozinha, com pouquíssimos bem materiais. Geralmente, não possuem banheiros internos. Os banheiros na sua maioria são localizados fora das casas, ao céu aberto, fossa rudimentar, em pouquíssimos casos com vasos sanitários.

O acesso à água potável ainda não é uma realidade de todas as aldeias. Utilizando-se de rios e nascentes próximas para suprir suas necessidades de água. As aldeias contam com estruturas coletivas, como casas comunitárias, onde são realizadas atividades sociais e culturais. Essas estruturas, são construídas de forma mais elaborada, com materiais como tijolos e cimento, sendo suas estruturas físicas na sua maior parte de composição mistas.

Além das moradias, as aldeias costumam contar com outras infraestruturas, como escolas, postos de saúde e espaços para atividades esportivas e culturais. No entanto, essas estruturas não são tão comuns e podem ser precárias em termos de infraestrutura, enfrentando problemas como falta de energização, falta de acesso à internet e falta de equipamentos adequados.

É importante ressaltar que a caracterização da infraestrutura domiciliar pode variar entre as diferentes aldeias e polos-base do DSEI MRSA, devido às diferenças culturais, históricas e geográficas dessas comunidades e principalmente de acesso a recursos financeiros,

No quadro abaixo se descreve o tipo de Infraestrutura dos domicílios, o tipo de geração de energia e o percentual de segurança existentes nos polos – bases do DSEI MRSA.

Quadro 8 - Característica dos domicílios no DSEI por Polo base (Percentual).

Polo Base	Infraestrutura domiciliar	Geração de energia	Segurança
Barreira da Missão	85% de domicílios de madeira; 10% de alvenaria; 5% composição mista.	90% Energia Elétrica; 10% Diesel	30%
Biá	80% de domicílios de madeira; 20% domicílios de palha e paxiúba	100% Diesel	0%
Bugaio	90% de domicílios de madeira; 5% de alvenaria; 5% composição mista.	70% Energia elétrica; 30% Diesel;	0%
Buá-Buá	100% de domicílios de madeira;	1% Fotovoltaica 99% Diesel;	0%

Polo Base	Infraestrutura domiciliar	Geração de energia	Segurança
Carauari	85% de domicílios de madeira; 10% de domicílios de alvenaria; 5% composição mista.	Energia elétrica	0%
Coari	100% de Composição de madeira;	20% Energia elétrica; 80% Diesel;	0%
Cuiú-Cuiú	100% de Composição de madeira;	100% Diesel;	0%
Eirunepé	40% de Composição de madeira; 60% domicílios de palha e paxiúba;	100% Diesel;	0%
Envira	80% de Composição de madeira; 20% domicílios de palha e paxiúba.	100% Diesel;	0%
Ipixuna	80% de Composição de madeira; 20% domicílios de palha e paxiúba.	30% Diesel; 70% sem energia nenhuma;	0%
Kumarú	90% de Composição de madeira; 10% domicílios de palha e paxiúba.	100% Diesel;	0%
Marajá	90% de Composição de madeira; 10% de composição de mista.	80% Energia elétrica; 20% Diesel;	0%
Morada Nova	90% de Composição de madeira; 10% domicílios de palha e paxiúba.	100% Diesel;	0%
Mucura	95% de Composição de madeira; 5% domicílios de alvenaria.	100% Diesel;	0%
Uarini	100% de Composição de madeira;	95% Energia elétrica; 5% Diesel;	0%

Fonte: SESAI/DSEI MRSA, SESANI - 2023.

4.3 Perfil epidemiológico

A definição do perfil epidemiológico contribui para planejamento de ações estratégicas para os indicadores de saúde e demonstram as necessidades de mudanças nas políticas públicas por meio dos programas que compõem a Vigilância em Saúde.

Através do levantamento, monitoramento as ações de prevenção e promoção são implementadas e direcionadas aos agravos identificados nas áreas de abrangências do território e de relevância em saúde pública. Dentre os dados monitorados, a taxa de natalidade e mortalidade são indicadores de saúde que determinam as condições de vida de uma população.

Portanto, o perfil epidemiológico nos fornece informações importantes para direcionar políticas de saúde, implementar medidas preventivas e planejar recursos adequados para o controle e prevenção de doenças. O perfil Epidemiológico do DSEI MRSA, contido neste PDSI 2024 – 2027, servirá para a gestão e profissionais de saúde indígena usá-lo, conforme orienta o Instrumento de apoio para o Planejamento no Sasi-Sus (2023, p.5) ele servirá para:

Ao longo do período de quatro anos, a partir do perfil apresentado, realizar análises, eliminar, controlar ou prevenir surtos e epidemias, bem como mitigar agravos e riscos à saúde. Isso inclui intervenções relacionadas a problemas sanitários derivados do ambiente, da produção e circulação de bens, e da prestação de serviços externos. Além disso, é necessário prospectar os insumos, equipamentos, materiais e ações essenciais para a prevenção, promoção e recuperação da saúde.

A taxa de Natalidade, expressa a frequência anual de nascidos vivos; bem como analisa variações geográficas, dando subsídios para os processos de planejamento, gestão e avaliação das políticas públicas relativas à atenção materno-infantil (instrumento de apoio para o planejamento no SasiSUS (2023, p.5). O quadro a seguir registra as taxas de natalidade do DSEI MRSA entre os anos de 2020 a 2022.

Quadro 9 - Taxa de natalidade do DSEI MRSA nos anos de 2020, 2021 e 2022.

Taxa de Natalidade	2020	2021	2022
Taxa de Natalidade no DSEI	33,0	36,1	30,1

Fonte: Nascimentos, SIASI - 2023.

O Ministério da Saúde, implantou o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), com o desígnio de reunir informações epidemiológicas dos nascimentos informados em todo território nacional, o que nos auxiliou sobre o cálculo de indicadores de saúde e demográficos, fornecendo aportes importantes para definir prioridades e avaliar a atenção ao parto e ao recém-nascido. Assim sendo, ao analisarmos o quadro acima, é compressível que no ano de 2021, o DSEI MRSA apresentou a maior taxa de natalidade com 36,1 de pessoas nascidas vivas. O método de Cálculo utilizado foi: n.º de NV/Pop. Total X 1.000.

Sobre a morbidade é importante destacar que:

[...] diz respeito aos indivíduos que adquirem doença em determinado local e época. Ela mostra o comportamento das doenças e dos agravos de saúde na população e tem como indicadores a prevalência e a incidência. (INSTRUMENTO DE APOIO PARA O PLANEJAMENTO NO SASISUS, 2023, p.5)

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde é uma padronização universal das doenças, problemas de saúde, sinais e sintomas, queixas, causas externas para ferimentos e circunstâncias sociais, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde. Consoante o capítulo do CID-10, as morbidades notificadas na série histórica de 2020 a 2022 de maior prevalência são: as doenças respiratórias, doenças infecciosas e parasitárias, e doenças osteoarticulares.

Estas são atendidas pelos profissionais enfermeiros e médicos. As morbidades são identificadas durante os atendimentos aos indígenas, e monitoradas mensalmente, possibilitando a construção do perfil epidemiológico de cada polo base.

A seguir taxa de prevalência das principais morbidades que acometeram os povos indígenas do DSEI MRSA nos anos de 2020 a 2022.

Quadro 10 - Taxa de Prevalência das principais morbidades que acometeram os povos indígenas do DSEI MRSA.

Morbidade	2020	2021	2022
	Taxa de prevalência %	Taxa de prevalência %	Taxa de prevalência %
Doenças respiratórias	20,4	17,9	15,4
Doenças infecciosas e parasitárias	22,4	12,2	10,9
Doenças osteomusculares	12,3	13,6	9,7

Fonte: Morbidades, SIASI- 2023.

Em análise mais detalhada, percebe-se que com o decorrer dos anos, as taxas de prevalências diminuíram para as doenças respiratórias como: resfriado comum, pneumonias e infecções das vias aéreas superiores. E as doenças infecciosas e parasitárias como: diarreia, infecções intestinais não especificadas e parasitoses também diminuíram. Já as doenças osteo musculares como: dorsalgia, artrose, mialgia e artrites, no ano de 2021, tiveram aumento, com a taxa de prevalência de 15,2. O Método de Cálculo para obtenção dessa taxa utiliza-se: $n.^\circ$ de morbidades/Pop Total do DSEI X 100.

Quadro 11 - Causas de mortalidade geral de indígenas no DSEI 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	130	5,66	134	5,83	110	4,81
Principais Causas de Óbito	Nº de óbitos		Nº de óbitos		Nº de óbitos	
Violências	17		13		09	
COVID-19	12		07		01	
Pneumonias	09		08		08	

Fonte: SIASI-2020, 2021 e 2022.

O método de Cálculo para obtenção da taxa de mortalidade é: n.º de óbitos/Total da Pop X 1000. O quadro acima apresenta que a maior taxa de mortalidade, foi registrada no ano de 2021, com taxa de mortalidade de 5,83.

A série histórica de óbitos dos anos de 2020 a 2021 totalizaram 374 óbitos. As principais causas de óbitos foram as violências entre: lesão auto provocadas e agressões, COVID-19 e pneumonias. Mediante um conjunto de ações continuadas, os resultados esperados é a redução dos determinantes e condicionantes desses óbitos, de acordo com lista brasileira de causas evitáveis.

Compreende-se que no período de pandemia, principalmente no primeiro ano de seu surgimento, as notificações de óbitos por COVID-19 ocorreram com maior ocorrência em 2020 sendo. Contudo, nos anos de 2021 e 2022 os óbitos diminuíram, com 07 óbitos em 2021 e 01 óbito em 2022.

Diante do cenário de pandemia da COVID-19 foi implantado em maio de 2021 o Centro de Informações Estratégica de Vigilância em Saúde – CIEVS no DSEI/MRSA conforme nota técnica n.º16/2021 COGASI/DASI/SESAI/MS. O CIEVS é uma unidade de inteligência epidemiológica de detecção, verificação, avaliação, monitoramento e comunicação de risco imediato de potenciais emergências em saúde pública, o que foi um grande diferencial no monitoramento e controle dos casos de COVID-19.

Um importante indicador de saúde, são os óbitos infantis, representado pelo número de crianças que morreram antes de completar um ano de vida. Entre essas medidas, a taxa de mortalidade infantil é uma das mais utilizadas para mensurar o estado de saúde da população, por se referir a mortes precoces, na maioria evitáveis.

Quadro 12 - Causas de mortalidade de crianças indígena < 1 ano no DSEI e taxa de mortalidade infantil por ano, 2020 a 2022.

Óbito Infantil	2020		2021		2022	
	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade
Total de Mortalidade Infantil	27	39,65	41	54,81	31	47,11
Principais Causas de Óbito	Nº de óbitos		Nº de óbitos		Nº de óbitos	
Pneumonias	05		10		05	
Malformações congênitas	03		03		05	
Prematuridade	1		1		04	

Fonte: óbitos infantis, SIASI - 2023.

Como método de cálculo para obter os dados acima foi utilizado: n.º de óbitos infantis/Total de nascidos vivos X 1.000. O número de óbitos para crianças no primeiro ano de vida foi notificado em 27 óbitos em 2020, 41 óbitos em 2021 e 31 óbitos em 2022. Tratando-se da taxa de mortalidade, em 2021 apresentou a maior taxa, com 54,81.

Em relação às principais causas de óbito, os agravos mais frequentes ocorrem foram pneumonias com 5 óbitos em 2020; 10 óbitos em 2021; e 5 óbitos em 2022, seguido por malformações congênitas com 3 óbitos em 2020; 3 óbitos em 2021 e 5 em 2022, e por último a prematuridade com 1 óbito em 2020, 1 em 2021, e 4 em 2022.

Se tratando de mortalidade materna, essa é caracterizada pela morte da mulher ocasionada pelas complicações da gravidez e/ou do parto. Para a ocorrência do óbito materno foram analisados os óbitos ocorridos nos anos de 2020, 2021 e 2022.

Quadro 13 - Causas de mortalidade materna no DSEI e a razão de mortalidade materna por ano, 2020 a 2022

Óbito Materna	2020		2021		2022	
	Nº de óbitos	Razão de Mortalidade	Nº de óbitos	Razão de Mortalidade	Nº de óbitos	Razão de Mortalidade
Razão de Mortalidade Materna	0	0	1	134	0	0

Fonte: Óbitos- SIASI, 2020, 2021, 2022. Dados sujeitos a alterações. Extraído em: 01/11/2023.

Como método de cálculo para obter os dados acima foi utilizado: n.º de óbitos maternos/Total de nascidos vivos X 100.000. Foi registrado apenas 1 óbito materno em 2021 com a causa básica de hemorragia pós-parto com a razão de mortalidade materna de 134, como aponta o quadro 13.

Quadro 14 - Principais Especialidades que geram referência para a média e alta complexidade, 2020 a 2022.

Morbidades referenciadas	Número de indígenas encaminhados		
	2020	2021	2022
Complicações em ginecologia	23	37	36
Complicações Pediátricas	12	20	16
Complicações Neurológicas	9	15	24

Fonte: RAG 2020, 2021, 2022.

Devido cenário da pandemia, os atendimentos de atenção primária foram restritos a encaminhamentos de urgência e emergência, mediante encaminhamento de média complexidade estabelecido os atendimentos prioritários, segundo a taxa de lotação da CASAI Tefé, CASAI Eirunepé, bem como CASAI Manaus.

Entre as principais morbidades atendidas a série histórica 2020 e 2023 destaca-se total de 42 atendimentos para gestação de baixo risco. Atendimentos para hernia, em geral, apresentaram números significativos.

Quadro 15 - Principais Especialidade/morbidades que geram referência para a CASAI, 2020 a 2022.

Morbidades	Proporção de morbidades referenciadas para CASAI					
	2020	%	2021	%	2022	%
Gestante de baixo risco	35	1,3	42	2,52	38	1,88
Hernias, em geral	8	0,29	14	0,84	5	0,24
Gestante alto risco	10	0,37	12	0,72	12	0,59

Fonte: RAG, 2020, 2021 e 2022.

As CASAI ofertaram atendimentos principalmente voltado às investigações de patologias em gestantes. Em segundo demonstrado em tabela foi Hernias a qual os indígenas foram acompanhados a cirurgias e exames, em terceiro lugar as gestantes de Alto risco que envolve o cuidado de prevenção de complicações.

O Cálculo utilizado foi: n.º de indígenas com determinada morbidade referenciados para a CASAI em determinado ano/Total de indígenas referenciados no ano para CASAI.

Quadro 16 - Quantitativo de usuários com doenças crônicas não transmissíveis e que necessitaram de intervenção/cuidados específicos, em 2022.

Cronicidade	Total
Transplantes	0
Hemodiálise	02
Doenças hematológicas	01
Câncer	0
HIV Positivo	0
Hipertensão Arterial	337
Diabétes	71
Outro, especificar – Hepatites virais	101

Fonte: RAG-2022.

As principais doenças transmissíveis estão apresentadas no quadro 09 conforme a prevalência para a morbidade: sífilis, tuberculose, COVID-19, hepatites virais e hanseníase, Doenças Diarreicas Agudas (DDA), e influenza em 2020, 2021 e 2022.

Quadro 17 - Prevalência de casos de doenças transmissíveis nos anos de 2020, 2021 e 2022.

Morbidade	2020	Prevalência	2021	Prevalência	2022	Prevalência
Sífilis	16	0,06	33	0,14	27	0,11
Tuberculose	12	0,05	12	0,05	22	0,09
Covid-19	77	0,33	02		776	3,35
Hepatites virais	101	0,06	105	0,45	101	0,44
Hanseníase	0	0	0	0	07	0,03
DDA	1869	8,1	1047	4,6	784	3,43
Influenza	2546	11,1	2858	12,5	2296	10,0

Fonte: SIASI, 2023; e RAG, 2020, 2021, e 2022.

A morbidade com maior prevalência foi a influenza, apresentando 2.296 em 2022 e prevalência de 10,0. Seguido dos casos de DDA com 1869 casos notificados em 2021 e prevalência de 11,1. Como método de cálculo para obter os dados acima foi utilizado: n.º de casos/Total da população do DSEI/ano X 100.

Quadro 18 - Incidência de casos de doenças transmissíveis como Tuberculose e Hanseníase nos anos de 2020, 2021 e 2022.

Morbidade	2020	Incidência %	2021	Incidência %	2022	Incidência %
Tuberculose	69,6	0,69	33	143,7	27	118,7
Hanseníase	0	0	0	0	07	30,9

Fonte: SIASI, 2023; RAG, 2020, 2021, e 2022.

Os casos de tuberculose foram notificados com um aumento em 2021, e incidência de 143,7. Para os casos de hanseníase, foram notificados 07 casos em

2022 com incidência de 30,9. Como método de cálculo para obter os dados acima foi utilizado: $n.^{\circ}$ de casos novos/Total da população do DSEI/ano X 100.000.

Nos polos-base de maior agravo de notificações por violência busca-se uma intensificação nos trabalhos de orientação com palestras educativas contra violência familiar, abuso sexual de criança e adolescente, violência contra o idoso, incentivo a atividades artesanais, prevenção contra drogas e álcool, conscientização dos agressores e familiares.

Quadro 19 - Proporção de registro de violência no DSEI e principal povo acometido nos últimos 3 anos.

Polos Bases	2020	Proporção %	2021	Proporção %	2022	Proporção %
Ipixuna	73	0,31%	04	0,017%	12	0,052%
Eirunepé	39	0,16%	13	0,056%	18	0,078%
Envira	35	0,15%	15	0,065%	14	0,061%
Mucura	04	0,01%	0	0	02	0,008%
Coari	01	0,04%	02	0,008%	0	0
Marajai	0	0	03	0,013%	0	0
Barreira da missão	0	0	02	0,008%	0	0
Bia	0	0	01	0,004%	0	0
Buá Bua	0	0	0	0	04	0,017%
Kumarú	0	0	0	0	03	0,013%
Uarini	0	0	0	0	01	0,004%

Fonte: RAG- 2020;2021;2022.

Ao analisar o quadro acima, podemos perceber que o polo base Eirunepé, Ipixuna e Envira apresentam um elevado número de situações de violência. Esses polos com maiores números de violência, coincidem com os polos com maior índice de uso abusivo de álcool, o que pode estar relacionado com os casos de violência.

A etnia Kulina, apresenta grandes casos de violência, havendo uma diferença significativa em comparação com as outras etnias.

Como mencionado anteriormente, os problemas com o uso de álcool podem estar relacionado com muitas dessas violências, havendo maior índice de ocorrências ligado aos conflitos familiares, envolvendo pais, filhos, cônjuge e outros.

O objetivo do monitoramento das Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental e os casos das DDA é detectar precocemente o aumento dos casos em determinado polo base, aldeia, identificar possíveis surtos, e a relação dos casos com outras morbidades.

A vigilância monitora os casos ocorridos nas aldeias com presença de sistema de abastecimento de água, alertando para verificação da qualidade da água ofertada e presença de fatores contaminantes nos veículos hídricos.

Quadro 20 - Números de casos de DRSAl notificados por aldeia do DSEI MRSA em 2020, 2021 e 2022.

CASOS DE DRSAl			
Por Aldeia	2020	2021	2022
Açaí	1	0	0
Ariramba	1	0	0
Arauacá	0	2	0
Aruanã	3	5	1
Alegria	0	3	0
Arumã	3	0	0
Assunção	3	23	3
Badejo	0	2	4
Bacabal	6	2	0
Barreirinha	0	4	0
Barreira Da Missão De Baixo	8	14	0
Barreira Da Missão Do Meio	0	11	6
Barreira Da Missão De Cima	3	12	1
Barreiro	0	1	1
Batedor	8	5	0
Beiradão	1	4	5
Beija -Flor	0	9	0
Betel	1	7	0
Bola	0	1	0
Boa Vista	8	2	0
Boana	1	1	0
Boará	3	3	0
Boarazinho	1	0	0
Boca Do Pau Apixuna	0	2	2
Boiador	0	3	1
Boca Do Mucura	0	1	0
Boca Do Biá	13	3	2
Bom Jesus Do Tarara	1	0	0
Buá	0	9	0
Breu	1	1	0
Cacau	2	4	0
Cajuirí Atravessado - Tupã	7	1	0
Castanhal - Biá	16	11	0
Castanhal - Bugaio	4	5	0
Degredo	0	1	3
Ebenezer	0	6	0
Estirão	0	4	0
Estrela Da Paz	11	2	3
Estação Mucura	0	1	1
Felicidade	0	3	0
Feijoal	1		0
Flexal	1	1	0
Flexeira	1	5	1
Gato	10	2	1
Igarapé Grande - Eirunepé	2	2	1
Igarapé Grande - Marajai	4	4	1

CASOS DE DRSAI			
Por Aldeia	2020	2021	2022
Igarapé Preto	3	0	0
Inglaterra	1	1	0
Janela	9	5	0
Jari	1	1	1
Jeremias	0	4	0
Jubará	4	1	0
Laguinho	2	4	0
Laranjal	6	17	10
Kampina	0	4	1
Kumarú	0	3	0
Limoeiro	4	0	0
Martião	0	0	1
Maapiranga	1	2	3
Macapá	6	5	0
Mamorí	2	1	3
Manguari	2	3	0
Mapari	1	0	0
Marupá	0	0	1
Marajaí	38	13	28
Matatibem	1	0	0
Matrinchã	1	0	4
Mawetê	1	4	1
Méria	0	6	1
Miratú	6	2	1
Monte Muriá	2	2	0
Monte Sião - Coari	28	5	2
Monte Sião - Mucura	1	3	0
Morada Nova - Eirunepe	0	1	0
Morada Nova - Kumarú	1	2	1
Morada Nova - Morada Nova	1	2	7
Nossa Senhora De Fatima - Barreira	1	1	0
Nossa Senhora De Fátima - Cuiú-Cuiú	4	11	0
Nossa Senhora Do Itaboca	17	1	1
Nova Esperança Do Arauiri	2	9	0
Nova Esperança Do Mucura	0	2	1
Nova Jerusalém	0	4	0
Nova Canaã	0	3	0
Nova Macedonia	4	4	0
Novo Progresso	0	2	0
Novo Paraíso	1	1	0
Paraíso - Eirunepe	12	12	0
Pataua - Barreira	3	1	0
Pataua - Cuiu-Cuiu	2	2	0
Pau Apixuna	3	11	7
Penedo	1	3	0
Pentecostes	3	0	0
Piau	1	4	0
Pirarucu	1	0	0
Porto Praia - Barreira	7	20	0
Porto Velho	0	1	0
Projeto Mapi	0	1	0
Porto Praia - Uarini	12	2	0
Puera	2	1	0
Quatro Bocas	5	0	0
Santa Fé	12	5	1
Salsa	1	0	0

CASOS DE DRSAI			
Por Aldeia	2020	2021	2022
Sororoca	4	0	0
Santa União	0	3	0
Santa Luzia Do Carirú	3	0	0
São Luiz	4	2	1
São Raimundo (Maloca)	5	4	0
Sampaio	7	3	0
São Cristóvão	3	0	0
São Jose Da Fortaleza	66	5	4
Ressaca Grande	0	2	0
Vista Alegre Do Samambaia	13	2	1
São Sebastião	0	1	0
São Sebastião Da Liberdade	39	4	6
São Sebastião Do Surubim - Saúba	14	2	5
São Sebastião Do Patoá	1	1	2
São Jose - Cuiu-Cuiu	5	13	0
São Francisco	17	22	9
São Francisco Do Mamupina	0	1	0
São Joaquim	0	11	0
São Pedro	18	21	0
Vila Nova	0	5	1
Vila Nova I	3	2	0
Santa Rita	1	3	1
Val Paraiso	1	0	0
São Jorge Da Ponta Da Castanha	1	0	1
São José Do Marí	2	9	0
Terra Nova- Eirunepé	0	1	0
Terra Da Lontra	0	0	0
Triunfo	0	0	0
Tracúá	1	1	1
Tupã Supé	1	0	0
TOTAL	549	492	144

Fonte: SESAI, DSEI MRSA, DIASI, SIASI - 2023.

