



# PLANO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA

2024 - 2027

**Distrito Sanitário Especial Indígena  
Minas Gerais e Espírito Santo**

**GOVERNADOR VALADARES – MG, 2024**



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE





**Ministério da Saúde**  
**Secretaria de Saúde Indígena**  
**Plano Distrital de Saúde Indígena – DSEI MGES**

**Nísia Trindade**  
Ministra da Saúde

**Ricardo Weibe Tapeba**  
Secretário de Saúde Indígena

**Célio Cézar Ferreira**  
Coordenador Distrital de Saúde Indígena DSEI MGES

**Izac Barbosa Axer**  
Chefe da Divisão de Atenção à Saúde Indígena

**Marinalva Correa Fernandes**  
Chefe da Casa de Apoio à Saúde Indígena de Governador Valadares

**Durval Ferreira**  
Chefe da Casa de Apoio à Saúde Indígena de Montes Claros

**Jorge Wsten Pereira**  
Chefe do Serviço de Contratação de Recursos Logísticos

**Daniel Bispo da Silva**  
Chefe de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena

**Maicon Araújo Martins**  
Chefe de Serviço de Orçamento e Finanças

**Fátima das Dores Silva**  
Chefe Seção de Apoio Administrativo e Patrimonial

**Giselma Ferreira de Brito**  
Presidente do CONDISI do DSEI MGES



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE





**Aprovado:** Plano Distrital de Saúde Indígena DSEI Minas Gerais e Espírito Santo

**Resolução:** 001/CONDISI-MGES, de 08 de fevereiro de 2024.

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

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

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



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 -	Mapa de extensão territorial de abrangência do DSEI MGES, 2023 .....	37
Figura 2 -	Perfil sócio demográfico, étnico-cultural e linguística dos povos indígenas por Polo Base.....	40
Figura 3 -	Perfil de DRSAI e MDDA do DSEI MGES, por aldeia, 2020 a 2022.....	58
Figura 4 -	Gráficos com dados orçamentários do DSEI MGES, 2020-2023 .....	112

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização geral do DSEI MGES .....	3
Quadro 2 - Características específicas da região do DSEI MGES .....	38
Quadro 3 - Característica dos domicílios no DSEI MGES por Polo Base .....	43
Quadro 4 - Descrição dos estabelecimentos de saúde indígena com previsão de implantação / reforma / ampliação / reforma e ampliação .....	60
Quadro 5 - Estabelecimentos de saúde para apoio diagnóstico da Atenção Primária .....	62
Quadro 6 - Estabelecimentos de saúde para média e alta complexidade.....	63
Quadro 7 - Capacidade de EMSI instalada atualmente .....	69
Quadro 8 - Previsão das principais temáticas/prioridades para formação profissional em contexto intercultural .....	90
Quadro 9 - Previsão das principais temáticas/prioridades para formação profissional para o aprimoramento do trabalho em saúde.....	90
Quadro 10 - Caracterização do meio de transporte entre as unidades de abrangência do DSEI MGES .....	99
Quadro 11 - Caracterização do meio de transporte da CASAI para os estabelecimentos de saúde.....	105
Quadro 12 - Previsão de participação em eventos do CONDISI, CLSI e conselhos de saúde municipais e estaduais .....	109
Quadro 13 - Acompanhamento, fiscalização e monitoramento pelo CONDISI dos serviços de saúde desenvolvidos pelo DSEI MGES .....	111
QUADRO 13 - RESULTADO 2. ALCANÇAR, EM 2023, 70,00% DAS GESTANTES INDÍGENAS COM ACESSO A, NO MÍNIMO, 6 CONSULTAS DE PRÉ-NATAL (PNS) .....	114
QUADRO 14 - RESULTADO 3. ALCANÇAR, EM 2023, 60,00% DAS CRIANÇAS INDÍGENAS MENORES DE 1 ANO COM ACESSO ÀS CONSULTAS PRECONIZADAS DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO (PPA E PNS) ....	115
QUADRO 15 - RESULTADO 4. ALCANÇAR, EM 2023, 94,20% DAS CRIANÇAS INDÍGENAS MENORES DE 5 ANOS COM ACOMPANHAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL (PNS) .....	116
QUADRO 16 - RESULTADO 5. ALCANÇAR, EM 2023, 95,0% DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO INFANTIL (PNS).....	117
QUADRO 17 - RESULTADO 6. ALCANÇAR, EM 2023, 100,00% DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO MATERNO (PNS).....	118
QUADRO 18 - RESULTADO 7. ALCANÇAR, EM 2023, 60,00% DA POPULAÇÃO INDÍGENA COM PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA (PNS).....	119
QUADRO 19 - RESULTADO 8. ALCANÇAR, EM 2023, 60% DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO BÁSICO CONCLUÍDO NA POPULAÇÃO INDÍGENA COM PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA (PNS).....	119
QUADRO 20 - RESULTADO 9. REDUZIR EM 5% O NÚMERO DE ÓBITOS POR SUICÍDIO .....	120