Deste modo, percebe-se que em relação aos números de casos de DRSAI notificados por aldeia do DSEI MRSA em 2020, 2021 e 2022 tiveram 132 aldeias que notificaram esses casos.

Quadro 21 - Números de casos MDAA notificados por aldeia do DSEI MRSA, em 2020, 2021 e 2022.

CASOS DE DDA NO DSEI MRSA			
Por Aldeias	2020	2021	2022
	CASOS	CASOS	CASOS
Açaí	5	0	1
Acapuri De Cima	2	0	4
Alegria	3	6	8
Aprigio	5	6	2
Ariramba	2	0	1
Aruaná	6	5	3
Arumã	10	0	0
Assunção	3	17	13

CASOS DE DDA NO DSEI MRSA			
Por Aldeias	2020	2021	2022
	CASOS	CASOS	CASOS
Bacabal	29	3	0
Bacuri	11	0	0
Badejo	6	9	13
Barreira Da Missão De Baixo	16	28	7
Barreira Da Missão De Cima	3	22	10
Barreira Da Missão Do Meio	5	10	6
Barreirinha	3	0	2
Barreiro	11	10	11
Batedor	11	1	2
Bauzinho	2	5	4
Beija-Flor	9	15	1
Beiradão	25	20	3
Betel	14	18	1
Boa Vista	39	6	3
Boa Vista Do Capote	9	0	1
Boana	2	0	0
Boará	5	5	0
Boarazinho	5	3	
Boca Do Biá	63	20	12
Boca Do Mucura	0	4	0
Boca Do Pau Apixuna	19	11	7
Boiador	4	1	6
Bola	3	2	3
Bom Jesus Do Tarara	2	2	0
Breu	13	11	15
Buá - Buá	18	4	14
Cacau	22	12	5
Cajual	4	0	1
Cajuirí Atravessado - Tupã	0	0	1
Castanhal - Biá	32	5	3
Castanhal - Bugaio	43	13	3
Cedro Acre	1	1	0
Degredo	6	13	8
Ebenezer	3	7	0
Estação - Bugaio	4	1	0
Estação - Mucura	13	17	21
Estirão	12	2	3
Estrela Da Paz	111	11	0
Extrema	2	0	0
Feijoal	8	4	1
Felicidade	5	9	0
Flexal	2	0	1
Flexeira	22	10	4
Foz	1	2	2
Gato	52	3	0
Guariba	2	0	1
Igarapé Do Cachorro	2	2	1
Igarapé Grande - Eirunepé	10	6	8
Igarapé Grande - Ipixuna	3	0	0
Igarapé Grande - Marajá	4	10	5
Igarapé Preto	7	3	0
Inglaterra	4	3	0
Itaúba	7	0	4
Janela	9	1	0
Jari	0	3	1

CASOS DE DDA NO DSEI MRSA			
Por Aldeias	2020	2021	2022
	CASOS	CASOS	CASOS
Jeremias	0	1	3
Jaquiri	3	0	0
Jari	7	0	0
Jubará	2	2	1
Kampina	17	3	3
Komaroha	0	6	8
Kumarú	16	16	7
Lago De São João	11	5	9
Laguinho	9	0	0
Laranjal	8	24	33
Limoeiro	7	1	0
Maapiranga	20	5	7
Maapiranga	20	0	0
Macapá	37	43	36
Mamorí	20	3	5
Mamupina Do Grefe	1	0	5
Manduca	6	3	1
Manguari	2	7	3
Marajaí	16	37	69
Martião	2	7	7
Marupá	2	0	2
Matatibem	11	1	5
Matrinchã	8	10	8
Mawetê	5	5	8
Medonho	0	1	0
Méria	5	11	12
Miratú	17	0	2
Monte Carlos	2	2	2
Monte Muriá	21	22	14
Monte Sião - Coari	44	5	7
Monte Sião - Mucura	0	5	2
Morada Nova - Eirunepé	3	4	5
Morada Nova - Kumarú	30	9	26
Morada Nova - Morada Nova	48	17	26
Nossa Senhora Da Fatima	1	2	0
Nossa Senhora Da Saúde	4	0	2
Nossa Senhora De Fatima	2	0	1
Nossa Senhora Do Itaboca	9	3	8
Nova Canaã	1	0	2
Nova Esperança - Cuiú-cuiú	5	1	
Nova Esperança - Mucura	3	8	5
Nova Esperança Do Arauí	1	1	2
Nova Jerusalém	8	13	0
Nova Macedonia	4	19	7
Novo Paraíso	18	2	2
Novo Progresso	17	5	4
Paraíso - Eirunepe	38	2	4
Paraná	8	2	5
Pataua - Cuiu-Cuiu	2	6	0
Pau Apixuna	16	51	35
Penedo	2	3	1
Pentecostes	1	2	1
Piau	10	7	0
Pirarucu	5	2	0
Porto Praia - Barreira	15	23	2

CASOS DE DDA NO DSEI MRSA			
Por Aldeias	2020	2021	2022
	CASOS	CASOS	CASOS
Porto Praia - Uarini	30	0	8
Porto Velho	11	5	3
Projeto Mapi	6	1	5
Puera	2	1	0
Putiri	0	1	0
Ressaca Grande	5	1	0
Salsa	0	2	0
Sampaio	11	6	1
Santa Cruz	2	0	0
Santa Fé	34	10	15
Santa Luzia - Bugaio	0	1	0
Santa Luzia Do Carirú	6	0	0
Santa Luzia - Morada Nova	0	1	1
Santa Rita	8	2	3
Santa União	27	17	17
São Cristovão	7	1	1
Sao Francisco	21	45	13
São Francisco Do Mamupina	6	6	0
São João - Morada Nova	2	0	0
São Joaquim	45	0	5
São Jorge Da Ponta Da Castanha	3	10	8
São Jose - Cuiú-cuiú	12	16	1
São Jose Da Fortaleza	21	7	12
São José Do Marí	2	7	11
São Luiz	18	3	0
São Pedro	30	24	1
São Raimundo De Servalho	5	0	0
São Raimundo(Maloca)	11	4	3
São Sebastião	3	3	0
São Sebastião Da Liberdade	24	2	13
São Sebastião Do Patoá	2	5	5
São Sebastião Do Surubim - Saúba	3	2	5
Síria	1	0	0
Sororoca	21	0	4
Sossego	1	12	4
Taquara	1	0	0
Terra Da Lontra	1	2	0
Terra Firme	3	0	3
Terra Nova – Eirunepé	0	1	2
Terra Nova - Morada Nova	2	0	1
Torre Da Lua	2	1	0
Tracúá	11	1	1
Triunfo	3	0	1
Tupã Supé	1	0	1
Val Paraiso	3	4	0
Vila Nova	2	8	0
Vila Nova II	10	11	0
Vista Alegre Do Samambaia	13	4	5
TOTAL	1756	1016	776

Fonte: SESAI/DSEI MRSA, SIASII - 2023.

E em relação aos casos de úmeros de casos DAA notificados por aldeia do DSEI MRSA em 2020, 2021 e 2022 166 aldeias tiveram notificações registradas, conforme o quadro acima.

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

5.1 Infraestrutura de saúde do DSEI MRSA

No que diz respeito à infraestrutura do DSEI MRSA, é esperado que, com o apoio da SESAI e de outros colaboradores, promova o aumento, reforma e ampliação dos estabelecimentos de saúde nos Polos Base. Esse esforço visa proporcionar melhores condições de trabalho para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e garantir a existência de locais apropriados para os indígenas receberem os cuidados de saúde de que necessitam.

Quadro 22 - 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/Ano*
CASAI	02	02 unid.	01 unid.
UBSI	35	0	0
Polo Base tipo I	12	17 unid.	13 unid.
Polo Base tipo II	3	08 unid.	01 Unid.
Distrito Sanitário Especial Indígena - SEDE	1	0	01
UBS Fluvial	0	0	02

Fonte: SESAI/DSEI MRSA, SESANI - 2023.

Em se tratando das informações de Saneamento do DSEI MRSA vejamos o quadro abaixo com a descrição do tipo, nome, o tipo de necessidade e o ano previsto para execução.

Quadro 23 - Informações de Saneamento DSEI MRSA.

Tipo de Estabelecimento	Nome da Aldeia ou Polo Base, ou Município (estabelecimento não aldeados)	Implantação/reforma/ampliação/reforma e ampliação	Ano
Polo Base Tipo II	Eirunepé	Implantação	2024
UBSI Tipo I	Pau Apixuna	Implantação	2024
UBSI Tipo I	Gato	Implantação	2024

Tipo de Estabelecimento	Nome da Aldeia ou Polo Base, ou Município (estabelecimento não aldeados)	Implantação/reforma/ampliação/reforma e ampliação	Ano
UBSI Flutuante	Eirunepé – Micro 01	Implantação	2024
UBSI Flutuante	Eirunepé – Micro 04	Implantação	2024
UBSI Tipo I	Flexal	Implantação	2025
UBSI Tipo I	Barreira de Baixo	Implantação	2025
UBSI Tipo I	São José da Fortaleza	Implantação	2025
UBSI Tipo I	Monte Sião - Coari	Implantação	2025
UBSI Flutuante	Barreira Itinerante	Implantação	2025
UBSI Tipo I	Santa União	Implantação	2026
UBSI Tipo I	Buá Buá	Implantação	2026
UBSI Tipo I	Matatibem	Implantação	2026
CASAI	Fonte Boa	Implantação	2026
UBSI Tipo I	Igarapé Grande - Eirunepé	Implantação	2026
UBSI Tipo I	Porto Praia	Implantação	2027
UBSI Tipo I	São Luís	Implantação	2027
UBSI Flutuante	Fonte Boa	Implantação	2027
CASAI	Tefé	Reforma e Ampliação	2024
CASAI	Eirunepé	Reforma e Ampliação	2024
UBSI Tipo I	Itaboca II	Reforma e Ampliação	2024
UBSI Tipo I	Macapá	Reforma e Ampliação	2025
UBSI Tipo I	Lago do São João	Reforma e Ampliação	2024
UBSI Tipo I	Estirão	Reforma e Ampliação	2025
UBSI Tipo I	Mamori	Reforma e Ampliação	2026
UBSI Tipo I	Porto Velho	Reforma e Ampliação	2026
UBSI Tipo I	Paraiso	Reforma e Ampliação	2024
UBSI Tipo I	Boca do Biá	Reforma e Ampliação	2024
UBSI Tipo I	Piau	Reforma e Ampliação	2024
UBSI Flutuante	Kumaru	Reforma e Ampliação	2027
UBSI Flutuante	Novo Progresso	Reforma e Ampliação	2027
UBSI Tipo I	Taquara	Reforma e Ampliação	2027
UBSI Tipo I	Flexeira	Reforma e Ampliação	2024
UBSI Tipo I	Matrinchá	Reforma	2027
UBSI Tipo I	Betel	Reforma e Ampliação	2026
UBSI Tipo I	Novo Destino	Reforma e Ampliação	2025
UBSI Tipo I	Porto Praia	Reforma	2027
Casa de Apoio	Coari	Reforma e Ampliação	2026
UBSI Tipo I	Miratu	Reforma e Ampliação	2026
UBSI Tipo I	São Pedro	Reforma e Ampliação	2025
UBSI Tipo I	São Francisco	Reforma	2026
UBSI Tipo I	São Joaquim	Reforma	2027
UBSI Tipo I	Estrela da Paz	Reforma e Ampliação	2027
UBSI Tipo I	Santa Fé	Reforma	2025
Casa de Apoio	Juruá	Reforma e Ampliação	2026
Casa de Apoio	Jutaí	Reforma e Ampliação	2025
Casa de Apoio	Fonte Boa	Reforma e Ampliação	2026
Casa de Apoio	Maraã	Reforma e Ampliação	2027
Casa de Apoio	Uarini	Reforma e Ampliação	2026
Casa de Apoio	Envira	Reforma e Ampliação	2024
Casa de Apoio	Ipixuna	Reforma e Ampliação	2025
Sede Administrativa	Carauari	Reforma e Ampliação	2024
UBSI Tipo I	Bauana	Reforma e Ampliação	2027
Sede Administrativa	Tefé	Reforma	2025

Tipo de Estabelecimento	Nome da Aldeia ou Polo Base, ou Município (estabelecimento não aldeados)	Implantação/reforma/ampliação/reforma e ampliação	Ano
do DSEI			
UBSI Tipo I	Janela	Reforma e Ampliação	2025
UBSI Tipo I	Batedor	Reforma e Ampliação	2026
UBSI Tipo I	Santa Luzia	Reforma e Ampliação	2025
UBSI Tipo I	Monte Muriá	Reforma e Ampliação	2025
UBSI Tipo I	São José daPonte da Castanha	Reforma e Ampliação	2026
UBSI Tipo I	Assunção	Reforma e Ampliação	2027
UBSI Tipo I	Kumaruha	Reforma e Ampliação	2027

Fonte: SESAI/DSEI MRSA, SESANI - 2023.

5.2 Rede de Atenção à Saúde

O DSEI MRSA atende, até o momento, 15 polos-base e 191 aldeias, dependendo de uma Rede de Atenção à Saúde ampla e que respeite a cultura dos povos indígenas. O seu território abrange 3 (três) regionais, sendo elas: Alto Solimões – nos municípios de Fonte Boa e Jutai; Regional do Triângulo – com os municípios de Tefé, Carauari, Juruá, Uarini, Japurá, Maraã e Coari e Regional Juruá – com os municípios de Itamarati, Eirunepé, Envira e Ipixuna.

Quadro 24 - Estabelecimento de saúde para apoio diagnóstico, média e alta complexidade em área de abrangência do Polo Base.

Nome do Estabelecimento	Serviços	Polo Base que atende	Tipo de Estabelecimento	Referência do Polo Base
Hospitais	Média Complexidade	Todos os 15 Polos com apoio de Hospitais	Hospital	Todos os 14 Municípios
Laboratórios	Diagnóstico	Todos os 15 Polos com apoio de Laboratórios	Laboratório	Todos os 14 Municípios
Centros de Especialidades Odontológicas - CEO	Média Complexidade	Barreira da Missão	CEO	Município de Tefé
Centro Especializado de Recuperação em Fisioterapia	Média Complexidade	Barreira da Missão	CER	Município de Tefé
Policlínica	Média Complexidade	Barreira da Missão, Coari	Policlínica	Município de Coari
Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	Média Complexidade	Barreira da Missão, Coari, Envira e Eirunepé	(CAPS)	Município de Coari

UBS	Atenção Primária	Todos os Polos Dispõem	UBS	Nos 14 municípios
Centro de Assistência Farmacêutica	Média Complexidade	DSEI MRS (Tefé e Eirunepé); Nos Municípios: Coari, Tefé, Envira, Eirunepé	CAF	Municípios: Coari, Tefé, Envira, Eirunepé
Hospital Getúlio Vargas e UFAM Universidade Federal do Amazonas (TELEPNAR)	Alta Complexidade	Todos os 15 polos	Hospital Universitário (Tele Saúde)	Manaus
CIEVIS	Vigilância em Saúde	DSEI MRSA e SEMSA	Vigilância em Saúde	Tefé

Fonte: DSEI MRSA- DIASI/ Núcleo 2, 2023.

O DSEI MRSA enfatiza a relevância da implementação dos Centros de Informação Estratégica de Vigilância em Saúde (CIEVS) no apoio à Vigilância em Saúde. Essa iniciativa surgiu da necessidade de reestruturar a vigilância epidemiológica e, sobretudo, fortalecer a colaboração entre os diversos setores de vigilância em âmbito municipal, estadual e nacional. O objetivo é promover uma abordagem coordenada entre as instituições, atuando de maneira integrada nos limites territoriais de cada esfera de atuação (Brasil, 2021).

O Centro de Informação Estratégica de Vigilância em Saúde (CIEVS) é reconhecido como um hub de inteligência epidemiológica, responsável por detectar, verificar, avaliar e monitorar potenciais riscos à saúde, além de comunicá-los prontamente. Essa capacidade permite uma resposta ágil por parte das esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de mitigar as consequências para a saúde pública. O CIEVS do DSEI MRSA opera em colaboração com os municípios, o Estado e o CIEVS da SESAI, integrando uma rede nacional que também possui conexões internacionais por meio de tecnologias de informação, facilitadas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

No âmbito da assistência farmacêutica, é relevante ressaltar que a comissão de farmácia e terapêutica tem como um de seus objetivos fornecer insumos laboratoriais e outros recursos para auxiliar nos diagnósticos de patologias, considerando a realidade específica do DSEI MRSA. Além disso, a comissão sugere, dentre as classes de medicamentos listadas para atender à atenção primária em saúde do SASI-SUS, aqueles que demonstram maior segurança e eficácia

comprovada em seu uso. Este enfoque visa promover o uso racional de medicamentos, alinhado com os princípios de promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto ao nível individual quanto coletivo, conforme preconizado pela Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080/90.

No que diz respeito aos Serviços de Média Complexidade, destaca-se que, na Rede de Atenção Materno-Infantil que oferece suporte para o distrito, há uma parceria estabelecida com o Hospital Getúlio Vargas e a Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Por meio dessa colaboração, as gestantes de alto risco são integradas à plataforma Tele pré-natal de alto risco (TELEPNAR). Após isso, as informações são avaliadas por um médico especialista em Ginecologia/Obstetrícia, que fornece orientações e condutas por meio da plataforma, garantindo que a gestante receba o tratamento adequado.

Alguns municípios que compõem o território do DSEI MRSA já possuem atendimentos especializados, ginecologista/obstetras e também pediatra. Quando os municípios não têm serviços de média ou alta complexidade, os pacientes são referenciados para os Municípios polos que dispõe dessas especialidades.

Atualmente, contamos com duas CASAI: a CASAI Tefé, situada na calha do Solimões, e a CASAI Eirunepé, localizada na calha do Juruá. Esses municípios oferecem um suporte mais amplo em termos de referências em saúde. Ambas as CASAI encaminham pacientes para a CASAI Manaus, localizada na capital, que dispõe de recursos mais abrangentes.

Após a consulta com o médico clínico geral, o indígena acompanhado pela EMSI é encaminhado para o especialista e, em seguida, repassado ao serviço social para inclusão no sistema SISREG, onde aguarda a liberação da vaga. Esse período de espera pode variar de meses a dias, dependendo da demanda da especialidade ou da gravidade do caso, conforme os dados clínicos. Se o indígena não estiver em condições de retornar para a aldeia, permanecerá aguardando sob os cuidados das CASAI.

Os pontos positivos desse sistema é que ele assegura a garantia da consulta especializada eletivamente, possibilitando o acompanhamento da liberação da consulta no SISREG. E seu ponto negativo é que o tempo de espera prolongado e acesso que se limita pela deficiência de internet.

Em se tratando da média de referência para CASAI podemos considerar que para CASAI Manaus a média é em torno de 11 referências mensais, somando as referências realizadas pelas 2 CASAI do DSEI MRSA.

A CASAI Tefé recebe dos Polos Bases uma média mensal de 50 indígenas. A maioria das vezes, são demandas de serviços de média complexidade. Já a CASAI Eirunepé, recebe dos Polos Bases 8 indígenas em média mensalmente. E esses permanecem em tratamento para completa recuperação.

Sobre o apoio no transporte de transporte para pacientes que necessitam de serviços de média e alta complexidade que nos municípios de seus polos não dispõem o DSEI MRSA disponibiliza de algumas formas de transporte: ambulância, contrato de passagens lanchas, bascos, e em se tratando de transferência de e alta complexidade, em caso de urgência temos os voos comerciais, horas voos, e em caso de urgência e emergência para Manaus é acionado as UTIs aéreas.

Entre os 14 municípios atendidos pelo DSEI MRSA somente 1 Município, sendo este Eirunepé, é habilitado e recebe o Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI), previsto pela Portaria nº 2.663, de 11 de outubro de 2017.

5.3 Gestão do Trabalho e educação na Saúde

A gestão do trabalho na saúde indígena envolve a contratação, capacitação e alocação adequada dos profissionais de saúde, considerando as particularidades culturais e territoriais das comunidades indígenas. Essa educação deve ser desenvolvida de forma intercultural e respeitosa, considerando a realidade das comunidades, sua língua, tradições e conhecimentos tradicionais, garantindo o acesso a um atendimento de saúde de qualidade e adequado às necessidades culturais e sociais das comunidades indígenas, promovendo a saúde e o bem-estar desses povos.