QUADRO 21 - RESULTADO 10. REDUZIR EM 8% A INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE .....	121
QUADRO 22 - RESULTADO 12. ALCANÇAR EM 50% A PARTICIPAÇÃO DE TRABALHADORES DO DSEI EM AÇÕES EDUCATIVAS DE QUALIFICAÇÃO PARA ATUAÇÃO EM CONTEXTO INTERCULTURAL.....	122
QUADRO 23 - RESULTADO 13. QUALIFICAR 70% DOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO PARA O APRIMORAMENTO DO TRABALHO EM SAÚDE .....	123
QUADRO 24 - RESULTADO 14. ALCANÇAR 100,00% DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE INDÍGENA COM SUA RESPECTIVA FORÇA DE TRABALHO CADASTRADOS NO CNES E SESAI RH.....	123
QUADRO 25 - RESULTADO 15. REALIZAR 80,00% DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS NECESSIDADES SOCIAIS E DE SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA.....	124
QUADRO 26 - RESULTADO 16. ACOMPANHAR 80,40% DOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO IDENTIFICADOS .....	124
QUADRO 27 - RESULTADO 17. ACOMPANHAR 80,40% DOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS IDENTIFICADOS.....	125
QUADRO 28 - RESULTADO 18. GARANTIR O ABASTECIMENTO REGULAR* DE MEDICAMENTOS EM 100% DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE COM FARMÁCIA.....	125
QUADRO 29 - RESULTADO 19. ALCANÇAR, EM 2023, 70% DA POPULAÇÃO SEXUALMENTE ATIVA COM TESTES RÁPIDOS (SÍFILIS, HIV E HEPATITES) REALIZADOS.....	126
QUADRO 30 - RESULTADO 20. ALCANÇAR 100% DE BUSCA ATIVA DE SINTOMÁTICO DERMATOLÓGICO E SUSPEITO DE HANSENÍASE, PARA O PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE DO DSEI MGES.....	127
QUADRO 31 - RESULTADO 1. AMPLIAR EM 7% A COBERTURA DE ÁGUA POTÁVEL NAS ALDEIAS INDÍGENAS ATÉ 2023.....	127
QUADRO 32 - RESULTADO 2. REALIZAR, ATÉ 2023, O TRATAMENTO DA ÁGUA EM 100% DAS ALDEIAS COM INFRAESTRUTURAS DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA EXISTENTE .....	128
QUADRO 33 - RESULTADO 3. AMPLIAR, ATÉ 2023, EM 15% A COBERTURA DE ALDEIAS COM O MONITORAMENTO DA QUALIDADE DA ÁGUA .....	128
QUADRO 34 - RESULTADO 4. AMPLIAR, ATÉ 2023, EM 15% A COBERTURA DE ALDEIAS COM GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS DOMÉSTICOS IMPLEMENTADO.....	129
QUADRO 35 - RESULTADO 5. AMPLIAR EM 15% A COBERTURA DE ALDEIAS COM DESTINO ADEQUADO DE RESÍDUOS SÓLIDOS DOMÉSTICOS .....	129
QUADRO 36 - RESULTADO 6. AMPLIAR ATÉ 2023, EM 7,00% ÀS MELHORIAS DAS INFRAESTRUTURAS DE SANEAMENTO DE ÁGUA EXISTENTES NAS ALDEIAS INDÍGENAS.....	130
QUADRO 37 - RESULTADO 1. 100% DO DSEI COM A ESTRUTURA DE INSTÂNCIAS DE PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL APRIMORADA .....	130