5.3.1 Força de Trabalho

Quadro 25 - Demonstrativo geral de recursos humano existente no DSEI MRSA.

Recurso Humano	LOTAÇÃO					VÍNCULO EMPREGATÍCIO				
	Quant Total	Polo Base tipo I	Polo base Tipo II	CASAI	Sede do DSEI	Servidor	Convênio	Terceirizada	Mais médicos	Município
Médico (a)	15	14	-		01	-	01	-	14	-
Enfermeiro (a)	48	35	01	05	07	-	48	-	-	-
Agente de combate a endemias	04	-	-	-	04	-	04	-	-	-
Agente indígena de saneamento	64	64	-	-	-	-	64	-	-	-
Agente indígena de Saúde	165	163	-	02	-	-	165	-	-	-
Apoiador Técnico em atenção a saúde	01	-	-	-	01	-	01	-	-	-
Apoiador Técnico em saneamento	01	-	-	-	01	-	01	-	-	-
Assessor Indígena	2	-	-	-	02	-	02	-	-	-
Assistente Social	04	-	-	03	01	-	03	-	-	-
Auxiliar de Saúde Bucal	09	09	-	-	-	-	09	-	-	-
Auxiliar Finanças Administrativo I	1	-	-	-	01	-	01	-	-	-
Auxiliar Finanças Administrativo II	1	-	-	-	01	-	01	-	-	-
Cirurgião Dentista	13	12	-	-	01	-	13	-	-	-
Engenheiro Civil	2	-	-	-	02	-	02	-	-	-
Farmacêutico	1	-	-	-	01	-	01	-	-	-
Farmacêutico-Bioquímico	1	-	-	-	01	-	01	-	-	-
Gestor de Saneamento Ambiental	1	-	-	-	01	-	01	-	-	-
Nutricionista	3	-	-	01	02	-	03	-	-	-
Psicólogo	4	-	-	02	02	-	04	-	-	-

Recurso Humano	LOTAÇÃO					VÍNCULO EMPREGATÍCIO				
	Quant Total	Polo Base tipo I	Polo base Tipo II	CASAI	Sede do DSEI	Servidor	Convênio	Terceirizada	Mais médicos	Município
Secretario Executivo do Condisi	1	-	-	-	01	-	01	-	-	-
Técnico de Edificações	2	-	-	-	02	-	02	-	-	-
Técnico de enfermagem	143	119	04	14	06	-	143	-	-	01
Técnico de Laboratório	8	08	-	-	-	-	08	-	-	-
Técnico de Saneamento	4	-	-	-	04	-	04	-	-	-
Técnico de Saúde Bucal	2	02	-	-	-	-	02	-	-	-
Técnico eletrotécnico	1	-	-	-	01	-	01	-	-	-
Motorista de carro de passeio	17	02	10	04	01	-	-	12	-	05
Secretários	15	-	-	-	15	-	-	15	-	-
Preposto	01	-	-	-	01	-	-	01	-	-
Folguista	01	-	-	-	01	-	-	01	-	-
Limpeza e Conservação	11	02	-	04	04	-	-	10	-	01
Vigilante	25	-	12	08	04	-	-	24	-	01
Auxiliar de Saneamento	01	-	-	-	01	01	-	-	-	-
Piloto de lancha	01	-	-	-	01	01	-	-	-	-
Atendente de Enfermagem	03	-	-	01	02	03	-	-	-	-
Agente de saúde publica	03	-	-	01	02	03	-	-	-	-
Visitador sanitário	01	-	-	-	01	01	-	-	-	-
Auxiliar de serviços gerais	01	-	-	-	01	01	-	-	-	-
Agente administrativo	02	-	-	-	02	02	-	-	-	-
Auxiliar operacional de serviços diversos	01	-	-	-	01	01	-	-	-	-
Piloto Fluvial	38	32	-	-	06	-	-	38	-	-

Fonte: Planilhas paralelas, conveniada, terceirizada e servidores - 2023.

Quadro 26 - Capacidade de EMSI instalada atualmente

POLO BASE	EMSI	PERFIL DAS EMSI							
		Enf.	Méd.	CD	Téc Enf	ASB/TSB	AIS	AISAN	Aldeias atendidas
Barreira Da Missão	EMSI 3	03	01	01	13	01	19	11	18
Buá-Buá	EMSI 2	02	01	-	06	-	06	04	07
Biá	EMSI 2	03	02	01	08	01	07	03	10
Bugão	EMSI 4	04	02	01	13	01	19	07	32
	Casa de Apoio	01	-	-	02	-	-	-	-
Caruarí	EMSI 1	01	-	-	04	-	05	01	03
Coari	EMSI 1	01	01	01	03	01	10	03	09
Cuiú-Cuiú	EMSI 2	02	01	01	06	01	15	05	14
Eirunepé	EMSI 4	04	02	02	08	01	24	05	30
CASAI Eirunepé	CASAI	03	-	-	07	-	02	-	-
Envira	EMSI 2	02	-	01	06	01	03	01	09
Ipixuna	EMSI 2	02	-	01	06	01	10	-	10
Kumarú	EMSI 2	03	01	01	06	01	06	05	08
Marajá	EMSI 2	02	02	01	06	-	11	07	08
Morada Nova	EMSI 2	02	01	01	08	01	09	04	09
Mucura	EMSI 2	02	01	-	06	01	13	03	16
Casa de Apoio de Fonte Boa	Casa de Apoio	-	-	-	02	-	-	-	-
Uarini	EMSI 2	01	-	-	06	-	06	05	04
Diasi	-	07	01	01	05	-	-	--	-
Casai Tefé	-	02	-	-	07	-	-	--	-

Fonte: Planilhas paralelas, conveniada, terceirizada e servidores – 2023

Quadro 27 - Demonstrativo da necessidade de ampliação de recursos humano do DSEI MRSA.

Recurso Humano	Polo Base tipo I	Polo Base tipo II	CASA I	DSEI	Total	Programação			
						2024	2025	2026	2027
Médico	07	-	-	-	-	05	02	-	-
Enfermeiro	09	5	02	02	18	15	02	02	-
Cirurgião Dentista	05	-	-	-	05	05	-	-	-
Pedagogo	-	-	-	01	01	01	-	-	-
Farmacêutico	-	-	02	-	02	02	-	-	-
Nutricionista	04	-	-	02	06	02	02	01	01
Psicólogo	05	-	-	01 (NASI)	06	02	02	01	01
Assistente social	05	-	03	01 (NASI)	09	05	04	-	-
Geólogo	-	-	-	01	01	01	-	-	-
Antropólogo	-	-	-	01	01	01	-	-	-
Engenheiro Ambiental	-	-	-	01	01	01	-	-	-
Engenheiro Eletricista	-	-	-	01	01	01	-	-	-
Fisioterapeuta	-	-	02	-	02	02	-	-	-
Técnico de Saúde Bucal	05	-	-	01	06	06	-	-	-
Assessor Indígena	-	-	-	02	02	01	-	01	-
Agente de combate a endemias/Microscopista	10	-	-	-	10	05	05	-	-
Técnico de Laboratório	07	-	-	01	08	05	03	-	-
Agente Indígena de Saúde	30	-	-	-	30	30	0	-	-
Agente Indígena de Saneamento	25	-	-	-	25	13	12	-	-
Técnico de Edificações	01	02	-	01	04	02	02	-	-
Técnico de Enfermagem	30	04	-	-	34	16	10	04	04
Técnico de Saneamento/Meio Ambiente	04	-	-	02	06	03	03	-	-
Auxiliar de Serviços Gerais	15	-	-	-	15	05	05	05	-
Cozinheiro (a)	15	-	-	-	15	05	05	2	3
Motorista fluvial	20	-	-	01	20	10	11	-	-
Motorista Terrestre	02	05	-	01	08	05	03	-	-
Interprete Indígena	02	04	03	-	09	07	02	-	-
Parteira Indígena	11	-	-	-	11	04	04	03	-
Vigilante	08	08	-	-	16	04	04	04	04
Auxiliar Administrativo/digitador	04	04	04	06	18	10	08	-	-

Fonte: DSEI MRSA, 2023.

A seguir apresentamos as justificativas de incremento de ampliação de vagas de alguns profissionais que o DSEI MRSA necessitará para a gestão do trabalho no PDSI 2024-2027.

O DSEI MRSA possui agravos de saúde mental causadas pelo consumo abusivo do álcool que levam a outros fatores como as violências não letais,

homicídios, tentativas e óbitos por suicídio, entre outros fatores, estando entre os dezesseis (16) distritos sanitários prioritários em óbitos por suicídio. Considerando que o nosso distrito abrange uma população de 22.839 habitantes (SIASI 2023), distribuída em 191 aldeias, e 15 polos-base, numa extensão territorial de 295.000 km², o quadro de profissionais de referência em Saúde Mental não atende à necessidade dos territórios indígenas. Portanto, torna-se necessário contratar mais seis (06) profissionais para compor a força de trabalho da Atenção Psicossocial.

Sobretudo, é importante destacar que os 15 polos-base deste DSEI, são distribuídos em duas regiões, Calha do Solimões e Calha do Juruá, no qual a calha do Juruá é de difícil acesso e os polos que abrange esta calha também. Ainda, importante destacar, que nessa região encontram-se as grandes fragilidades em saúde mental como: vulnerabilidade social, prejuízos devido ao alto consumo de álcool, violências não letais e letais, óbito por suicídio e tentativas de suicídio. A sobrecarga dos profissionais se mantém, e ainda que seja função de todos os profissionais das EMSI realizar o acompanhamento dos pacientes que apresentam ideias e/ou tentativas de suicídio.

Nesse contexto, é crucial ressaltar a importância da expansão dos recursos humanos, considerando as particularidades locais e os desafios relacionados à saúde mental neste DSEI-MRSA. Tal medida visa assegurar uma assistência ininterrupta à população indígena, uma vez que a presença de psicólogos na saúde indígena é fundamental para promover o bem-estar emocional e psicológico das comunidades.

Outra categoria profissional que se faz necessário sua ampliação é os nutricionistas. Esse atuar na prevenção, promoção e recuperação da saúde, planejando, executando e avaliando ações baseadas nos conhecimentos da ciência da nutrição e alimentação. Portanto, deve estar presente em todos os espaços de construção, discussão e execução de políticas públicas e programas, especialmente aquelas voltadas à promoção da segurança alimentar e nutricional e à defesa do direito humano à alimentação adequada, garantido na Constituição Federal de 1988.

A insegurança alimentar e nutricional no território indígena está relacionada aos demais determinantes e condicionantes sociais da saúde, como fatores ambientais, econômicos, socioculturais e psicológicos, como o consumo de alimentos não tradicionais com baixa qualidade nutricional, em especial os alimentos ultra processados.

A alimentação dos povos indígenas, vinculada à pesca, caça, coleta e agricultura, pode estar sendo afetada por impactos e mudanças nas condições socioambientais.

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) contempla atividades continuadas e rotineiras de observação, coleta e análise de dados e informações que podem descrever as condições alimentares e nutricionais da população. Objetiva fornecer subsídios para as decisões políticas, auxiliar no planejamento, no monitoramento e no gerenciamento de programas relacionados com a melhoria dos padrões de consumo alimentar e do estado nutricional da população.

Destaca-se que o DSEI MRSA possui um total de 3.256 crianças na faixa etária de 0 à menor de 5 anos, sendo o seu estado nutricional de: Muito Baixo Peso para a Idade: 3,87%; Baixo Peso para a Idade: 13,68%; Peso Adequado para a Idade: 80,08%; Peso Elevado para a Idade: 2,37%. É necessário, diante dessas informações, considerar o aumento no quantitativo do profissional nutricionista.

Em se tratando do destaque em aumentar os números de farmacêuticos, vejamos aos pontos que justificam também aumentar as vagas para essa categoria profissional. Segundo o caderno 1: Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde do ministério da saúde considera-se imprescindível o profissional Farmacêutico, para assegurar o acesso da população aos medicamentos, a partir da promoção do uso corretos destes, a fim de garantir a integralidade do cuidado e a resolutividade das ações em saúde (Brasília, 2014).

Este profissional é indispensável nas CASAI, tendo em vista o papel do farmacêutico na promoção, proteção e recuperação da saúde, pois nesse serviço ele desempenha um papel fundamental na garantia do acesso a medicamentos essenciais para a população indígena.

Sem deixar de lembrar que ele é responsável pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e controle de medicamentos. Além disso, o farmacêutico também atua na dispensação e orientação sobre o uso de medicamentos, bem como na promoção do uso racional de medicamentos. Além de desempenhar um papel importante na promoção da cultura e da saúde indígena, desenvolvendo atividades educativas e culturais que promovam o uso de plantas medicinais tradicionais e a preservação da cultura indígena, preservando os saberes ancestrais da medicina tradicional, muito presente na cultura indígena.

Além disso, o DSEI MRSA precisa contratar profissionais de fisioterapia, pois até o momento não dispõe dessa categoria em sua composição de equipe multidisciplinar. Destaca-se que ele nos serviços de saúde é responsável pelo estudo, prevenção, tratamento e reabilitação das disfunções físicas. O fisioterapeuta utiliza diversas técnicas e recursos para promover a melhora da mobilidade, força, equilíbrio, coordenação e função muscular, ajuda a prevenir doenças e lesões, tratar doenças e lesões e promover a reabilitação de pacientes.

No contexto da saúde indígena, o fisioterapeuta pode atuar em diversas frentes, como: prevenção de doenças e lesões: o fisioterapeuta pode orientar a população indígena sobre hábitos saudáveis, como a prática regular de atividade física, a alimentação equilibrada e a prevenção de acidentes. Tratamento de doenças e lesões: o fisioterapeuta pode auxiliar no tratamento de diversas doenças e lesões que acometem a população indígena, como doenças crônicas, lesões musculoesqueléticas, traumas e sequelas de doenças. Reabilitação: o fisioterapeuta pode auxiliar na reabilitação de pacientes que sofreram algum tipo de lesão ou doença, promovendo a recuperação da função física e da qualidade de vida. Prevenção de agravos e sequelas de doenças crônicas: o fisioterapeuta pode orientar a população indígena sobre a importância da prática regular de atividade física para prevenir doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e obesidade.

Também é importante profissional no tratamento de doenças musculoesqueléticas: o fisioterapeuta pode auxiliar no tratamento de doenças musculoesqueléticas comuns entre os povos indígenas, como artrite, artrose e hérnia de disco. E no tratamento de traumas: o fisioterapeuta pode auxiliar no tratamento de traumas comuns entre os povos indígenas, como acidentes de trabalho, acidentes de trânsito e acidentes domésticos. Na reabilitação de pacientes com sequela: auxiliando na reabilitação de pacientes com sequelas de doenças, como AVC, poliomielite, hanseníase, entre outros.

Tão importante quanto os profissionais já destacados anteriormente é o aumento das vagas dos profissionais de odontologia. Atualmente o programa de Saúde Bucal do DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes possui doze (12) Equipes de Saúde Bucal (ESB) em área, cada equipe constituída por um cirurgião dentista (CD) e um auxiliar de saúde bucal (ASB) ou técnico de saúde bucal (TSB), como demonstrado abaixo. Para melhor visualização e compreensão dessa demanda vejamos o quadro abaixo.

A contratação do (a) antropólogo (a) para compor a equipe de trabalho do DSEI MRSA também é de suma relevância. O auxílio de um antropólogo pode ser fundamental na formulação e aprimoramento de políticas e programas de saúde indígena, fornecendo estudos que embasem a coordenação distrital, os conselhos locais, o CONDISI e os profissionais de saúde para aprimorarem sua atuação intercultural. É importante considerar as particularidades culturais, crenças e concepções de saúde dos povos indígenas da região abrangida pelo território do DSEI MRSA. Além disso, pode contribuir nas capacitações de profissionais de saúde para o atendimento adequado e respeitoso a essas comunidades. Através da pesquisa etnográfica, o antropólogo poderá identificar e documentar as práticas tradicionais de saúde indígena, incluindo o uso de plantas medicinais, rituais de cura e sistemas de diagnóstico, bem como, criar estudos e registros das etnias atendidas pelo DSEI MRSA.

Esses conhecimentos podem ser integrados à medicina ocidental, permitindo uma abordagem mais abrangente e culturalmente sensível à saúde dos indígenas. O trabalho do antropólogo também pode melhorar a promoção do protagonismo indígena na área da saúde, possibilitando que eles sejam ouvidos e participem ativamente dos processos decisórios relacionados ao seu cuidado e bem-estar. Portanto, a presença do antropólogo na saúde indígena é fundamental para garantir que as estratégias de atendimento e prevenção sejam culturalmente adequadas, respeitando os direitos, a história e a cosmovisão dos povos indígenas.

Quadro 28 - Polos- base do DSEI MRSA com número de ESB.

POLOS BASE	Nº ESB	OBSERVAÇÃO
Barreira da Missão / Buá-Buá	1 ESB	-
Barreira da Missão Itinerante / Biá	1 ESB	-
Bugaio 2 / Uarini	1 ESB	-
Bugaio 1	1 ESB	-
Coari e Mucura	1 ESB	-
Cuiú-Cuiú e Kumarú	1 ESB	-
Marajá /Carauarí	1 ESB	-
Morada nova	1 ESB	-
Ipixuna	1 ESB	-
Envira	1 ESB	-
Eirunepé	2 ESB	1 ESB completa (dentista e auxiliar). E 1 ESB (apenas com dentista). Estamos aguardando a contratação do auxiliar de saúde bucal.

Fonte: SESAI, DSEI MRSA, DIASI - 2023.

Considerando o atual cenário de profissionais nas Equipes de Saúde Bucal (ESB) e o número de polos e aldeias sob a jurisdição do nosso DSEI-MRSA, a contratação adicional de Cirurgiões Dentistas e Auxiliares de Saúde Bucal é justificada para assegurar a expansão e continuidade dos serviços odontológicos em nossas aldeias com maior eficiência e qualidade. O aumento significativo da população indígena e do número de aldeias em cada polo torna nosso quadro de recursos humanos ainda insuficiente para atender essa crescente demanda. Por exemplo, as ESBs na Calha do Solimões se veem obrigadas a atender dois polos, um com escala de 30/15 e outro com escala de 20/10, resultando em uma deficiência na qualidade e quantidade dos atendimentos. Dado que a escala da maioria dos polos é 30/15, enquanto a das ESBs do mesmo polo é 20/10, eles não conseguem realizar todas as ações necessárias, resultando na falta de atendimento em algumas aldeias. Além disso, a escassez de profissionais contribui para a redução do número de visitas anuais e, conseqüentemente, para a demora no retorno aos polos para cumprir suas responsabilidades.

Diante do exposto, precisamos ter em área para atender nossa demanda de pacientes e assim melhorar nossos atendimentos, o aumento de pelo menos 04 ESBs, como descrito abaixo.

Quadro 29 - Polos Base do DSEI MRSA com necessidade de implantação e ampliação de ESB.

POLOS BASE	Nº ESB	OBSERVAÇÃO
Calha do Solimões		
Barreira da Missão	1 ESB	Precisa de uma ESB exclusiva, em razão do crescente aumento de aldeias e população, para uma escala 20/10.
Barreira da Missão Itinerante	1 ESB	Precisa de uma ESB exclusiva, em razão do crescente aumento populacional e por possuir um excesso de aldeias para uma escala 20/10.
Biá	1 ESB	Precisa de uma ESB exclusiva, em razão do crescente aumento populacional, além de ser um polo logisticamente distante de sua cidade de referência.
Bugaio 2	1 ESB	Precisa de uma ESB exclusiva, em razão do crescente aumento populacional e por possuir uma grande quantidade de aldeias. Além de ser um polo com algumas aldeias, logisticamente distante de sua cidade de referência.
Cuiú-Cuiú	1 ESB	Precisa de uma ESB exclusiva, em razão do crescente aumento populacional e por possuir um excesso de aldeias. Além de ser um polo com algumas aldeias, logisticamente distante de sua cidade de referência.
Coari e Buá-Buá	1 ESB	Esses dois polos, apesar de também precisarem de uma equipe exclusiva, ainda se justifica o

POLOS BASE	Nº ESB	OBSERVAÇÃO
		compartilhamento da mesma em razão das dimensões populacionais, que em comparação aos polos específicos para possuir uma equipe, ainda possui uma população menor.
Kumarú e Uarini	1 ESB	Esses dois polos, apesar de também precisarem de uma equipe exclusiva, ainda se justifica o compartilhamento da mesma em razão das dimensões populacionais, que em comparação aos polos específicos para possuir uma equipe, ainda possui uma população menor
Mucura	1 ESB	Precisa de uma ESB exclusiva, em razão do crescente aumento populacional e por possuir um excesso de aldeias. Além de ser um polo com algumas aldeias, logisticamente distante de sua cidade de referência.
Marajá	1 ESB	Precisa de uma ESB exclusiva, em razão do crescente aumento populacional e por possuir um excesso de aldeias para uma escala 20/10.
Calha do Juruá		
Carauari	1 ESB	Apesar de ser um polo com dimensão populacional pequena, a aquisição de uma equipe exclusiva, se justifica em razão da logística, por se tratar de um polo situado na Calha do Juruá, onde a equipe responsável por ele precisa se deslocar da Calha do Solimões para realizar os atendimentos.

Fonte: SESAI, DSEI MRSA, DIASI - 2023.

Destaca-se a justificativa técnica para mudança de função e remuneração da categoria de ASB para TSB. O Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Solimões e Afluentes, conta hoje com uma equipe de saúde bucal de 12 cirurgiões-dentistas, 02 técnicos de saúde bucal e 08 auxiliares de saúde bucal atuando em área. Destes 08 auxiliares, 07 são técnicos de saúde bucal formados pelo CETAM (Centro de Ensino Tecnológico do Amazonas), no entanto, exercem a função de Auxiliares de Saúde Bucal (ASB), pois além da dificuldade de se encontrar ASB's nos municípios de abrangência do DSEI para trabalharem, sabemos que a Conveniada (Missão Evangélica Caiuá) sendo a contratante de recursos humanos, no momento possui apenas 2 vagas para a categoria de Técnico de Saúde Bucal (TSB) em seu quadro funcional.

Considerando o fato de o DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes possuir outras funções de nível técnico, como, por exemplo: técnicos de enfermagem, técnicos de patologia, técnicos de saneamento e técnico de saúde bucal, e estes receberem o equivalente a tal categoria, e ainda;

Considerando que estes profissionais trabalham numa escala de 30 ou 20 dias em área e 15 ou 10 dias de folga, intercaladamente de um polo a outro, ou seja, de

um município a outro, necessitando do sustento durante esse período e ainda o de suas famílias que ficam em suas residências;

Considerando que o ASB, realiza o mesmo trabalho que o TSB em área, devemos reconhecer a importância desses profissionais, que contribuem e se doam tanto quanto os demais para a preservação da saúde dos nossos povos indígenas;

Na esteira dos profissionais da enfermagem, os ASBs e TSBs, durante a pandemia do coronavírus (COVID-19), também se expuseram de sobremaneira à contaminação pelo referido agente patológico, e em nenhum momento negaram-se a entrar e realizar suas atividades, não sendo justo os mesmos não terem o devido reconhecimento.

Lembrando que a importância destes profissionais para a odontologia se faz desde os velhos tempos, mas que só foi reconhecida a partir da Lei federal 11.889 de 2008. Com ela, vários direitos e deveres foram descritos e se tornou um marco para essas profissões. Hoje, o ASB e o TSB são mais valorizados, embora ainda tenham muito a conquistar na profissão.

Com base no exposto, solicitamos respeitosamente à conveniada e às entidades competentes que realizem um ajuste em seu quadro de funções, visando não apenas a adequação da função, mas também do salário dos Técnicos de Saúde Bucal (TSB) que desempenham atividades como Auxiliares de Saúde Bucal (ASB). É de conhecimento geral que o piso salarial dos técnicos em saúde bucal é superior ao dos auxiliares de saúde bucal, conforme demonstrado na tabela abaixo.

Outrossim, o objetivo desta solicitação, além da equiparação de função e salário, é a melhoria da qualidade de vida dos profissionais e conseqüentemente da assistência à saúde da população assistida por esse grupo de trabalhadores que prestam serviços as comunidades indígenas. E não somente isto, mas também teremos um quadro mais justo e digno de cada profissão no qual proporcione remuneração condizente com a importância de seu trabalho.

Quadro 30 - Déficit de salários entre Aux. de Saúde Bucal e Tec. de Saúde Bucal.

FUNÇÃO	REMUNERAÇÃO BRUTA	INSALUBRIDADE	REMUNERAÇÃO BRUTA MENSAL+INSALUBRIDADE
AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	1692,62	264,00	1692,62+264,00=1956,62
TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	2750,52	264,00	2750,52+264,00=3014,52

Fonte: Missão Evangélica Caiuá — Conveniada, 2023.

É necessário destacar a necessidade do Serviço de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena – SESANI/MRSA aumentar seu número de profissionais. Este é de total relevância para o DSEI MRSA, ao prestar apoio técnico ao DSEI contratando, supervisionando, fiscalizando e avaliando a execução de obras, projetos e serviços de engenharia e arquitetura. Além de realizar diretamente ou por meio de parcerias, que incluem a contratação de prestadores de serviços, a operação e manutenção de serviços de saneamento ambiental, o monitoramento da qualidade da água para consumo humano nos sistemas de abastecimento de água e a implementação de ações de hidrogeologia destinadas ao saneamento, nas áreas indígenas que estão dentro de sua área de abrangência territorial. No Plano de Trabalho 2023 do DSEI-MRSA estão pactuadas as seguintes vagas para compor o corpo técnico do SESANI em 2023.

Quadro 31 - Corpo técnico do SESANI até 2023.

Categoria	Quantitativo
Engenheiro Civil	02
Apoiador Técnico em Saneamento	01
Gestor de Saneamento Ambiental	01
Téc. de Saneamento/ Téc. de Edificações	09
Técnico Eletrotécnico	01
AISAN	65
TOTAL	79

Fonte: SESAI, DSEI MRSA, DIASI - 2023.

Assim sendo, conforme apresentado na tabela acima, o SESANI possui 79 colaboradores, destes 4 são de nível superior, 10 são de nível técnico e 65 de nível médio. Dos cargos de nível médio há a necessidade de ampliação da oferta de vagas.

Há atualmente 65 postos de trabalho para Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) sendo os profissionais responsáveis pela operação e pequenas manutenções nos Sistemas de Abastecimento de Água (SAA) e nas Unidades de Saúde Indígena do DSEI-MRSA. Além disso, os AISAN atuam, complementarmente, nos Programas de Gerenciamento de Resíduos Sólidos (PGRS) e no Programa de Monitoramento da Qualidade da Água (PMQAI).

O DSEI possui atualmente 85 SAAs implantados, sendo necessária a contratação de mais 20 AISAN, imediatamente, para que esses sistemas possam ter um acompanhamento, manutenção e operação adequadas.

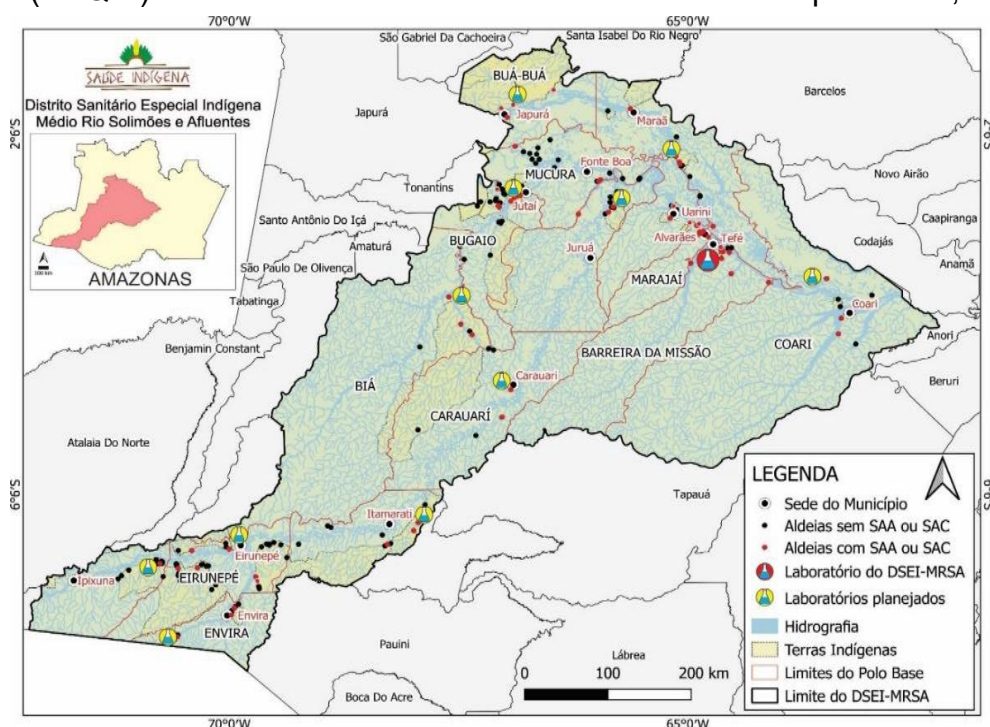
Considerando que o DSEI fará a implantação mínima de 15 sistemas de abastecimento de água (SAA ou SAC) durante o quadriênio 2024-2027 há a necessidade de aumento gradual do quantitativo de vagas ofertadas, chegando ao ano de 2027 com 145 AISANs contratados.

Devido às especificidades da área de abrangência do DSEI-MRSA, a execução direta tem prevalecido nas execuções das ações de reformas, manutenções, ampliações e mesmo construções tanto das unidades de saúde/ alojamentos quanto dos Sistemas de Abastecimento de Água. Por esse motivo, há a necessidade de ampliação das vagas para os cargos de nível técnico.

Idealmente, seria necessário ampliar a oferta de vagas para a contratação de mais 4 técnicos de Edificações. Desses, 1 seria alocado junto à equipe atual na sede do DSEI-MRSA, enquanto 2 seriam designados para atuar em Eirunepé, oferecendo suporte às atividades dos Polos-base de Eirunepé, Envira, Ipixuna e Morada Nova. O restante, 1 profissional, seria lotado no Polo Base Bugaio, o qual abriga a maior população dentro do DSEI, com o objetivo de atuar tanto na região desse polo quanto no Polo Base Biá.

Na área de Saneamento Ambiental há a necessidade de ampliação das vagas para Técnicos de Saneamento/Meio Ambiente. Devido à implantação dos novos laboratórios de monitoramento da qualidade da água, há a necessidade da contratação de 6 técnicos para atuarem diretamente na coleta e análise da água para consumo humano, bem como nas manutenções preventivas e corretivas dos sistemas de abastecimento de água. A figura a seguir apresenta a localização dos laboratórios que serão implantados a partir de 2024.

Figura 30 - Localização do Laboratório de Monitoramento da Qualidade da Água Indígena (LMQAI) do DSEI-MRSA e dos laboratórios a serem implantados, 2023



Fonte: SESAI, DSEI MRSA, SESANI – 2023.

Os novos técnicos contratados serão lotados nos Polos-base Cuiú-Cuiú, Bugaio, Morada Nova, Eirunepé e na sede do DSEI-MRSA.

Há a necessidade de abrir vagas para cargos de nível superior, incluindo 01 vaga para Geólogo, devido à aquisição de equipamentos e insumos pelo DSEI-MRSA para a perfuração direta de novos poços tubulares destinados ao abastecimento de água. Além disso, é necessário abrir uma vaga para a contratação de 01 Engenheiro Ambiental, que atuará diretamente nos projetos para a implementação de Melhorias Sanitárias Domiciliares e sistemas adequados de esgotamento sanitário nas unidades de saúde e alojamentos do DSEI-MRSA.

Devido à ausência de energia elétrica na maioria das aldeias e a precariedade do fornecimento de energia da concessionária no restante das aldeias, faz-se necessária a mudança e adaptação da matriz energética das unidades de saúde e do sistema de bombeamento nos sistemas de abastecimento de água. A instalação de módulos fotovoltaicos é essencial para o uso de equipamentos médicos hospitalares (respiradores e inaladores), para atendimento noturno de emergência, para implantação de teleatendimento e para a conservação de vacinas. Nos sistemas de abastecimento faz-se necessário devido às inúmeras interrupções que paralisam o fornecimento de água potável e danificam as bombas e quadros de comando.

Nesse sentido, a contratação de um profissional Engenheiro Eletricista se torna fundamental, com intuito de melhor dimensionamento das soluções e acompanhamento das implantações dessa nova matriz energética nas unidades de saúde e nos SAAs das Aldeias do DSEI-MRSA.

A seguir apresentamos uma tabela com o detalhamento da distribuição dos cargos dos colaboradores do SESANI no Plano de Trabalho 2023 do DSEI-MRSA e a quantidade necessária para ampliação de vagas necessárias durante o quadriênio 2024-2027.

Quadro 32 - Justificativa para a ampliação do nº de profissionais do SESANI.

Categoria	Plano de Trabalho 2023	Vagas adicionais				Total
		2024	2025	2026	2027	
Engenheiro Civil	2	0	0	0	0	2
Engenheiro Eletricista	0	1	0	0	0	1
Apoiador Téc. em Saneamento	1	0	0	0	0	1
Gestor de Saneamento Ambiental	1	0	0	0	0	1
Geólogo	0	1	0	0	0	1

Categoria	Plano de Trabalho 2023	Vagas adicionais				Total
		2024	2025	2026	2027	
Engenheiro Ambiental	0	1	0	0	0	1
Téc. de Saneamento	4	2	2	1	1	10
Téc. de Edificações	3	2	1	1	0	7
Técnico Eletrotécnico	3	0	0	0	0	3
AISAN	65	35	15	15	15	145
TOTAL	79	42	18	17	16	172

Fonte: SESAI, DSEI MRSA, SESANI, SICONV, 2023.

Desta forma, o total de colaboradores do SESANI passaria a ser de 172 profissionais para o planejamento e execução das ações de edificações e saneamento ambiental indígena na área de abrangência do DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes.

5.3.2 Qualificação Profissional

Quadro 33 - Número de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural (PPA).

CATEGORIA	2020	2021	2022	2023
Auxiliar de Saúde bucal	1	3	1	3
Agente Indígena de saúde	28	15	11	22
Agente Indígena de saneamento	5	3	0	2
Agente de endemias	0	0	0	1
Assistente Social	1	2	0	1
Cirurgião Dentista	2	8	1	4
Enfermeiro	23	34	15	20
Farmacêutico	1	2	0	0
Nutricionista	1	2	0	2
Psicólogo	2	1	1	1
Técnico de saúde bucal	0	0	0	2
Técnico de enfermagem	40	45	32	36
Técnico de laboratório	3	5	2	2

Fonte: SESAI, DSEI MRSA, Anexo II, SICONVI, 2023.

Quadro 34 - Previsão das principais temáticas/prioridades para formação profissional, para 2024 a 2027.

Previsão das principais temáticas/prioridades para formação profissional	2024	2025	2026	2027
Capacitação em Vigilância ambiental	X	X	X	X
Oficina de Fortalecimento em Vigilância Alimentar e Nutricional na aldeia	X	X	X	X
Troca de saberes sobre as práticas tradicionais de cuidado na gestação, parto e puerpério entre as gestantes e as EMSIs	X	X	X	X
Estratégia pedagógica para o tratamento da malária com as EMSIs e comunidades indígenas	X	X	X	X
Oficina de Monitoramento e Avaliação, que objetiva o nivelamento de conteúdos essenciais para o monitoramento e avaliação da PNASPI.		X		X
Oficina de acolhimento dos novos contratados para atuação em contexto intercultural.	X	X	X	X
Oficina de atenção à saúde de povos indígenas de recente contato	X	X	X	X

Fonte: DIASI-DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes, 2023.

Quadro 35 - Educação Permanente-SICONV nos anos de 2020,2021,2022 e 2023.

Categoria	2020	2021	2022	2023
Auxiliar de saúde bucal	7	5	10	8
Agente Indígena de saúde	11	101	22	33
Agente Indígena de saneamento	2	34	3	9
Agente de endemias	1	3	3	3
Apoiador técnico de saúde		1	1	
Assistente Social	2	2	3	1
Cirurgião Dentista	11	5	11	7
Enfermeiro	43	37	54	40
Farmacêutico	1	3	3	1
Médico	2	2	3	5
Nutricionista	2	2	3	3
Psicólogo	4	3	2	1
Técnico de saúde bucal	0	0	1	2
Técnico de enfermagem	82	96	104	91
Técnico de laboratório	7	8	5	2

Fonte: SESAI, DSEI MRSA, Planilha anexo II, SICONV, 2023.

Quadro 36 - Previsão das principais temáticas/prioridades para formação profissional

Previsão das principais temáticas/prioridades para formação profissional	2024	2025	2026	2027
Capacitação de AIDPI Criança	X	X	X	X
capacitação de AIDIPI Comunitário	X	X	X	X
Capacitação em sala de vacina e rede de frio	X	X	X	X
Capacitação e manejo clínico da tuberculose e malária	X		X	
Capacitação de Vigilância de Óbitos e Nascidos Vivos (fetal, materno e infantil).	X	X	X	X
Capacitação de Epidemiologia e vigilância em Saúde	X	X	X	X
Capacitação em atenção psicossocial: prevenção e enfrentamento do suicídio em povos indígenas	X			X
Capacitação em Atenção Psicossocial: Prevenção ao Uso Prejudicial do Alcool no Território Indígena	X	X		X
Aprimoramento das ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde Bucal.		X		X
Práticas tradicionais de cuidado na gestação, parto e puerpério entre as gestantes e as equipes multidisciplinares.	X	X		X
Capacitação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN)	X		X	
Capacitação em gerenciamento de resíduos de serviço de saúde (SESANI)	X	X		X
Oficina sobre a diversidade sociocultural indígena: a valorização e o cuidado aos indígenas com deficiência em território.		X		X
Oficina de atenção à saúde de povos indígenas de recente contato	X	X	X	X
Capacitação de protocolo clínico das infecções sexualmente transmissíveis, abordagem sindrômicas e testagem rápida.		X		X

Fonte: SESAI, DSEI MRSA, DIASI - 2023.

5.4 Infraestrutura de saneamento

A falta de água potável, tratamento de esgoto e coleta de lixo, acarretam diversos problemas de saúde e impactam negativamente o meio ambiente e a saúde integral dos indígenas das aldeias pelo DSEI MRSA. Por meio dos quadros abaixo poderemos compreender a infraestrutura de saneamento e esgotamento existentes, assim como, a necessidade de novas implantações e reformas.

Quadro 37 - Caracterização das aldeias sobre infraestrutura de saneamento.

Polo Base	Nº de Aldeias	Nº de aldeias com coleta de Resíduos pela prefeitura	Nº de aldeias que destinam seus resíduos orgânicos para compostagem ou alimentação Animal	Nº de aldeias que realizam a queima de resíduos na aldeia	Nº de aldeias com infraestrutura de água	Nº de aldeias com esgotamento sanitário adequado
1. Barreira Da Missão	18	4	18	18	14	4
2. Biá	10	0	4	10	4	0
3. Buá-Buá	7	0	2	7	6	0
4. Bugaio	33	0	33	33	7	0
5. Caruari	3	0	3	3	1	0
6. Coari	9	0	9	9	6	0
7. Cuiú-Cuiú	14	0	14	14	8	0
8. Eirunepé	32	0	8	32	10	0
9. Envira	9	0	3	9	4	0
10. Ipixuna	10	0	5	10	2	0
11. Kumaru	8	0	6	8	4	0
12. Marajaí	9	0	9	9	9	1
13. Morada Nova	9	0	8	9	4	0
14. Mucura	16	0	16	16	6	0
15. Uarini	4	0	4	4	4	0
Total	191	4	142	191	89	5

Fonte: SESAI/DSEI MRSA, SESANI - 2023.

A coleta de lixo com certeza ainda é um problema nas aldeias. Muitas, não possuem sistemas de coleta regular e adequada, o que leva ao acúmulo de resíduos nas áreas habitadas. O lixo acumulado propicia a proliferação de vetores de doenças, como mosquitos e ratos, e contribui para a poluição dos rios e florestas da região e afeta a saúde dos indígenas.

Quadro 38 - Tecnologias de tratamento de água mais utilizada

Polo Base	Nº de Aldeias	Nº de aldeias com clorador	Nº de aldeias querem tratamento	Nº de aldeias com Salta-Z	Nº de aldeias com filtração + cloração
Barreira Da Missão	18	8	0	3	3
Biá	10	3	1	0	0
Buá-Buá	7	1	2	3	0
Bugaio	33	4	3	0	0
Carauari	3	0	0	0	1
Coari	9	2	0	4	0
Cuiú-Cuiú	14	4	2	2	0
Eirunepé	32	2	5	3	0
Envira	9	1	3	0	0
Ipixuna	10	0	2	0	0
Kumaru	8	0	3	1	0
Marajaí	9	6	2	1	0
Morada Nova	9	1	2	1	0
Mucura	16	0	4	2	0
Uarini	4	1	0	3	0
Total	191	33	29	23	4

Fonte: SESAI/DSEI MRSA, SESANI - 2023.

Muitas aldeias não possuem sistemas de captação, tratamento e distribuição de água adequados, resultando na utilização de fontes não seguras e no período de estiagem como foi a do ano de 2023, até fontes contaminadas.

O que, por seguinte, contribui para a disseminação de doenças gastrointestinais e infecções, principalmente entre as crianças e idosos. Além disso, a falta de acesso à água potável dificulta atividades básicas do dia a dia, como higiene pessoal e preparo de alimentos.

Quadro 39 - Tecnologias de tratamento e disposição final de esgotamento mais utilizada

Polo Base	Nº de Aldeias	Nº de aldeias com fossa séptica e sumidouro	Nº de aldeias com fossas rudimentares
Barreira Da Missão	18	4	14
Biá	10	0	10
Buá-Buá	7	0	7
Bugaio	33	0	33
Carauari	3	0	3
Coari	9	0	9
Cuiú-Cuiú	14	0	14
Eirunepé	32	0	32
Envira	9	0	9
Ipixuna	10	0	10
Kumaru	8	0	8
Marajaí	9	1	8
Morada Nova	9	0	9
Mucura	16	0	16
Uarini	4	0	4

Polo Base	Nº de Aldeias	Nº de aldeias com fossa séptica e sumidouro	Nº de aldeias com fossas rudimentares
Total	191	5	186

Fonte: SESAI/DSEI MRSA, SESANI

Outro desafio enfrentado é a falta de sistema adequado de tratamento de esgoto. Muitas aldeias não possuem instalações sanitárias adequadas, como banheiros e fossas sépticas, as levando a diversas situações de risco para a saúde e o bem-estar da comunidade, como: contaminação da água, o que pode resultar em doenças transmitidas pela água, como diarreia, cólera e hepatite A.

Essa situação também pode aumentar a propagação de doenças infecciosas, transmitidas por fezes, mosquitos, moscas e outros vetores de doenças. Isso inclui malária, dengue, febre-amarela, verminoses e infecções intestinais.

Do mesmo modo, que a falta de esgotamento sanitário aumenta a degradação ambiental, causando poluição ambiental, afetando negativamente a flora, fauna e o equilíbrio ecológico da região. Isso, pode gerar problemas como desmatamento, contaminação do solo e perda da biodiversidade. Além de resultar em más condições de higiene, sujeira, mau cheiro, trazendo impactos negativos na dignidade e no bem-viver das aldeias. Portanto, a falta de saneamento adequado ainda amplia a vulnerabilidade da aldeia a desastres naturais, como inundações. Ficando essas suscetíveis durante as enchentes dos rios, a disseminação de doenças.

Quadro 40 - Previsão de implantação de infraestrutura de abastecimento de água por aldeia 2024 a 2027.