QUADRO 38 - RESULTADO 2. 100% DAS ATIVIDADES DE PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL EXECUTADAS .....	131
QUADRO 39 - RESULTADO 3. 100% DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE INDÍGENA QUALIFICADOS .....	131
QUADRO 40 - RESULTADO 4. 3 REUNIÕES DO CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA REALIZADAS .....	132

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Demonstrativo da população por Polo Base .....	38
Tabela 2 - Demonstrativo da população ADPF .....	39
Tabela 3 - Função social dos indígenas da abrangência do DSEI MGES .....	42
Tabela 4 - Taxa de natalidade do DSEI MGES por ano .....	45
Tabela 5 - Taxa de incidência das principais morbidades que acometem os povos indígenas do DSEI MGES, 2020 a 2022 .....	45
Tabela 6 - DSEI MGES, Doenças do Aparelho Respiratório (J00 – Nasofaringite aguda [resfriado comum]), 2020-2022.....	47
Tabela 7 - DSEI MGES, Doenças infecciosas e parasitárias 2020-2022 (A09 – Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível), 2020-2022 .....	49
Tabela 8 - Causas de mortalidade geral de indígenas no DSEI MGES e taxa de mortalidade geral por ano, 2020 a 2022.....	50
Tabela 9 - Causas de mortalidade de crianças indígena < 1 ano no DSEI e taxa de mortalidade infantil por ano, 2020 a 2022 .....	52
Tabela 10 - Causas de mortalidade materna no DSEI e razão de mortalidade materna por ano, 2020 a 2022 .....	54
Tabela 11 - Principais morbidades que geraram referência para a média e alta complexidade, 2020 a 2022 .....	55
Tabela 12 - Principais morbidades que geraram referência para a CASAI, 2020 a 2022 .....	55
Tabela 13 - Quantitativo de usuários com doenças crônicas não transmissíveis e que necessitam de intervenção/cuidados específicos em 2022.....	56
Tabela 14 - Proporção de casos de violência interpessoal ocorridas no DSEI MGES, 2020 a 2023 .....	56
Tabela 15 - Proporção de casos de tentativas de suicídio ocorridas no DSEI MGES, 2020 a 2023 .....	56
Tabela 16 - Proporção de óbitos por suicídio ocorridos no DSEI MGES, 2020 a 2023 .....	56
Tabela 17 - Quantidade atual de estabelecimentos de saúde indígena por descrição do subtipo, número de reformas/ampliações e novos estabelecimentos .....	60
Tabela 18 - Demonstrativo geral de recursos humanos existentes no DSEI MGES .....	67
Tabela 19 - Demonstrativo da necessidade de ampliação de recursos humano do DSEI MGES .....	74
Tabela 20 - Trabalhadores da EMSI/DIASI qualificados para o aperfeiçoamento do trabalho em saúde.....	89
Tabela 21 - Trabalhadores da EMSI/DIASI qualificados para o trabalho em contexto intercultural.....	89
Tabela 22 - Número de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural (PPA).....	89
Tabela 23 - Número de trabalhadores da atenção qualificados para o aprimoramento do trabalho em saúde.....	90