POLO BASE	ALDEIA	POPULAÇÃO	ANO DE PREVISÃO DE IMPLANTAÇÃO DE INFRAESTRUTURA DE ÁGUA
Biá	Bacuri	112	2024
Biá	Batedor	104	2024
Biá	Janela	170	2024
Biá	Igarapé Preto	63	2024
Biá	Santa Luzia do Carirú	55	2024
Buá-Buá	Nova Canaã	80	2027
Buá-Buá	Monte Moriá	38	2027
Bugaio	Estação-Bugaio	55	2024
Bugaio	Sampaio	129	2024
Bugaio	São Raimundo (Maloca)	109	2024
Bugaio	São Raimundo de Servalho	39	2024
Carauari	Taquara	162	2025
Carauari	Matatibem	214	2025
Eirunepé	Aprigio	98	2026
Eirunepé	Barreiro	174	2026

POLO BASE	ALDEIA	POPULAÇÃO	ANO DE PREVISÃO DE IMPLANTAÇÃO DE INFRAESTRUTURA DE ÁGUA
Eirunepé	Bola	108	2026
Eirunepé	Degredo	110	2026
Eirunepé	Estirão	94	2026
Eirunepé	Felicidade	67	2026
Eirunepé	Igarapé Grande	165	2026
Eirunepé	Mamorí	132	2026
Eirunepé	Mawetê	123	2026
Eirunepé	Santa Rita	153	2026
Eirunepé	Beija Flor	131	2026
Envira	Aruaná	227	2027
Envira	Alegria	108	2027
Envira	Terra da Lontra	70	2027
Ipixuna	Igarapé Grande	119	2027
Ipixuna	Pirarucu	118	2027
Ipixuna	Val Paraíso	144	2027
Ipixuna	Penedo	205	2027
Morada Nova	São João	97	2025
Morada Nova	Terra Nova	118	2025
Morada Nova	Santa Luzia	57	2025
Mucura	Santa União	177	2025
Mucura	Badejo	73	2025
Mucura	Monte Muriá	236	2025
Uarini	Tupã Supé	17	2025
Uarini	Porto Praia	340	2025

Fonte: SESAI/DSEI MRSA, SESANI e SIASI- 2023.

Diante dessa situação, é fundamental que este PDSI 2024 – 2027 venha adotar medidas efetivas para melhorar o saneamento nas aldeias. Melhorando o saneamento básico nas aldeias se melhora automaticamente a saúde dos indígenas.

Quadro 41 - Previsão de reforma e/ou ampliação de infraestrutura de abastecimento de água por aldeia.

POLO BASE	ALDEIA	POPULAÇÃO	ANO DE PREVISÃO DE REFORMA E/OU AMPLIAÇÃO DE INFRAESTRUTURA DE ÁGUA
Barreira da Missão	Barreira da Missão de Baixo	354	2024
Barreira da Missão	Barreira da Missão de Cima	277	2024
Barreira da Missão	Barreira da Missão do Meio	164	2024
Barreira da Missão	Barreirinha	57	2024
Barreira da Missão	Betel	154	2024
Barreira da Missão	Nossa Senhora de Fátima-Barreira	52	2024
Barreira da Missão	Nova Jerusalém	85	2024

POLO BASE	ALDEIA	POPULAÇÃO	ANO DE PREVISÃO DE REFORMA E/OU AMPLIAÇÃO DE INFRAESTRUTURA DE ÁGUA
Barreira da Missão	Patauá-Barreira	80	2024
Barreira da Missão	Boará	97	2024
Barreira da Missão	Boará de Cima	47	2024
Barreira da Missão	Nova Jerusalém do Arauri	70	2024
Barreira da Missão	Porto Praia-Barreira	484	2024
Barreira da Missão	Projeto Mapi	99	2024
Biá	Boca do Biá	265	2024
Biá	Castanhal-Biá	270	2024
Biá	Gato	299	2024
Biá	Sororoca	79	2024
Buá Buá	Jeremias	83	2025
Buá Buá	Nova Canaã	80	2025
Buá Buá	São Joaquim	139	2025
Buá Buá	Buá-Buá	278	2025
Buá Buá	Mapari	13	2025
Bugaio	Bacabal	226	2025
Bugaio	Boa Vista	280	2025
Bugaio	Cajual	118	2025
Bugaio	Novo Progresso	271	2025
Bugaio	São Raimundo de Servalho	39	2025
Bugaio	Guariba	60	2025
Bugaio	Castanhal-Bugaio	276	2025
Bugaio	Estrela da Paz	644	2025
Bugaio	Inglaterra	95	2025
Bugaio	Santa Fé	582	2025
Carauari	Taquara	162	2025
Coari	Vista Alegre do Samambaia	105	2025
Coari	São José da Fortaleza	213	2025
Coari	São Sebastião da Liberdade	206	2025
Coari	Tupã	23	2025
Coari	Itaboca II	82	2025
Coari	São Sebastião do Patoá	54	2025
Coari	Itaboca	122	2025
Cuiu Cuiu	Jubará	79	2026
Cuiu Cuiu	Nova Esperança do Cuiu-Cuiu	42	2026
Cuiu Cuiu	São Francisco	410	2026
Cuiu Cuiu	São Pedro	268	2026
Cuiu Cuiu	Vila Nova II	113	2026
Cuiu Cuiu	São José	287	2026
Cuiu Cuiu	Ebenezer	42	2026
Eirunepé	Beija-Flor	131	2026
Eirunepé	Extrema	76	2026
Eirunepé	Lago de São João	71	2026
Eirunepé	Matrinchã	177	2026
Eirunepé	Porto Velho	144	2026
Eirunepé	Paraíso	194	2026
Eirunepé	Sossego	72	2026

POLO BASE	ALDEIA	POPULAÇÃO	ANO DE PREVISÃO DE REFORMA E/OU AMPLIAÇÃO DE INFRAESTRUTURA DE ÁGUA
Eirunepé	Flexeira	161	2026
Eirunepé	Estirão	94	2026
Eirunepé	Morada Nova	41	2026
Eirunepé	Komaroha	105	2027
Marajaí	Méria	88	2024
Marajaí	Igarapé Grande	65	2024
Marajaí	São José do Mari	58	2024
Marajaí	Nova Macedônia	132	2024
Marajaí	Assunção	158	2026
Marajaí	São Jorge da Ponta da Castanha	96	2027

Fonte: SESAI/DSEI MRSA, SESANI e SIASI- 2023.

É muito importante que se compreenda que ter acesso à água potável e saneamento básico é cumprimento de direitos humanos e dos direitos indígenas. Direito humano fundamental, garantido pela Organização das Nações Unidas (ONU) e por tratados internacionais, como a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas.

Quadro 42 - Previsão de sistema de esgotamento sanitário por aldeia

POLO BASE	ALDEIA	POPULAÇÃO	ANO DE PREVISÃO DE IMPLANTAÇÃO DE INFRAESTRUTURA DE ESGOTAMENTO SANITÁRIO
Buá Buá	Buá Buá	278	2024
Morada Nova	Morada Nova	535	2025
Bugaio	Estrela da Paz	644	2026
Bugaio	Santa Fé	582	2027

Fonte: SESAI/DSEI MRSA, SESANI e SIASI- 2023.

Portanto, a implantação de infraestrutura de abastecimento de água nas aldeias é uma forma de garantir a melhoria da qualidade de vida dos indígenas e do meio ambiente em que vivem.

5.5 Meio de Transporte

A seguir discutiremos sobre as principais informações sobre os meios de transporte, caracterização, n.º de veículos, etc. No momento, da organização de dados para este plano, verificou-se que o DSEI MRSA não dispõe de um plano de transporte. Contudo, foi usado outros documentos internos para a descrição das informações contidas neste item.

Quadro 43 - Caracterização resumida do acesso às aldeias por tipo de transporte no DSEI. Substituir quadro, pela tabela abaixo, em que foi incluída mais uma linha.

POLO BASE	DISTÂNCIA DA SEDE DO DSEI AO POLO BASE	ALDEIAS/ CASAI	DISTÂNCIA DO POLO BASE À CASAI/ALDEIA/UBS I	ACESSO TERRESTRE	ACESSO FLUVIAL	ACESSO AÉREO	OBSERVAÇÕES DO ACESSO
EIRUNEPÉ-AM	1.837 km 076 m	Bauzinho	243 km 103 m		X		3 dias de barco
		Cedro Acre	284 km 559 m		X	x	5 dias de barco
		Degredo	241km 221 m		X		3 dias e 2 hora de barco
		Morada Nova	254km 044 m		X		3 dias e 5 hora de barco
		Sossego	251km 617 m		X		3 dias e 5 hora de barco
		Kumaruha	249km 099 m		X		2 dias de barco
		Terra Nova	266km 737 m		X		3 dias e 5 hora de barco
		Igarapé Do Cachorro	247km 153 m		X		3 dias e 1 hora de barco
		Matrinchã	183km 684 m		X		2 dias de barco
		Açaí	96 km 230 m		X		5 hora e 15 minutos de lancha
		Bola	33 km 803 m		X		2 hora e 15 minutos de lancha
		Mawetêk	42 km 924 m		X		4 hora e 15 minutos de lancha
		Manduca	80 km 516 m		X		4 hora e 45 minutos de lancha
		Paraná	109 km 010 m		X		5 hora e 45 minutos de lancha
		Porto Velho	120 km 229 m		X		7 hora e 45 minutos de lancha
		Lago De São João	27 km 192 m		X		2 hora e 05minutos de lancha
		Extrema	89 km 058 m		X		4 hora e 45 minutos de lancha
		Estirão	127 km 746m		X		6 hora e 58 minutos de lancha
		Felicidade	121 km 904 m		X		7 hora e 55 minutos de lancha
		Torre Da Lua	95 km 315 m		X		4 hora e 55 minutos de lancha
		Flexeira	103 km 046 m		X		6 hora e 49 minutos de lancha
		Pentencosta/Morada Nova	115 km 996 m		X		7 hora e 29 minutos de lancha
		Igarapé Do Índio	195 km 784 m		X		2 dias e 11 hora de barco
		Beija-Flor	92 km 887 m		X		5 hora e 45 minutos de lancha
		Aprigio	115 km 013 m		X		5 hora e 45 minutos de lancha
		Boa Vista	107 km 390 m		X		5 hora e 25 minutos de lancha

POLO BASE	DISTÂNCIA DA SEDE DO DSEI AO POLO BASE	ALDEIAS/ CASAI	DISTÂNCIA DO POLO BASE À CASAI/ALDEIA/UBS I	ACESSO TERRESTRE	ACESSO FLUVIAL	ACESSO AÉREO	OBSERVAÇÕES DO ACESSO	
		Barreiro	119 km 277 m		X		3 dias de barco	
		Igarapé Grande	115 km 023 m		X		2 dias de barco	
		Laguinho	108 km 792 m		X		2 dias de barco	
		Mamorí	118 km 177 m		X		2 dias de barco	
		Tracuí	107 km 275 m		X		2 dias de barco	
		Santa Rita	169 km 489 m		X		2 dias e 7 hora de barco	
		Paraiso	203 km 720 m		X		3 dias e 8 hora de barco	
ENVIRA	2.119 km 876m	Alegria	132 km 922 m		x		3 dias e 1 hora de barco	
		Foz	138 km 411 m		x		3 dias e 2 hora de barco	
		Triunfo	64 km 088 m		x		1 dias e 3 hora de barco	
		Aruaná	34 km 588 m		x		1 dias e de barco	
		Cacau	4 km 787 m	x			4 km 787 m por estrada de terra	
		Macapá	147 km 033 m		x		3 dias e 3 hora de barco	
		Terra Da Lontra	15 km 268 m		x		45 minutos de lancha	
		Terra Firme	18 km 240 m		x		50 minutos de lancha	
MORADA NOVA	1.274 km 951 m	São João	138 km 111m		x		7 hora e 45 minutos de lancha	
		Boiador	29 km 681 m		x		1 hora e 40 minutos de lancha	
		Santa Luzia	122 km 502 m		x		6 hora e 50 minutos de lancha	
		Flexal (Kurabi)	130 km 893 m		x		6 hora e 25 minutos de lancha	
		Gaviãozinho				x		
		Itaúba	54 km 834 m		x		2 hora e 40 minutos de lancha	
		MORADA NOVA	SEDE DO POLO BASE					
		Terra Nova (Rezemã)	37 km 285 m		x		2 hora e 10 minutos de lancha	
IPIXUNA	2.175 km 717 m	Hidodô(Igapare pé Grande)	142 km 289 m		x		142 km 289 m 3 dias de barco e 19 km 335 m de lancha	
		Jari	15 km 637 m		x		2 hora e 35 minutos de lancha	
		Medonho	113 km 437 m		x		113 km 437 m 3 dias de barco e 5 km 835 m de lancha	
		Penedo	11 km 370 m		x		45 minutos de lancha	
		Piau	SEDE DO POLO BASE					
		Poeira	23 km 477 m		x		1 hora e 15 minutos de lancha	
		Quatro Boca	2 km 371 m		x		45 minutos de lancha	

POLO BASE	DISTÂNCIA DA SEDE DO DSEI AO POLO BASE	ALDEIAS/ CASAI	DISTÂNCIA DO POLO BASE À CASAI/ALDEIA/UBS I	ACESSO TERRESTRE	ACESSO FLUVIAL	ACESSO AÉREO	OBSERVAÇÕES DO ACESSO	
		Tiquara	130 km 457 m		x		130 km 457 m 3 dias de barco e 22 km 748 m de lancha	
		Pirarucu	4 km 520 m		x		25 minutos de lancha	
		Val Paraíso	77 km 070 m		x		1 dia e 3 horas de barco	
CARAUARI - AM	840 km 904 m	Boana	87 km 546 m		x		3 horas e 45 minutos de lancha	
		Matatibem	81 km 516 m		x		3 horas e 30 minutos de lancha	
		Taquara	9 km 337 m	x	x		9 km 337 m por estrada de terra e 30 minutos de lancha	
BIÁ	586 km 282 m	Bacuri	155 km 985 m		x		4 horas e 30 minutos de lancha	
		Castanhal	17 km 770 m		x		45 minutos de lancha	
		Sororoca	106 km 231 m		x		3 horas e 30 minutos de lancha	
		Igarapé Preto	166 km 731 m		x		4 horas e 50 minutos de lancha	
		Santa Luzia	107 km 283 m		x		3 horas e 20 minutos de lancha	
		Batedor	68 km 644 m		x		2 horas e 40 minutos de lancha	
		Boca Do Biá	SEDE DO POLO BASE					
		Gato	68 km 298 m		x		2 horas e 55 minutos de lancha	
		Janela	94 km 221 m		x		3 horas e 25 minutos de lancha	
		MUCURA	247 km 751 m	Estação	167 km 799 m		X	
Badejo	72 km 986 m				X		2 horas e 28 minutos de lancha	
Boa Vista Do Capote	91 km 081 m				X		3 horas e 25 minutos de lancha	
Boca Do Mucura	10 km 626 m				X		3 horas e 25 minutos de lancha	
Bom Jesus Do Tarara	65 km 395 m				X		2 horas e 48 minutos de lancha	
Breu	86 km 888 m				X		4 horas e 15 minutos de lancha	
Mamupina Do Grefe	97 km 352 m				X		5 horas e 05 minutos de lancha	
Manguari	156 km 051 m				X		5 horas e 25 minutos de lancha	
Martião	78 km 337 m				X		2 horas e 48 minutos de lancha	
Monte Carlos	41 km 525 m				X		1 hora e 05 minutos de lancha	
Monte Muriá	181 km 027 m				X		6 horas e 40 minutos de lancha	
Monte São	84 km 106 m				X		3 horas e 30 minutos de lancha	

POLO BASE	DISTÂNCIA DA SEDE DO DSEI AO POLO BASE	ALDEIAS/ CASAI	DISTÂNCIA DO POLO BASE À CASAI/ALDEIA/UBS I	ACESSO TERRESTRE	ACESSO FLUVIAL	ACESSO AÉREO	OBSERVAÇÕES DO ACESSO	
		Nova Esperança	61 km 390 m		X		2 hora e 40 minutos de lancha	
		Santa União	123 km 491 m		X		4 hora e 45 minutos de lancha	
		São Francisco Do Mamupina	93 km 636 m		X		4 hora e 25 minutos de lancha	
		São Sebastião	166 km 641 m		X		5 hora e 55 minutos de lancha	
BUÁ-BUA	475 km 016 m	Buá - Buá	SEDE DO POLO BASE					
		Mapari	66 km 264 m		X		2 hora e 40 minutos de lancha	
		Nova Canaã	33 km 755 m		X		1 hora e 55 minutos de lancha	
		Deus Proverá	57 km 315m		X		2 hora e 25 minutos de lancha	
		Jeremias	22 km 599 m		X		1 hora e 05 minutos de lancha	
		São Joaquim	71 km 160 m		X		2 hora e 40 minutos de lancha	
KUMARÚ	278 km 643 m	Beiradão	38 km 080 m		X		2 hora e 10 minutos de lancha	
		Boca Do Pau Pixuna	SEDE DO POLO BASE					
		Kampina	47 km 624 m		X		2 hora e 20 minutos de lancha	
		Kumaru	53 km 377 m		X		2 hora e 55 minutos de lancha	
		Maapiranga	80 km 916 m		X		3 hora e 30 minutos de lancha	
		Marupá	84 km 574 m		X		3 hora e 35 minutos de lancha	
		Morada Nova	48 km 977 m		X		2 hora e 20 minutos de lancha	
		Paupixuna	16 km 667 m		X		45 minutos de lancha	
BUGAIO	451 km 505m	Estrela Da Paz	SEDE DO POLO BASE					
		Santa Fé	28 km 941 m		X		2 hora e 20 minutos de lancha	
		Castanhal	31 km 914 m		X		2 hora e 40 minutos de lancha	
		Inglaterra	8 km 230 m		X		30 minutos de lancha	
		Boa Vista	6 km 123 m		X		20 minutos de lancha	
		Cajual	22 km 760 m		X		1 hora e 10 minutos de lancha	
		Bacabal	31 km 242 m		X		2 hora e 35 minutos de lancha	
		São Luiz	58 km 884 m		X		2 hora e 05 minutos de lancha	
		Juruema	97 km 727 m		X		4 hora e 50 minutos de lancha	
		Sampaio	47 km 593 m		X		1 hora e 59 minutos de lancha	
		Ariramba	82 km 932 m		X		3 hora e 55 minutos de lancha	
		Novo Paraíso	77 km 714 m		X		2 hora e 45 minutos de lancha	
		Novo Progresso	69 km 505 m		X		2 hora e 20 minutos de lancha	

POLO BASE	DISTÂNCIA DA SEDE DO DSEI AO POLO BASE	ALDEIAS/ CASAI	DISTÂNCIA DO POLO BASE À CASAI/ALDEIA/UBS I	ACESSO TERRESTRE	ACESSO FLUVIAL	ACESSO AÉREO	OBSERVAÇÕES DO ACESSO
		Guariba	69 km 969 m		X		2 hora e 28 minutos de lancha
		Espirito Santo De Cima	77 km 743 m		X		2 hora e 55 minutos de lancha
		Espirito Santo Do Baixo	75 km 395 m		X		2 hora e 40 minutos de lancha
		Limoeiro	24 km 909 m		X		1 hora e 25 minutos de lancha
		Acapuri De Cima	25 km 705 m		X		1 hora e 28 minutos de lancha
		Pinheiro	73 km 334 m		X		2 hora e 50 minutos de lancha
		Salsa	43 km 994 m		X		1 hora e 53 minutos de lancha
		São Cristóvão	34 km 331 m		X		1 hora e 42 minutos de lancha
		Nossa Senhora Da Saude	55 km 237 m		X		2 hora e 05 minutos de lancha
		Estação	48 km 191 m		X		2 hora e 10 minutos de lancha
		Feijoal	32 km 546m		X		1 hora e 55 minutos de lancha
		Arumã	37 km 504 m		X		1 hora e 49 minutos de lancha
		São Fco Do Xibeco	53 km 982 m		X		2 hora de lancha
		São Raimundo	41 km 535 m		X		2 hora e 28 minutos de lancha
		Santa Luzia	39 km 216m		X		2 hora e 20 minutos de lancha
		Síria	40 km 298 m		X		2 hora e 20 minutos de lancha
		Santa Helena	18 km 530 m		X		35 minutos de lancha
		São Raimundo Do Sevalho	71 km 014 m		X		2 hora e 55 minutos de lancha
		São Fco Ressaca Grande	13 km 631 m		X		30 minutos de lancha
		Acapuri Do Meio	24 km 142 m		X		1 hora e 25 minutos de lancha
BARREIRA DA MISSÃO	11 km 387 m	Barreira Da Missão De Baixo	2 km 261 m	X	X		2 km 261 m por estrada de terra e 15 minutos de lancha
		Barreira Da Missão De Cima	656,4 m	X	X		656,4 m por estrada de terra e 10 minutos de lancha
		Barreira Da	934,3 m	X	X		934,3 m por estrada de terra e 15

POLO BASE	DISTÂNCIA DA SEDE DO DSEI AO POLO BASE	ALDEIAS/ CASAI	DISTÂNCIA DO POLO BASE À CASAI/ALDEIA/UBS I	ACESSO TERRESTRE	ACESSO FLUVIAL	ACESSO AÉREO	OBSERVAÇÕES DO ACESSO	
		Missão Do Meio					minutos de lancha	
		Projeto Mapi	11 km 282 m	X			Acesso 11 km 282 m de asfalto	
		Pataua	43 km 083 m		X		2 hora e 35 minutos dde lancha	
		Betel	SEDE DO POLO BASE					
		Barreirinha	48 km 886 m		X		2 hora e 20 minutos de lancha	
		Nova Esperança Do Arauiri	10 km 887 m		X		35 minutos de lancha	
		Boará	5 km 167 m		X		25 minutos de lancha	
		Kanata Aietu	4 km 793 m		X		20 minutos de lancha	
		Boarazinho	4 km 241 m		X		15minutos de lancha	
		Nossa Senhora De Fátima	89 km 577 m		X		3 hora e 30minutos de lancha	
		Novo Destino	45km 784 m		X		2 hora e 50 minutos de lancha	
		Andiroba	18 km 314 m				Acesso 18 km 314 m de asfalto	
		Nova Jeruzalém	28 km 183 m		X		1 hora e 40 minutos de lancha	
		Porto Praia	9 km 638m		X		25 minutos de barco(Lancha)	
COARI	211 km 437 m	Cajuirí Atravessado	37 km 384 m		X		2 hora e 10 minutos de lancha	
		Monte Sião	72 km 720 m		X		2 hora e 58 minutos de lancha	
		Nossa Senhora Do Itaboca	45km 569 m		X		2 hora e 50 minutos de lancha	
		São Miguel Do Dururuá	119 km 279 m		X		3 hora e 10 minutos de lancha	
		São Sebastião Da Liberdade	69 km 074 m		X		2 hora e 40 minutos de lancha	
		Fortaleza	97 km 846 m		X		3 hora e 40minutos de lancha	
		São Sebastião Do Patoá	51 km 789 m		X		2 hora e 40 minutos de lancha	
		São Sebastião Do Surubim	16 km 642 m		X		25 minutos de lancha	
		Vista Alegre Do Samambaia	29 km 802 m		X		1 hora e 40 minutos de lancha	
MARAJÁ	38 km 582 m	Assunção	11 km 509 m		X		30 minutos de lancha	
		Igarape Grande	15 km 198 m		X		45 minutos de lancha	

POLO BASE	DISTÂNCIA DA SEDE DO DSEI AO POLO BASE	ALDEIAS/ CASAI	DISTÂNCIA DO POLO BASE À CASAI/ALDEIA/UBS I	ACESSO TERRESTRE	ACESSO FLUVIAL	ACESSO AÉREO	OBSERVAÇÕES DO ACESSO	
		Laranjal	9 km 186 m		X		25 minutos de lancha	
		Marajaí	SEDE DO POLO BASE					
		Méria	13 km 143 m		X		35 minutos de lancha	
		Nova Macedonia	13 km 453 m		X		36 minutos de lancha	
		São Jorge Da Ponta Da Castanha	58 km 598 m		X		2 hora e 30 minutos de lancha	
		São José Do Marí	15 km 811 m		X		45 minutos de lancha	
CUIÚ-CUIÚ	159 km 472 m	Arauacá	38 km 450 m		X		2 hora e 10 minutos de lancha	
		Ebenezer	33 km 474 m		X		1 hora e 50 minutos de lancha	
		Jubará	3 km 357 m		X		14 minutos de lancha	
		Nova Esperança	12 km 420 m		X		28 minutos de lancha	
		Nova Estrela	16 km 416 m		X		50 minutos de lancha	
		Nossa Senhora De Fátima	68 km 490 m		X		2 hora e 50 minutos de lancha	
		Putiri	66 km 762 m		X		2 hora e 50 minutos de lancha	
		Pataua	144 km 158 m		X		3 hora e 50 minutos de lancha	
		Sao Francisco	113 km 608 m		X		3 hora e 20 minutos de lancha	
		Sao Jose	13 km 152 m		X		35 minutos de lancha	
		São Pedro	SEDE DO POLO BASE					
		Ponta Branca	112 km 587 m		X		3 hora e 10 minutos de lancha	
		Vila Nova	12 km 682 m		X		30 minutos de lancha	
		Vila Nova I I	10 km 543 m		X		27 minutos de lancha	
UARINI	91 km 127 m	Miratú	47 km 685 m		X		2 hora e 15 minutos de lancha	
		Jaquiri	44 km 187 m		X		2 hora e 10 minutos de lancha	
		Tupã Supé	33 km 937 m		X		1 hora e 50 minutos de lancha	
		Porto Praia	SEDE DO POLO BASE			X		

Fonte: SESAI, DSEI MRSA, DIASI - SELOG- 2023.

Quadro 44 - Caracterização do acesso às aldeias por tipo de transporte no DSEI.

Meios de Acesso às aldeias indígenas	Número de aldeias (total = 191)	Percentual de aldeias
Fluvial	186	97%
Terrestre e fluvial	06	3%
Terrestre	03	1,5%
Aéreo e fluvial – conforme a sazonalidade do rio - Aldeias: Cedro Acre, Tiquara e Gaviãozinho.	03	1,5%

Fonte: SESAI, DSEI MRSA, SELOG- 2023.

Quadro 45 - Número de veículos e equipamentos de transporte por tipo.

Tipo	Quantidade	Previsão anual da necessidade
Picape	13	26
Carro de passeio	0	02
Van / Utilitário	02	04
Caminhão	0	01
Ônibus / Micro-ônibus	0	01
Botes de alumínio	77	140
Motores de popa	63	140
Lancha	54	108
Outros (barcos, tipo recreio)	0	50

Fonte: SESAI, DSEI MRSA, SELOG- 2023.

5.5.1 Plano de Transporte

O DSEI MRSA não possui um plano de Transporte, como já destacado anteriormente, contudo, no momento da construção deste PDSI utilizou-se como fonte de informações para as informações contidas neste item, o Relatório de Fiscalização (Modelo Estrutural para o Contrato n.º 42/2020) com período vigente de 01 a 31/03/2023.

A metodologia para o monitoramento dos processos logísticos se dar seguinte forma: para renovação contratual, a gestão, com suporte dos fiscais, inicia os trâmites de renovação 4 (quatro) meses antes da data de término do contrato. Para o caso de ser necessária uma nova licitação, recomenda-se o prazo de 6 meses antes da data de término do contrato. Na eventualidade de não cumprimento integral dos contratos, será instaurado um processo administrativo para avaliar o dano potencial causado. As penalidades a serem aplicadas estão estabelecidas na lei n.º 14.133/2021, nos artigos 155 e 165 e seus incisos. Em situações graves que resultem em impedimento de licitar, será iniciado um processo emergencial para contratação direta, até que o processo licitatório seja concluído e o contrato regular, seja assinado, conforme previsto no artigo 75, inciso inscrito. VIII da NLCC.

5.6 Insumos e Recursos para execução das ações de saúde

Conforme orientação da Nota Informativa PDSI 2024 – 2027 (0036873175) os quadros: apresentação de contratos logísticos vigentes no DSEI; previsão de novos contratos logísticos no DSEI e Previsão de compra de equipamentos logísticos deveriam ser unificados ao Item 5.8 Recursos financeiros, na Planilha de Orçamento, de forma que não se fez mais necessário o preenchimento das tabelas dos itens 5.6. Portanto, essas informações dos 3 quadros descritos acima foram descritos no item 5.8

5.7 Controle Social

O CLSI/MRSA foi instituído em conformidade com as propostas, diretrizes e políticas estabelecidas pela Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, que regulamenta o SasiSUS, conforme disposto na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, na Resolução CNS/MS nº 453, de 10 de maio de 2012, e na Portaria Ministerial GM/MS nº 755, de 18 de abril de 2012. O CLSI/MRSA é um órgão colegiado, consultivo, propositivo e de caráter permanente, responsável pelo exercício do controle social das ações de saúde indígena nas Aldeias do Médio Rio Solimões e Afluentes, vinculando-se jurídica e administrativamente aos polos-base de Barreira da Missão, Biá, Bugaio, Buá-Buá, Caruari, Coari, Cuiú-Cuiú, Eirunepé, Envira, Ipixuna, Kumarú, Marajaí, Morada Nova, Mucura e Uarini.

Por sua vez, o CONDISI/MRSA foi estabelecido em consonância com as diretrizes, propostas e políticas definidas pela Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, que trata do SasiSUS, nos termos da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, da Resolução CNS/MS nº 453, de 10 de maio de 2012, e da Portaria Ministerial nº 3.021, de 04 de novembro de 2020.

Este é um órgão colegiado, deliberativo e de natureza permanente para o exercício do Controle Social das Ações de Saúde Indígena, vinculado jurídica e administrativamente ao DSEI/MRSA.

A participação dos indígenas nos órgãos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas de saúde ocorrem com a seguinte organização: Conselhos Locais, com um total de 192 usuários indígenas e o Conselho Distrital com um total de 40 conselheiros, com paridade de: 20 Usuários, 10 Trabalhadores e 10 Gestores. Em se tratando do CONDISI/MRSA este é composto

por 40 Conselheiros Distritais e 191 Conselheiros Locais. Vejamos para melhor compreensão o quadro descrito abaixo.

Quadro 46 - Total de conselheiros locais, distritais e assessor indígena no DSEI.

Descrição	Total
Conselheiro Local	191
Conselheiro Distrital	40
Assessor Indígena	02

Fonte: SESAI, DSEI MRSA, CONDISI - 2023.

Quadro 47 - Previsão de capacitação anual de conselheiros locais e distritais de saúde indígena do DSEI MRSA.

Capacitação	2024	2025	2026	2027
Para conselheiros Distritais;	2	2	2	2
Para conselheiros Locais;	32	32	32	32

Fonte: SESAI, DSEI MRSA, CONDISI - 2023.

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

Além de desempenhar as atividades específicas definidas regimentalmente, os membros dos conselhos e outros usuários indígenas participam com assento assegurado nos conselhos de saúde municipais e estaduais. Essa participação é de grande importância para garantir a prestação de serviços de saúde de qualidade aos usuários indígenas que são beneficiários do SasiSUS. Abaixo, apresenta-se o plano de previsão de participação anual nas ações mencionadas.

Quadro 48 - Previsão de Reunião de conselhos locais e distritais de saúde indígena no DSEI MRSA

DENOMINAÇÃO DO EVENTO	LOCAL	PERÍODO
Reunião de Conselho Distrital	Tefé/AM	3 por ano (2024, 2025, 2026, 2027)
Capacitação de Conselho Distrital	Tefé/Am	2 por ano (2024, 2025, 2026, 2027)
Reunião de Conselho Local	Aldeia Porto Praia Aldeia Assunção Aldeia Barreira da Missão do Meio Aldeia Samambaia Aldeia Patauá Aldeia São José Aldeia São Joaquim	3 por ano (2024, 2025, 2026, 2027)

DENOMINAÇÃO DO EVENTO	LOCAL	PERÍODO
	Aldeia Badejo Aldeia Castanhal Aldeia Novo progresso Aldeia Polo Base Biá Aldeia Boca do Pau- Pixuna Aldeia Bauana Santa Luzia Aldeia Flexeira Polo Base Eirunepé Medonho Aruaná	
Capacitação de Conselho Local	Aldeia Porto Praia Aldeia Assunção Barreira da Missão do Meio Aldeia Sambaia Aldeia Pataua Aldeia Sao José Aldeia São Joaquim Aldeia Badejo Aldeia Castanhal Aldeia Novo progresso Aldeia Polo Base Biá Aldeia Boca do Pau- Pixuna Aldeia Bauana Santa Luzia Aldeia Flexeira Polo Base Eirunepé Medonho Aruaná	2 por ano (2024, 2025, 2026, 2027)
Reunião Conselho Municipal de Saúde de Tefé, Alvarães, Uarini, Maraã, Japurá, Fonte Boa, Jutai, Carauari, Itamarati, Eirunepé, Ipixuna, Envira, Coari, Juruá.	Tefé, Alvarães, Uarini, Maraã, Japurá, Fonte Boa, Jutai, Carauari, Itamarati, Eirunepé, Ipixuna, Envira, Coari, Juruá/AM.	Conforme definição do calendário do conselho municipal (2024, 2025, 2026, 2027)
Reunião Conselho Estadual de Saúde do Amazonas	Manaus/AM	Conforme definição do calendário do conselho municipal (2024,2025,2026,2027)

Fonte: DSEI MRSA, 2023.

Quadro 49 - Previsão de reunião anual de conselheiros distritais do CONDISI/ DSEI MRSA.

Reuniões: CLSI; CONDISI	Total de Participantes	Local	Período/Quantidade			
			2024	2025	2026	2027
192 reuniões de CLSI durante 4 anos	192 participantes	Sugestão: Barreira da Missão; Biá; Bugaio; Buá-Buá; Carauari; Cuiú-Cuiú; Eirunepé; Envira; Ipixuna; Kumarú Marajaí; Morada Nova Mucura e Uarini.	3 x por ano	3 x por ano	3 x por ano	3 x por ano
27 reuniões de CONDISI durante 4 anos	40 participantes	Tefé/Am	3 x por ano	3 x por ano	3 x por ano	3 x por ano
Total Anual			232	232	232	232

Fonte: SESAI, DSEI MRSA, CONDISI - 2023.

Quadro 50 - Previsão de acompanhamento das atividades realizadas pelo Controle Social do DSEI MRSA.

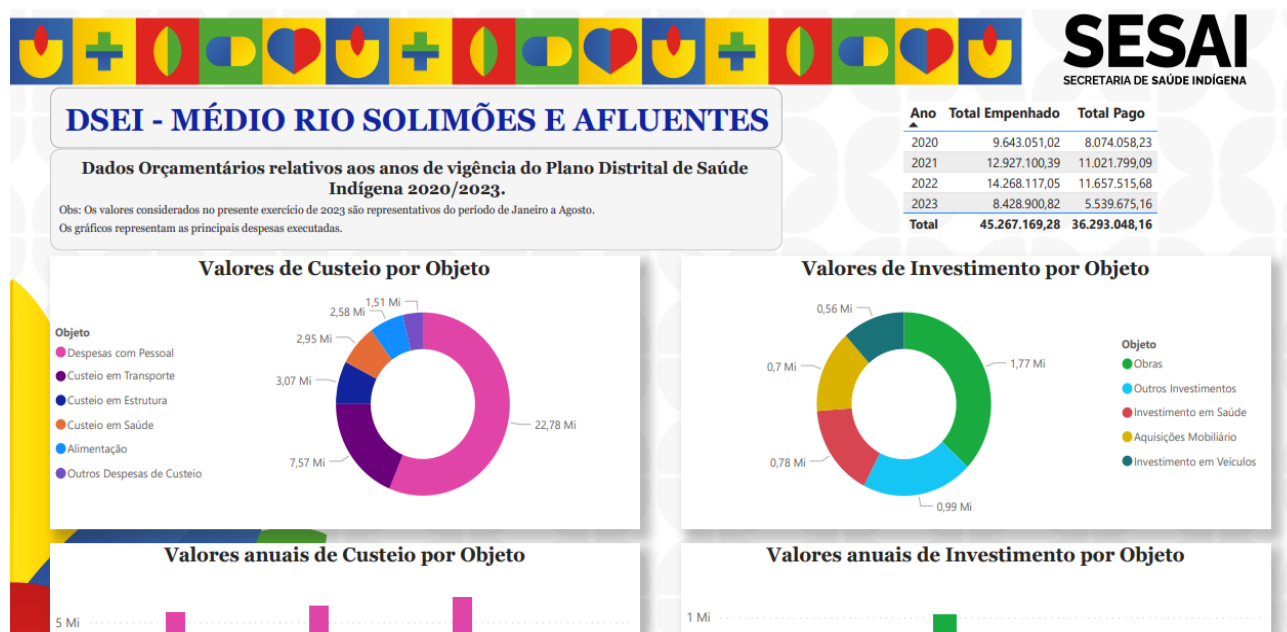
DENOMINAÇÃO DO EVENTO	LOCAL	PERÍODO
Visita de apoio e supervisão nos Polo Barreira da Missão, Biá Bugaio, Buá-Buá, Carauari, Cuiú-Cuiú, Eirunepé, Envira, Ipixuna, Kumarú, Marajá, Morada Nova, Mucura e Uarini	Município de Tefé, Município de Jutai, Município de Japurá, Município de Carauari, Município de Coari, Município de Marãa, Município de Eirunepé, Município de Envira, Município de Ipixuna, Município de Juruá, Município de Alvarães, Município de Itamarati, Município de Fonte Boa, Município de Uarini	Continuamente e/ou conforme necessidade e surgimento de demandas. (2024,2025,2026, 2027)
Participação em Processos Seletivos	Município de Tefé, Município de Jutai, Município de Japurá, Município de Carauari, Município de Coari, Município de Marãa, Município de Eirunepé, Município de Envira, Município de Ipixuna, Município de Juruá, Município de Alvarães, Município de Itamarati, Município de Fonte Boa, Município de Uarini	Continuamente e/ou conforme necessidade e surgimento de demandas. (2024,2025,2026, 2027)
Acompanhamento de pacientes nos ambientes hospitalares e/ou Casas de Saúde Indígena – CASAs	Município de Tefé, Município de Eirunepé,	Continuamente e/ou conforme necessidade e surgimento de demandas
Participação em ações em saúde realizadas pelo DSEI/MRSA	Município de Tefé, Município de Jutai, Município de Japurá, Município de Carauari, Município de Coari, Município de Marãa, Município de Eirunepé, Município de Envira, Município de Ipixuna, Município de Juruá, Município de Alvarães, Município de Itamarati, Município de Fonte Boa, Município de Uarini	Continuamente e/ou conforme necessidade e surgimento de demandas. (2024, 2025, 2026, 2027)
Participação em ações em saúde realizadas por parceiro (Órgãos municipais e estaduais, entre outros parceiros)	Município de Tefé, Município de Jutai, Município de Japurá, Município de Carauari, Município de Coari, Município de Marãa, Município de Eirunepé, Município de Envira, Município de Ipixuna, Município de Juruá, Município de Alvarães, Município de Itamarati, Município de Fonte Boa, Município de Uarini	Conforme definição da instituição idealizadora/organizadora

Fonte: SESAI, DSEI MRSA, CONDISI - 2023.

5.8 Recursos Financeiros

Tendo em vista os dados levantados pelo órgão central, SEPOR/SESAI, observou-se que, no período do PDSI 2020/2023, conforme descrito nos dados na figura abaixo.

Figura 31 - Dados Orçamentários PDSI, 2020-2023



Fonte: SEPOR/SESAI, 2023.

Entende-se que as de custeio estão relacionadas à manutenção de serviços criados anteriormente e que as de investimento envolvem obras, outros investimentos em saúde, aquisições Mobiliário, investimento em Veículos.

Dessa forma, constatou-se a realização de despesas de custeio, que abrangem gastos com pessoal, transporte, estrutura, saúde, alimentação e outros, bem como despesas de investimento, que incluem obras, outros investimentos, investimentos em saúde, aquisições imobiliárias e investimentos em veículos. Durante os quatro anos, as despesas mais significativas foram as de pessoal e transporte, enquanto as despesas com alimentação foram as menos expressivas.

Desse modo, para 2024/2027, entende-se que essas continuarão a ter o maior montante quando comparado às outras despesas. Já as menores despesas executadas são ligadas à aquisição de materiais de consumo e permanente para 2024/2027, elas dependerão das necessidades apontadas pelos setores responsáveis conforme planejamento.

É possível observar, através dos dados informados pela SESA, que os valores empenhados e executados aumentaram entre os anos 2020 e 2022, no entanto, em 2023 houve uma diminuição de R\$ 5.839.216,26 em referência ao ano de 2022, prejudicando o bom desenvolvimento dos serviços ofertados pelo distrito.

6. AVALIAÇÃO DO PDSI 2020-2023

O Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) 2019-2023 foi planejado com o propósito de melhorar a qualidade de vida e promover a equidade na saúde das Aldeias do DSEI MRSA. O plano abrangeu diversas áreas, como atenção à saúde, saneamento básico, vigilância epidemiológica e capacitação de profissionais de saúde. Apesar dos desafios, o PDSI 2019-2023 conseguiu alguns resultados positivos, houve avanços no acesso aos serviços de saúde em diversas aldeias, principalmente em relação às campanhas e implantação de sistema de tratamento de água e outros. Em resumo, o PDSI 2019-2023 enfrentou desafios consideráveis para alcançar seus objetivos, como a falta de infraestrutura e recursos humanos capacitados. No entanto, também teve oportunidades significativas, como o aumento do investimento em saúde indígena e a participação das comunidades no processo de construção do SasiSUS. Apesar dos desafios, alguns resultados positivos foram alcançados, mas é fundamental, continuar trabalhando para garantir a efetiva implementação do plano e promover uma saúde equitativa nas comunidades indígenas.

Em se tratando dos gastos públicos da execução orçamentária *versus* o benefício das ações estruturantes para situação de saúde dos usuários, podemos registrar que 85% foram aplicados conforme estavam previstos. Após análise do PDSI 2019–2023, compreendeu-se que temos alguns motivos do Distrito não ter atingido algumas metas pactuadas, entre eles podemos destacar, a pandemia da COVID-19 e a seca de 2023, bem como a falta de um monitoramento eficiente do plano estão entre os principais fatores.

A pandemia da COVID-19 teve um impacto significativo em diferentes setores da economia, afetando negativamente as atividades cotidianas do Distrito. A imposição de medidas restritivas, como o fechamento de comércios e a restrição de movimentação, levou a uma redução na produção e no consumo, impactando diretamente a economia local. Além disso, a pandemia trouxe uma crise de saúde pública, com altos índices de contaminação e óbitos, exigindo a priorização dos recursos para o setor de atenção primária a saúde indígena, em detrimento de outras áreas. Por outro lado, a seca de 2023 também teve um grande impacto sobre o Distrito.

A escassez de água prejudicou a produção agrícola e pecuária, levando a perdas significativas na renda dos produtores rurais e afetando a cadeia de produção na totalidade. Além das mencionadas, a seca impactou o fornecimento de água potável à população, resultando em uma crise de abastecimento e demandando a implementação de medidas emergenciais pelo governo e pelo distrito. Isso acarretou doenças gastrointestinais e infecções, especialmente entre crianças e idosos. Adicionalmente, a escassez de acesso à água potável torna desafiadoras atividades cotidianas essenciais, como higiene pessoal e preparo de alimentos.

No entanto, é importante ressaltar que esses dois eventos naturais não podem ser encarados como únicas justificativas para o não alcance das metas pactuadas. A falta de um monitoramento eficiente do plano também desempenhou um papel crucial nesse contexto. Um monitoramento adequado consiste na avaliação constante dos indicadores estabelecidos, acompanhando de perto o desenvolvimento das ações e promovendo ajustes necessários ao longo do tempo.

6.1 ESTRATÉGIA 1 – Atenção à Saúde

RESULTADOS	2020		2021		2022		2023*	
	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado
RESULTADO 1: 90% das crianças menores de 05 anos com esquema vacinal completo de acordo com o calendário indígena de vacinação.	86%	83,2%	87,5	83,2	88,5	55,7	90%	71%*
RESULTADO 2: Alcançar 60% das gestantes indígenas com acesso a 6 ou mais consultas de pré-natal.	39%	103,7%	43%	115,6%	47%	48,05%	50%	55,24*
RESULTADO 3: 60% das crianças indígenas menores de 01 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento.	40%	95,9%	44%	59,66%	52%	74,76%	60%	55,24
RESULTADO 4: 95% das crianças menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional realizado.	85%	92,28%	88%	90,20%	90%	90,41%	95%	88,65%*
RESULTADO 5: 94% de investigação de óbito infantil.	91%	100%	92%	100%	93%	100%	94%	100%
RESULTADO 6: 92% de investigação de óbito materno.	89,9%	Não houve casos	90,0%	Não houve casos	91,0%	Não houve casos	92,0%	100%
RESULTADO 7: 60% da população indígena com primeira consulta odontológica programática	51%	44%	53%	48%	55%	48%	60%	43%
RESULTADO 8: 60% de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica	55%	30%	56%	56%	58%	58%	60%	54%
RESULTADO 9: Reduzir em 5,0% o número de óbitos por suicídio.	2%	92%	3%	93%	4%	91%	5%	95%
RESULTADO 10: Reduzir em 8,0% a incidência de tuberculose.	2%	-71%	4%	- 52%	6%	- 47%	8%	-19%
RESULTADO 11: Reduzir em 35,0% o número de casos autóctones de malária nos DSEI endêmicos, passando de 33.993 casos autóctones em 2018 para, no máximo, 22.095 casos	-10%	+7,2%	-20%	+12,7%	-30%	+13,7 %	-35%	-5 %
RESULTADO 12: Alcançar em 50% a participação de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural.	35%	29%	40%	25%	45%	13%	50%	17%
RESULTADO 13: Qualificar 70% dos trabalhadores do DSEI para o aprimoramento do trabalho em saúde.	55%	42%	60%	60%	65%	47%	70%	41%
RESULTADO 14: Alcançar 100% dos estabelecimentos de saúde indígena com sua respectiva força de trabalho cadastrados no CNES e	40%	-	60%	-	80%	-	100%	-

RESULTADOS	2020		2021		2022		2023*	
	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado
no SESAI-RH								
RESULTADO 15: Acompanhar 70% dos pacientes já identificados, portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes tipo I e II	50%	68%	60%	73,1%	65%	69,9%	70%	75,5%

Fonte: Planilha Padronizada em formato Excel(Envio trimestral por processo Sei) 2020,2021,2022 e 2023*(Dados sujeito revisão, extraído em: 20/10/2023).

Resultado 1: 90% das crianças menores de 05 anos com esquema vacinal completo de acordo com o calendário indígena de vacinação.

ANÁLISE CRÍTICA

O DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes tem uma grande dimensão geográfica e extremas complexidades de acesso às aldeias, comprometendo diretamente em alguns indicadores de saúde, principalmente quando associados a insumos e particularidades específicas como no Programa Nacional de Imunização; Durante o quadriênio houvera aspectos que dificultaram uma melhor execução da meta, como: desabastecimento de imunobiológicos no nível Estadual e Municipal, por problemas de fornecimento pelos laboratórios produtores, pandemia de Covid, e recursos humanos insuficientes de acordo com a população e quantitativo de aldeias.

Entretanto, com o objetivo de mitigar os possíveis impactos desse cenário e melhorar os indicadores e a qualidade de vida da população indígena, o DSEI implementou diversas ações e medidas de enfrentamento. Isso incluiu a capacitação de equipes, a realização de processos de aquisição de insumos e equipamentos para a estruturação da rede de frio nos Polos Base, como a compra de câmaras refrigeradoras. Além disso, foi estabelecido um monitoramento e avaliação mensal do programa de imunização, garantindo uma rotina de entrega de imunobiológicos organizada e assegurada com frequência superior a seis vezes ao ano. Foram realizadas também atividades educativas com as comunidades e visitas técnicas aos polos e municípios com maiores dificuldades para alcançar as metas estabelecidas.

Em 2022 tivemos a introdução da vacina COVID-19 no calendário vacinal na população de 06 meses a menor de 5 anos, o que refletiu 100% nas metas pactuadas. Vale ressaltar que no período de Pandemia (2020, 2021 e meados de 2022 – a prioridade em relação ao Imunobiológicos era a da COVID-19).

RESULTADO 2: Alcançar 50% das gestantes indígenas com acesso a 6 ou mais consultas de pré-natal

ANÁLISE CRÍTICA

As alterações nos indicadores ao decorrer dos 4 anos ocorreu devido multifatores, mas o maior determinante aconteceu devido ao acesso dos indígenas a cidade para receber benefícios e auxílios, se ausentando das aldeias no momento dos

atendimentos das EMSI.

O pré-natal iniciado tardiamente, muitas vezes devido à ocultação da gestação, representa um desafio significativo para o alcance das metas estabelecidas. Além disso, a migração para áreas onde há maior acesso a alimentos, práticas de caça, pesca e agricultura, bem como divisões de aldeias por motivos como conflitos familiares, questões culturais ou busca por melhores condições de vida, também contribuem para essa dificuldade.

Essas mudanças temporárias ou permanentes nos territórios, identificadas pelas equipes, às vezes permitem o atendimento em locais onde acampamentos temporários ou permanentes são estabelecidos. No entanto, tais mudanças podem impactar negativamente os indicadores, especialmente durante épocas do ano em que as condições meteorológicas se tornam imprevisíveis e devido à variação geográfica do território.

O objetivo primordial é oferecer e garantir assistência pré-natal de qualidade, com foco na identificação e classificação adequada dos riscos gestacionais, acompanhamento nutricional e encaminhamento oportuno de gestantes de alto risco para os municípios de referência e CASAls. Isso contribuiu para um aumento nas metas, atingindo 55,24% em 2023. O acompanhamento rigoroso das planilhas e o monitoramento constante foram fundamentais para esse progresso, além das capacitações e implementação do plano de trabalho para melhor desempenho e supervisão das equipes em campo, resultando em melhores resultados globais.

RESULTADO 3: 60% das crianças indígenas menores de 01 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento.

ANÁLISE CRÍTICA

Nos anos de 2021 e 2022, devido à pandemia, o alcance das metas pactuadas permaneceram diminuídas quando comparamos demais anos, uma vez que vários profissionais testaram positivo para a COVID 19, impossibilitando a entrada em área, e prejudicando as ações planejadas a serem realizadas no âmbito da prevenção. A assistência nesses anos teve foco na prevenção e tratamento relacionado a doença COVID 19, observa-se que não somente as metas relacionadas ao crescimento e desenvolvimento infantil, mas às demais ações houveram limitações. Quando analisamos os dados quantitativos houveram alcances nos anos de 2020, 2021, 2022 e também 2023, perante os números pactuados apesar das limitações mencionadas.

A avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança é de fundamental importância para garantir o bem-estar e identificar eventuais problemas precocemente. A distribuição das cadernetas de saúde da criança desempenhou um papel fundamental na manutenção dos registros e no monitoramento das consultas realizadas em campo. No entanto, apesar da intensificação dos esforços de busca ativa das crianças na faixa etária recomendada, as EMSI enfrentam dificuldades em alcançar as metas estabelecidas. Isso se deve, em parte, às grandes distâncias geográficas entre as aldeias e os polos, bem como à presença de várias aldeias com populações de origem seminômade, resultando em uma adesão reduzida da população indígena aos exames clínicos, além das variações sazonais no território.

Para superar esses desafios, intervenções e estratégias foram implementadas. Isso incluiu alterações na escala de trabalho, a presença contínua de profissionais de nível superior nas aldeias com maior concentração populacional, visitas domiciliares às puérperas e avaliação dos recém-nascidos nas CASAs oportunamente, o fortalecimento do vínculo entre a EMSI e as aldeias, o monitoramento ativo das crianças na faixa etária especificada e a atualização do SIASI com os nascimentos vivos em tempo hábil para garantir o registro adequado dos atendimentos e o acompanhamento das consultas realizadas.

Todas as ações resultaram em um incremento e identificação precoce de problemas de saúde, promovendo bem-estar da criança, bem como orientações a população, observa-se um aumento em 2023 nas metas executadas. O atendimento à criança na atenção básica nas aldeias ocorreu centrado na família, visando o bem-estar geral da criança e seu desenvolvimento saudável em conjunto também a vacinação, promoção quanto ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, nutrição adequada, educação em saúde nas orientações os pais sobre higiene, promoção do ambiente seguro para prevenir acidentes, atendimento humanizado oferecendo apoio emocional e cuidado compassivo às crianças e suas famílias nos territórios.

RESULTADO 4: 92% das crianças menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional realizado.

ANÁLISE CRÍTICA

A Vigilância Alimentar e Nutricional consiste em uma avaliação contínua do perfil alimentar e nutricional da população e seus fatores determinantes, sendo uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde. Considerando os indicadores acima, segue os resultados alcançados nos respectivos anos, no qual se observa que o alcance deste indicador em todos os anos obteve êxito. A maior dificuldade ainda é a logística de acesso em algumas aldeias em determinada época do ano e pela sazonalidade dos rios. No entanto, os bons avanços no Acompanhamento de Vigilância Alimentar e Nutricional das crianças menores de 5 anos, demonstra o resultado de muitas intensificações e qualificações realizadas pelas EMSIs. Ações de enfrentamento foram desenvolvidas envolvendo os Polos considerados prioritários com maior déficit nutricional, fortalecendo as visitas técnicas e de matriciamento, inserindo ações e estratégias para o alcance das metas, como: intensificação das ações de VAN nas campanhas temáticas e integrando as atividades em conjunto com as outras áreas. Ações emergenciais em aldeias de difícil acesso programadas, trouxeram impactos positivos, principalmente nos polos com alto índice de déficit nutricional. A qualificação das equipes por meio de capacitações e oficinas subsidia a tomada de decisão adequada, como na avaliação de qualidade e manejo adequados das crianças com problemas nutricionais. Um avanço considerado eficaz com a composição do NASI, no qual vem fortalecendo o trabalho de suporte nutricional para atender os polos prioritários esporadicamente, embora ainda haja necessidade de aumentar o quadro do profissional Nutricionista e aprimorar a qualidade da assistência. No ano de 2023, a meta pactuada é de 95%, atualmente até o terceiro trimestre a meta executada é de 88,65%, no qual estão sendo realizadas ações de intensificação nas consultas de vigilância alimentar e nutricional.

RESULTADO 5: 94% de investigação de óbito infantil

ANÁLISE CRÍTICA

O DSEI MRSA registrou no ano de 2020 (27) óbitos infantis, em 2021(41) , em 2022 (31) e até setembro de 2023 (18 casos). O ano de 2021 apresentou um aumento significativo em relação aos demais anos da série histórica. Os óbitos infantis ocorrem geralmente no período perinatal (0 a 6 dias), o que são afetados diretamente pelas complicações na primeira semana de vida do recém-nascido. Levando em conta a logística da região da calha do Juruá, onde a maioria dos óbitos ocorre devido à complexidade do acesso aos municípios, as limitações na realização de remoções de assistência em tempo reduzido e a necessidade de um meio de transporte mais rápido, como o aéreo, juntamente com a falta de profissionais médicos para cobrir toda a extensão da região da calha do Juruá, são fatores que influenciam significativamente na ocorrência desses óbitos.

Vale ressaltar que o pré-natal qualificado é um importante contribuinte para identificação de possíveis riscos, bem como o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento são necessários para redução da mortalidade infantil. No ano de 2023 o DSEI MRSA, recebeu no quadro de funcionários nove médicos, que diante do papel deste é um avanço positivo nas estratégias de assistência oportuna. Durante os anos de 2020 e 2021, ocorreu a capacitação em vigilância de óbitos e nascidos vivos, com o propósito de habilitar os profissionais a conduzir investigações de óbitos qualificadas, com o objetivo de recomendar estratégias para prevenir tais ocorrências. O Grupo Técnico da Vigilância de Óbitos está passando por uma reestruturação conforme a Minuta da SESAI, que prevê a sua implementação em todos os 34 DSEIs.

É importante ressaltar que atualmente encontra-se integrado ao DSEI MRSA o CIEVS. Este atua diretamente nas situações de risco a saúde pública com possíveis surgimentos de surtos e agravos que necessitam de resposta imediata. Assim sendo, diante dos rumores detectados, informações repassadas pelas EMSI e áreas técnicas, o CIEVS DSEI realiza articulação imediata com o CIEVS-AM e CIEVS SESAI para que em conjunto as ações sejam executadas oportunamente.

RESULTADO 6: 92% de investigação de óbito materno.

ANÁLISE CRÍTICA

Não foi registrado óbito materno em 2020 a 2021, porém em 2023 foi registrado um óbito materno que se encontra em investigação para conclusão e síntese. A vigilância do óbito materno vem sendo cada vez mais aprimorada para detecção de possíveis óbitos maternos. Através da capacitação, gestação, parto e puerpério realizada pelo núcleo de saúde da mulher, a atenção é direcionada para o público das mulheres em idade fértil, gestante e puérperas. Identificação de pré-natal de alto risco, acompanhamento através das visitas puerperais e consultas de pré-natal contribuem para a ausência do óbito materno. É importante considerar que em 2023, foi realizada parceria e implantação do TelePNAR. Voltado para o pré-natal de alto risco.

RESULTADO 7: 60% da população indígena com primeira consulta odontológica programática

ANÁLISE CRÍTICA

O DSEI MRSA possui uma área geográfica extensa e complexa que cria grandes desafios multifatoriais na logística necessária para o deslocamento de equipamentos, materiais e Equipes multidisciplinares de Saúde. À intensificação das buscas ativas na visita domiciliar, a realização da ação Saúde N'ativa no Polo com maior população do DSEI, e o comprometimento das Equipes de Saúde Bucal, melhoraram os indicadores do programa. As reuniões de matriciamento, contribuíram na qualificação das informações Inseridas no SIASI.

Existem diversas dificuldades na execução das atividades do programa, entre as quais se destacam a escassez de recursos humanos, a falta de insumos essenciais (estoque de materiais de consumo indispensáveis para realização de procedimentos críticos), a disponibilidade reduzida de instrumental odontológico, a ausência de contratos de manutenção de equipamentos, as dificuldades na garantia da esterilização, limitações nos meios de transporte que não comportam a quantidade necessária de materiais e equipamentos para o atendimento odontológico, e a falta de energia elétrica em mais de 95% das aldeias, entre outras.

RESULTADO 8: 60% de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica.

ANÁLISE CRÍTICA

A execução dessas metas enfrenta várias dificuldades, incluindo a escassez de recursos humanos, especialmente de cirurgiões dentistas, em nosso DSEI MRSA. Além disso, há atrasos nos processos de aquisição de materiais e equipamentos, escassez de insumos essenciais (estoque de materiais de consumo indispensáveis para procedimentos críticos), disponibilidade reduzida de instrumental odontológico, ausência de contratos de manutenção de equipamentos e desafios na garantia da esterilização. Também enfrentamos limitações nos meios de transporte, que não comportam a quantidade necessária de materiais e equipamentos para os atendimentos odontológicos, e a falta de energia elétrica em mais de 95% das aldeias, entre outros obstáculos. Além disso, o nosso DSEI possui uma área geográfica extensa e complexa que cria grandes desafios multifatoriais na logística necessária para o deslocamento de Equipes multidisciplinares de Saúde, materiais e equipamentos.

Embora não se tenha alcançado a meta, algumas mudanças foram realizadas para melhorar esse indicador, tais como: intensificação nas visitas domiciliares para busca ativa dos pacientes que não tenham concluído o tratamento.

RESULTADO 9: Reduzir em 5,0% o número de óbitos por suicídio.

ANÁLISE CRÍTICA

O programa de Saúde Mental do DSEI-MRSA tinha como meta reduzir em 5% os casos de suicídio nos últimos quatro anos, com base na linha de 2018, que registrava uma taxa de suicídio de 42,42 por 100.000 habitantes. No ano de 2020, conseguimos uma redução de 92% nos casos de suicídio. No ano seguinte, em 2021, a redução foi de 93%. Em 2022, alcançamos uma redução de 91%, e no último ano, em 2023, observamos uma redução de 95% nos casos de suicídio.

É relevante salientar que o programa de saúde mental dedicou-se a desenvolver ações para reduzir os óbitos por suicídio nos Polos Base deste DSEI. Durante esses anos, foram realizadas capacitações em atenção psicossocial para prevenção do suicídio, possibilitando a multiplicação e o fortalecimento do trabalho de

prevenção e promoção da saúde no território indígena. Especialmente nos polos onde problemas relacionados ao álcool e à violência eram mais prevalentes, pois esses são fatores preponderantes para o suicídio.

Além disso, ao longo desses anos, houve a implementação do programa de saúde mental e bem-estar nos Polos Base, ações de suma importância para sensibilizar as EMSIs para a vigilância no território indígena. Foram realizadas não apenas ações diretas, como atendimentos individuais e familiares, mas também ações coletivas em saúde mental, visando a promoção da saúde.

É importante ressaltar que algumas ações planejadas para os quatro anos enfrentaram dificuldades para serem realizadas, devido à pandemia, à inacessibilidade de certos polos e à escassez de profissionais de Psicologia para trabalhar em saúde mental no vasto território do DSEI-MRSA, fragilizando a continuidade do cuidado e da atenção à saúde mental das pessoas que enfrentam algum sofrimento psíquico.

O suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial, e os povos indígenas apresentam taxas mais elevadas de suicídio. A maioria dos casos de suicídio na população indígena está associada ao abuso de álcool. Diante disso, é imprescindível intensificar as ações no território, a fim de alcançar resultados positivos para a população indígena.

RESULTADO 10: Reduzir em 8,0% a incidência de tuberculose, tendo como linha de base os casos notificados em 2018.

ANÁLISE CRÍTICA

Em 2020, devido à pandemia da COVID-19 não foi possível realizar as buscas ativas dos sintomáticos respiratórios, foram notificados apenas 06 casos novos. No ano de 2021 temos notificados 12 casos de tuberculose, sendo 10 casos novos e 02 casos de recidiva. Com realização das buscas ativas dos sintomáticos respiratórios na maioria dos Polos Base foi possível a identificação de casos novos, foram realizados 1.475 Busca Ativa de Sintomático Respiratório e 554 examinados. Já em 2022 - Foram realizadas 2.383 Busca Ativa de Sintomático Respiratório e 1.116 exames de baciloscopia, com isso foi possível a identificação de 22 casos novos de tuberculose com redução de 4,7%.

Em 2023, foram detectados 17 casos novos de tuberculose com redução de 19% de acordo com a linha de base 2018.

Durante os anos examinados, apenas em 2022 não foi viável atingir a meta devido à subnotificação de casos. Nos anos precedentes, de 2020 até meados de 2022, as buscas ativas e a realização de exames de baciloscopia foram retomadas.

RESULTADO 11: Reduzir em 35,0% o número de casos autóctones de malária nos DSEI endêmicos, passando de 33.993 casos autóctones em 2018 para, no máximo, 22.095 casos.

ANÁLISE CRÍTICA:

Em relação à meta estabelecida, observa-se um aumento no número de casos de malária no DSEI MRSA durante o período de 2020 a 2022. Em 2020, foram registrados 2.862 casos, enquanto em 2021 esse número subiu para 3.011 casos e, no ano seguinte, em 2022, foram registrados 3.048 casos de malária. Ao longo dos anos, essa tendência de aumento se tornou evidente, refletindo na não consecução da meta pactuada para esses anos. Até a data atual, 12/12/2023, foram notificados 2.546 casos, indicando uma redução de 5%.

Nos anos anteriores, os Polos Base com o maior número de notificações foram variados. Em 2020, destacaram-se os Polos Base Biá, Cuiú-Cuiú, Ipixuna, Morada Nova e Buá-Buá. No ano seguinte, em 2021, os Polos Base com mais casos foram Buá-Buá, Biá, Carauari, Ipixuna, Eirunepé, Morada Nova e Barreira da Missão. Em 2022, os Polos Bases com maior incidência foram Bugaio, Eirunepé e Morada Nova.

Em 2023, até o momento atual, vários Polos Base apresentaram casos notificados, incluindo Coari, Mucura, Uarini, Cuiú-Cuiú, Buá-Buá, Bugaio, Barreira da Missão, Marajai, Eirunepé, Morada Nova, Kumaru, Biá, Carauari, Envira e Ipixuna. Destacam-se os Polos Base Morada Nova, com 599 casos, Ipixuna, com 393 casos, Eirunepé, com 257 casos, e Carauari, com 245 casos.

Diversos fatores contribuíram para a não consecução das metas, incluindo o número reduzido de profissionais microscopistas nos Polos Base e na equipe multidisciplinar em polos endêmicos. Além disso, houve a necessidade de manter agentes indígenas de saúde nas aldeias com maior incidência para supervisionar o tratamento medicamentoso, considerando a vulnerabilidade da população indígena e

sua falta de familiaridade com o uso correto da medicação. O combate à malária exigiu a intensificação das ações em parceria com os municípios, incluindo as equipes de combate a endemias e as gerências de endemias de cada município de referência. Em 2023, houve avanços no programa de malária, com a aquisição de microscópios e a atuação de profissionais na área indígena, por meio de uma parceria entre o DSEI e a SEMSA.

RESULTADO 12: Alcançar em 50% a participação de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural

ANÁLISE CRÍTICA

A execução da meta para a qualificação do contexto intercultural enfrenta grandes desafios devido à escassez de profissionais (antropólogos, sociólogos, etc.), à aprovação do plano de trabalho, à liberação de recursos, à pandemia de Covid-19 e à estiagem dos rios que afeta nossas regiões em determinadas épocas do ano, entre outros obstáculos. No entanto, com a disponibilidade de cursos a distância oferecidos pelas plataformas do SUS, conseguimos impulsionar nossas metas todos os anos. Além disso, contamos com o apoio do NASI, que realiza oficinas e rodas de conversa nas aldeias com as EMSIs e os aldeados.

Apesar das dificuldades enfrentadas, conseguimos realizar quase todos os anos projetos voltados para o aprimoramento dos profissionais. Em 2021, alcançamos 100% na execução dos projetos, o mesmo ocorrendo em 2022. Apenas em 2020 não foi possível realizar nenhum projeto devido à pandemia de Covid-19. Dos dois projetos programados para o ano atual, um já foi concluído e o outro está em andamento para ser realizado ainda este ano.

Em nossos projetos, as oficinas conduzidas pelo NASI focam na valorização das parteiras durante os processos de pré-natal, parto, pós-parto e nas práticas medicinais. O resgate e a valorização das parteiras são construídos em parceria com as EMSIs, especialmente nas áreas mais remotas, onde as parteiras desempenham um papel fundamental no cuidado das parturientes durante o parto nas aldeias. Nosso objetivo principal é promover a troca de saberes com as parteiras.

Um dos destaques desse projeto é a valorização das parteiras e o cuidado com aspectos como pré-natal, parto, nascimento, morbidade e mortalidade infantil, pré-natal intercultural e sinais de perigo. Além disso, abordamos a culinária tradicional e a vigilância ambiental, integrando diferentes aspectos do cuidado à saúde e da preservação da cultura indígena.

RESULTADO 13: Qualificar 70% dos trabalhadores do DSEI para o aprimoramento do trabalho em saúde

ANÁLISE CRÍTICA

Enfrentamos diversas dificuldades para qualificar os trabalhadores e alcançar as metas estabelecidas, desde a aprovação do plano de trabalho até a liberação dos recursos, passando pela pandemia de COVID-19 e pela estiagem dos rios que afeta nossa região em determinadas épocas do ano, entre outros desafios. No entanto, graças às oportunidades de cursos oferecidos pelas plataformas do SUS, conseguimos impulsionar nossas metas todos os anos.

Apesar das dificuldades enfrentadas, conseguimos realizar quase todos os anos nossos projetos voltados para o aprimoramento dos profissionais. Em 2021, alcançamos uma execução dos projetos de mais de 86%, enquanto em 2022 esse índice foi de mais de 91%. Apenas no ano de 2020, em razão da pandemia de COVID-19, não conseguimos realizar nenhum projeto. Alguns projetos programados para o ano vigente sofreram atrasos devido à demora na liberação do plano de trabalho e dos recursos, bem como à estiagem dos rios, que dificultou a logística de nosso deslocamento. No entanto, esses projetos estão em andamento e serão realizados ainda este ano.

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

ANÁLISE CRÍTICA

O DSEI MRSA, não tem os seus estabelecimentos de saúde com seus respectivos profissionais no Sistema de Gerenciamento de Recursos Humanos, deste modo, não conseguimos registrar na estratégia 1: resultado 14, as metas alcançadas nos anos de 2020 a 2023.

RESULTADO 15: Acompanhar 70% dos pacientes já identificados, portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes tipo I e II.

ANÁLISE CRÍTICA

As doenças crônicas não transmissíveis têm uma representação relevante no perfil epidemiológico do DSEI MRSA, o programa visa realizar busca ativa, intervenções preventivas e arquitetar estratégias para criação de hábitos saudáveis, no intuito de reduzir a incidência desse agravo. As doenças crônicas e agravos não transmissíveis (DCNT) são extremamente sérias e exigem ações efetivas de prevenção. As ações que contribuíram para alcance desta meta, foram: atendimento domiciliar dos portadores de DCNT, busca ativa, detecção precoce e acompanhamento contínuo, sendo possível o alcance das metas pactuadas nos anos de 2020,2021,2022. Até a presente data 12/12/2023 foi alcançada a meta pactuada.

6.2 ESTRATÉGIA 2 – Qualificação de serviços de saneamento ambiental nas áreas indígenas

RESULTADOS	2020		2021		2022		2023*	
	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado
RESULTADO 01: ampliar em 7% a cobertura de água potável nas aldeias indígenas até 2023.	28%	35,14%	30%	37,68%	32%	44,87%	34%	47,60%
RESULTADO 02: realizar, até 2023, o tratamento da água em 100% das aldeias com infraestrutura de abastecimento de água existe.	65%	58%	75%	59%	85%	60%	100%	67,41%
RESULTADO 03: ampliar, até 2023, em 15% a cobertura de aldeias com monitoramento da qualidade da água	19%	13,08%	20%	14%	22%	14,5%	23%	15,18%
RESULTADO 04: ampliar, até 2023, em 15% a cobertura de aldeias com gerenciamento de resíduos sólidos domésticos implementado	5%	10%	8%	13,5%	11%	15,6%	15%	18,84%
RESULTADO 05: ampliar, em 15% a cobertura de aldeias com destino de resíduos sólidos domésticos	4%	15,5%	5%	25,6%	7%	37,8%	9%	44,94%
RESULTADO 06: ampliar, até 2023, em 7,00% as melhorias das infraestruturas de saneamento de água existentes nas aldeias indígenas	4%	15,5%	5%	25,6%	7%	37,8%	9%	44,94%

Fonte: SICONV, 2023.

RESULTADO 01: AMPLIAR EM 7% A COBERTURA DE ÁGUA POTÁVEL NAS ALDEIAS INDÍGENAS ATÉ 2023.

ANÁLISE CRÍTICA (191 ALDEIAS EM 2023, SAA 27%)

65 poços + 22 salta-z + 02 água camelo

A superação da meta inicial de ampliação da cobertura de água potável em aldeias indígenas para 47,60% em 2023, frente à expectativa de 34%, reflete um avanço, após a adoção de sistemas alternativos de abastecimento, implementados por meio de execução direta e parcerias com as comunidades e prefeituras. A dificuldade na mobilização de materiais devido ao difícil acesso às aldeias foi reconhecida como desafios para execução da meta. A participação ativa das comunidades reforça o comprometimento com soluções culturalmente apropriadas. Embora os resultados sejam positivos, é crucial manter um enfoque contínuo na manutenção dos sistemas implementados, para assegurar impactos sustentáveis a longo prazo e continuar melhorando as condições de vida nas aldeias indígenas.

RESULTADO 02: REALIZAR, ATÉ 2023, O TRATAMENTO DA ÁGUA EM 100% DAS ALDEIAS COM INFRAESTRUTURA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA EXISTE.

ANÁLISE CRÍTICA (89 SAA EM 2023) 29 sem tratamento 2023.

Embora a maioria dos sistemas implantados pelo DSEI integre procedimentos abrangentes de tratamento, a persistência de problemas de manutenção, especialmente relacionados aos cloradores, constitui um obstáculo significativo para se atingir a meta. É preciso investir em treinamento, garantir uma gestão eficiente dos sistemas e ampliar a cobertura de análises para monitorar continuamente a qualidade da água.

RESULTADO 03: AMPLIAR, ATÉ 2023, EM 15% A COBERTURA DE ALDEIAS COM MONITORAMENTO DA QUALIDADE DA ÁGUA.

ANÁLISE CRÍTICA (191 aldeia em 2023)

A meta inicial de 23% foi parcialmente atingida, registrando apenas 15,18%, devido a obstáculos como a necessidade de aumentar a equipe e descentralizar os laboratórios de MQAI pelos Polos Bases.

RESULTADO 04: AMPLIAR, ATÉ 2023, EM 15% A COBERTURA DE ALDEIAS COM GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS DOMÉSTICOS IMPLEMENTADO

ANÁLISE CRÍTICA (191 ALDEIAS EM 2023)

O resultando em 18,84% de alcance em 36 aldeias, é um avanço positivo. As inspeções sanitárias mensais e ações educativas contribuíram para o alcance da meta. O crescimento da equipe do SESANI e a contratação de profissionais, junto às aquisições de insumos e equipamentos, contribuíram para o êxito. No entanto, existe a necessidade de reforçar capacitações e oficinas.

RESULTADO 05: AMPLIAR, EM 15% A COBERTURA DE ALDEIAS COM DESTINO DE RESÍDUOS SÓLIDOS DOMÉSTICOS

A expansão em 15% da cobertura de aldeias com destino de resíduos sólidos domésticos apresenta um desafio considerável, especialmente nas comunidades com acesso fluvial, onde a coleta de lixo é mais complexa devido às longas distâncias das cidades sede. A meta máxima de 2% em aldeias só foi possível graças às aldeias com acesso terrestre. É preciso criar estratégias específicas para as aldeias de difícil acesso, como por exemplo a conscientização sobre a segregação de resíduos e apoio formal das prefeituras para coleta.

RESULTADO 06: AMPLIAR, ATÉ 2023, EM 7,00% AS MELHORIAS DAS INFRAESTRUTURAS DE SANEAMENTO DE ÁGUA EXISTENTES NAS ALDEIAS INDÍGENAS

ANÁLISE CRÍTICA

Embora tenha sido alcançado um progresso considerável, atingindo 44,94% das metas, a mobilização da equipe e materiais foram desafios enfrentados durante a implementação. A execução direta das manutenções, através da aquisição de materiais de construção e saneamento, destaca-se como um ponto positivo, proporcionando eficiência e controle sobre as melhorias das infraestruturas.

6.3 ESTRATÉGIA 3 – Provimento de infraestrutura, equipamentos e insumos adequados à execução das ações de saúde indígena.

RESULTADO 01: UBSis CONSTRUIDAS OU REFORMADAS, COM PLENA CONDIÇÃO DE OFERTA DE SERVIÇOS PARA POPULAÇÃO INDÍGENA	2020	2021	2022	2023
Meta Pactuada	03	03	03	03
Meta Executada	02	02	04	09

Fonte: SICONV, 2023 (* dados 10/ 2023).

6.4 ESTRATÉGIA 4 – Ampliação da efetividade do Controle do Controle social em acompanhar e fiscalizar a PNASPI.

RESULTADOS	2020		2021		2022		2023*	
	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado	Pactuado	Executado
RESULTADO 01: Padronização de Critérios para instalação das instâncias colegiadas de controle social e parâmetros de participação e representatividade para o rendimento de conselhos de saúde indígena	25%	5%	50%	10%	75%	58%	100%	75%
RESULTADO 02: projetos de Atividades de Participação e Controle Social da Saúde Indígena Implementados	100%	10%	100%	20%	100%	60%	105	80%
RESULTADO 03: 100% dos Conselheiros de Saúde Indígena Qualificados	25%	5%	50%	10%	75%	50%	100%	25%

Fonte: Relatórios internos do CONDISI -2023.

ANÁLISE CRÍTICA

A implementação de unidades construídas ou reformadas para atender às necessidades da população indígena enfrenta desafios, especialmente na contratação de empresas para a construção dessas unidades. No que diz respeito às reformas, a capacidade de realizar execução direta e parcerias foi uma alternativa relevante. A execução direta proporciona maior controle sobre o processo e potencial economia de custos, enquanto as parcerias adicionam recursos para implantação de projetos.

RESULTADO 01: Padronização de Critérios para instalação das instâncias colegiadas de controle social e parâmetros de participação e representatividade para o rendimento de conselhos de saúde indígena.

ANÁLISE CRÍTICA

Nota-se que infelizmente o CONDISI não conseguiu alcançar as metas previstas para cada ano. Considera-se que alguns fatores contribuíram para isso, entre alguns destaca-se: a pandemia do COVID 19; o Presidente Do Brasil entre os anos de 2020 e 2021 extinguiu alguns órgãos de controle social, entre eles o CONDISI, que passou a funcionar via decisão judicial. No ano de 2023, houve mudança de presidente do CONDISI do DSEI MRSA, o que tem melhorado o processo de reestruturação dos conselhos locais, e a grande estiagem que acometeu todo o estado do Amazonas, dificultando a logística para realizar e acompanhar as reuniões das instâncias de participação do controle social.

RESULTADO 02: projetos de Atividades de Participação e Controle Social da Saúde Indígena Implementados.

ANÁLISE CRÍTICA

O CONDISI não conseguiu alcançar as metas previstas para cada ano. Contudo. Com a nova mudança de presidência, que aconteceu no mes de processo de reestruturação dos conselhos locais, e a grande estiagem que acometeu todo o estado do Amazonas, dificultando a logística para realizar e acompanhar as reuniões das instâncias de participação do controle social.

RESULTADO 03: 100% dos Conselheiros de Saúde Indígena Qualificados

O CONDISI não conseguiu alcançar as metas previstas para cada ano, devido a pandemia do COVID 19 que restringiu as pessoas a aglomerarem e também limitava a locomoção das pessoas. Bem como, também não se encontrou relatórios que possibilitam maior compreensão que nos ajudasse a compreender porque a antiga gestão não conseguiu alcançar as metas. Todavia, em se tratando do ano de 2023 podemos registrar que os não se alcançou as metas devido o CONDISI estar em processo de reestruturação. Mas, as capacitações já foram reordenadas para o ano de 2024.

7. RESULTADOS ESPERADOS

As metas pactuadas no Plano Distrital da Saúde Indígena 2024-2027, foram estabelecidas conforme exposto no Manual de resultados esperados.

Quadro 51 - Estratégia 1. Atenção à Saúde: Promover e Qualificar as ações e equipes de atenção e vigilância em saúde indígena.

Nº	Resultado	Meta Pactuada (ano)							
		2024		2025		2026		2027	
		Nac	DSEI	Nac	DSEI	Nac	DSEI	Nac	DSEI
E1.R1	Reduzir em 30,0%, até 2027, a Taxa de mortalidade infantil indígena por causas evitáveis (PPA)	17,58%	17,58%	16,15%	16,15%	14,25%	14,25%	30%	13,3%
E1.R2	Alcançar, até 2027, 90% de recém-nascidos indígenas com pelo menos uma consulta até o 28º dia de vida.	75%	75%	80%	80%	85%	85%	90%	90%
E1.R3	Alcançar, em 2027, 60% das crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento (PPA).	45%	45%	50%	50%	55%	55%	60%	60%
E1.R4	Alcançar, em 2027, 80% das crianças indígenas menores de 1 ano com no mínimo 6 acompanhamentos alimentar e nutricional (PPA)	81,4%	81,4%	70%	83,3%	75%	87,18%	80%	91,54%
E1.R5	Alcançar, até 2027, 88% de crianças indígenas menores de 6 meses de idade em Aleitamento Materno Exclusivo (AME)	82%	82%	84%	84%	86%	86%	88%	88%
E1.R6	Alcançar, até 2027, 35% de mulheres indígenas, com idade entre 25 e 64 anos, com acesso à 1 (uma) coleta de exame citopatológico	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%	50%	55%	55%	60%	60%	65%	65%
E1.R8	Reduzir, até 2027, o percentual de gestantes indígenas com gestações finalizadas entre 22 e 36 semanas de gestação para 12%	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 (PPA)	8%	10%	12%	15%	20%	20%	35%	35%
E1.R10	Alcançar, em 2027, 60% da população indígena com primeira consulta odontológica programática	45%	51%	50%	53%	55%	60%	60%	63%

Nº	Resultado	Meta Pactuada (ano)							
		2024		2025		2026		2027	
		Nac	DSEI	Nac	DSEI	Nac	DSEI	Nac	DSEI
E1.R11	Alcançar, em 2027, 60% de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica	52%	52%	55%	55%	58%	58%	60%	60%
E1.R12	Alcançar, em 2027, 40% da população indígena portadora de Doenças Crônicas não Transmissíveis, com no mínimo 2 consultas ao ano.	10%	10%	20%	20%	30%	30%	40%	40%
E1.R13	Reduzir, até 2027, 5% o número de óbitos por suicídio	2%	2%	3%	3%	4%	4%	5%	5%
E1.R14	Alcançar, até 2027, 100% dos DSEI com no mínimo uma Rede Intersectorial de Atenção Psicossocial implementada.	50%	50%	70%	70%	90%	90%	100%	100%
E1.R15	Alcançar, em 2027, 84,0% das crianças menores de 1 ano com esquema vacinal completo (PPA)	78%	78%	80%	80%	82%	82%	84%	84%
E1.R16	Alcançar, em 2027, 90,0% de óbitos infantis indígenas investigados (PPA)	82%	90%	85%	92%	87%	93%	90%	95%
E1.R17	Alcançar, em 2027, 95,0% de óbitos maternos indígenas investigados	90%	90%	92%	92%	94%	93%	95%	95%
E1.R18	Reduzir em 8,0%, até 2027, a incidência de tuberculose nos 34 DSEI	-2,0%	2%	-4,0%	4%	-6,0%	6%	-8,0%	8%
E1.R19	Reduzir em 40,0%, até 2027, o número de casos autóctones de malária nos DSEI endêmicos	10%	10%	20%	20%	30%	30%	40%	40%
E1.R20	Alcançar, em 2027, 70,0% de casos novos de hanseníase com incapacidade física grau zero no diagnóstico	50%	50%	55%	55%	60%	60%	70%	70%
E1.R21	Alcançar, em 2027, 50% a participação de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural (PPA)	25%	30%	35%	38%	45%	45%	55%	55%
E1.R22	Alcançar, em 2027, 60% dos trabalhadores da atenção qualificados para o aprimoramento do trabalho em saúde	55%	55%	60%	60%	65%	65%	70%	70%

Fonte: DSEI ALTAMIRA, 2023.

Quadro 52 - Estratégia 2. Infraestrutura e Saneamento: Melhorias das infraestruturas de saúde e dos serviços de saneamento nas áreas indígenas.

Nº	Resultado	Meta Pactuada (ano)							
		2024		2025		2026		2027	
		Nac.	DSEI	Nac.	DSEI	Nac	DSEI	Nac.	DSEI
E2. R1	Aumentar, até 2027, 217 aldeias com novas infraestruturas de abastecimento de água. (PPA)	51	11	89	21	153	32	217	40
E2. R2	Aumentar, até 2027, 69 aldeias com reforma de infraestrutura de abastecimento de água existente. (PPA)	17	5	29	12	49	23	69	27
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. (PPA)	25%	2%	28%	4%	32%	6%	35%	8%
E2. R4	Ampliar, até 2027, para 95% das amostras de água coletadas em infraestruturas de abastecimento no ponto de consumo com ausência de Escherichia Coli (E. Coli)	92%	5%	93%	10%	94%	15%	95%	17%
E2. R5	Aumentar, até 2027, 80 novos estabelecimentos de saúde nas aldeias (PPA)	15	3	26	6	52	9	80	12
E2. R6	Aumentar, até 2027, 50 reformas e/ou ampliação dos estabelecimentos existentes nas aldeias (PPA).	9	2	22	4	38	8	50	10
E2. R7	Alcançar, até 2027, em 15% a cobertura de aldeias com ações voltadas à temática de resíduos sólidos domésticos.	10%	1%	12%	3%	13%	3%	15%	5%
E2. R8	Reduzir, até 2027, em 5% o percentual de aldeias que praticam a queima como destinação final de resíduos sólidos domésticos.	-1%	0,2%	-2%	0,3%	-4%	0,3%	-5%	0,4%
E2. R9	Aumentar, até 2027, em 8% o percentual de aldeias com realização de ações voltadas ao esgotamento sanitário.	2%	0,2\$	4%	0,4%	6%	0,5%	8%	0,7%

Fonte: DSEI ALTAMIRA, 2023.

Quadro 53 - Estratégia 3: Planejamento e gestão de bens e serviços: Adequados à execução das ações de saúde indígena pelos DSEI.

Nº	Resultado	Meta Pactuada (ano)							
		2024		2025		2026		2027	
		Nac	DSEI	Nac	DSEI	Nac	DSEI	Nac	DSEI
E3. R1	Reduzir, até 2027, 80% das despesas oriundas de contratos emergenciais	10%	10%	30%	30%	60%	60%	80%	80%

Nº	Resultado	Meta Pactuada (ano)							
		2024		2025		2026		2027	
		Nac	DSEI	Nac	DSEI	Nac	DSEI	Nac	DSEI
E3. R2	Estruturar, até 2027, 80% do serviço de transporte nos DSEI.	20%	20%	40%	40%	60%	60%	80%	80%
E3. R3	Estruturar, até 2027, 80% da gestão da Assistência Farmacêutica nos DSEI.	20%	20%	40%	40%	60%	60%	80%	80%

Fonte: DSEI ALTAMIRA, 2023.

Quadro 54 - Estratégia 4: Monitoramento Orçamentário: Monitoramento da Execução orçamentária e financeira dos recursos empenhados nos contratos continuados e nas Atas de Registro de Preços e demais instrumentos celebrados no âmbito dos DSEI.

Nº	Resultado	Meta Pactuada (ano)							
		2024		2025		2026		2027	
		Nac	DSEI	Nac	DSEI	Nac	DSEI	Nac	DSEI
E4.R1	Ampliar, até 2027, a execução orçamentária em 98% nos DSEI.	91%	93%	93%	94%	95%	96%	98%	98%

Fonte: DSEI ALTAMIRA, 2023.

Quadro 55 - Estratégia 5: Articulação Interfederativa: Ampliação das articulações interfederativas e intersetoriais com vistas à integralidade das ações de atenção à saúde indígena.

Nº	Resultado	Meta Pactuada (ano)							
		2024		2025		2026		2027	
		Nac	DSEI	Nac	DSEI	Nac	DSEI	Nac	DSEI
E7. R1	Atingir, até 2027, 60% de 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: DSEI ALTAMIRA, 2023.

Quadro 56 - Estratégia 6: Controle Social: Fortalecimento das instâncias de controle social do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

Nº	Resultado	Meta Pactuada (ano)							
		2024		2025		2026		2027	
		Nac	DSEI	Nac	DSEI	Nac	DSEI	Nac	DSEI
E6.R1	Ampliar, até 2027, em 46% os conselheiros locais capacitados por DSEI	35%	35%	38%	38%	43%	43%	46%	46%
E6.R2	Ampliar, até 2027, em 58% os conselheiros distritais capacitados	48%	48%	50%	50%	55%	55%	58%	58%
E6.R3	Ampliar, até 2027, em 70% as reuniões de CLSI realizadas	60%	60%	65%	65%	67%	67%	70%	70%
E6.R4	Ampliar, até 2027, em 80% as reuniões de CONDISI realizadas	70%	70%	73%	73%	76%	76%	80%	80%

Fonte: DSEI ALTAMIRA, 2023.