Tabela 24 - Caracterização das aldeias sobre infraestrutura de saneamento.....	94
Tabela 25 - Tecnologias de tratamento de água mais utilizada no DSEI MGES.....	94
Tabela 26 - Tecnologias de tratamento e disposição final de esgotamento mais utilizadas .....	95
Tabela 27 - Previsão de implantação de infraestrutura de abastecimento de água por aldeia, 2024 a 2027.....	96
Tabela 28 - Previsão de reforma e/ou ampliação de infraestrutura de abastecimento de água por aldeia.....	96
Tabela 29 - Previsão de sistema de esgotamento sanitário por aldeia. ....	96
Tabela 30 - Caracterização resumida do acesso às aldeias por tipo de transporte no DSEI MGES .....	106
Tabela 31 - Número de equipamentos de transporte por tipo .....	107
Tabela 32 - Total de conselheiros Locais, Distritais e assessor indígena no DSEI MGES.....	108
Tabela 33 - Previsão de capacitação anual de conselheiros Distritais e Locais de saúde Indígena.....	108
Tabela 34 - Previsão de reuniões dos conselhos distritais e locais de saúde Indígena .....	109
Tabela 35 - Descrição dos Conselhos Locais de saúde indígena e previsão de reuniões.....	109
Tabela 36 - Estratégia 1 - Atenção à Saúde: Qualificação das ações e equipes de saúde indígena que atuam nos DSEI/SESAI. ....	140
Tabela 37 - Estratégia 2. Infraestrutura e Saneamento: Melhorias das infraestruturas de saúde e dos serviços de saneamento nas áreas indígenas.....	143
Tabela 38 - Estratégia 3: Planejamento de bens e serviços adequados à execução das ações de saúde indígena pelos DSEI.....	144
Tabela 39 - Estratégia 4: Monitoramento da execução orçamentária dos recursos empenhados nos Contratos continuados, Atas de Registro de Preços e demais instrumentos celebrados no âmbito dos DSEI.....	145
Tabela 40 - Estratégia 5: Ampliação da articulação Interfederativa e Intersetorial com vistas à integralidade das ações de Atenção à Saúde Indígena. ....	145
Tabela 41 - Estratégia 6: Fortalecimento das instâncias de controle social do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. ....	146

## SUMÁRIO

<b>1. APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2. METODOLOGIA E PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PDSI 2024-2027.....</b>	<b>2</b>
<b>3. CARACTERIZAÇÃO GERAL DO DSEI: MAPA DE SAÚDE.....</b>	<b>3</b>
<b>3.1 História da população Indígena .....</b>	<b>3</b>
3.1.1 Guarani .....	3
3.1.2 Kaxixó .....	6
3.1.3 Kiriri .....	9
3.1.4 Krenak.....	10
3.1.5 Maxakali .....	14
3.1.6 Mokuriñ .....	17
3.1.7 Pankararu.....	18
3.1.8 Pataxó .....	20
3.1.9 Pataxó Hã hã Hãe .....	21
3.1.10 Tupiniquim.....	23
3.1.11 Xakriabá .....	26
3.1.12 Xukuru Kariri.....	31
<b>3.2 Dados Geográficos .....</b>	<b>35</b>
<b>3.3 Mapa .....</b>	<b>36</b>
<b>4. DETERMINANTES E FATORES DE RISCOS AMBIENTAIS.....</b>	<b>38</b>
<b>4.1 Dados demográficos.....</b>	<b>38</b>
<b>4.2 Determinantes Sociais.....</b>	<b>41</b>
<b>4.3 Perfil epidemiológico .....</b>	<b>43</b>
<b>5. ESTRUTURAÇÃO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA – Atual e previsão .....</b>	<b>60</b>
<b>5.1 Infraestrutura de saúde .....</b>	<b>60</b>
<b>5.2 Rede de Atenção à Saúde .....</b>	<b>60</b>
<b>5.3 Gestão do Trabalho e educação na saúde.....</b>	<b>66</b>
5.3.1 Força de Trabalho .....	67
5.3.2 Qualificação profissional .....	89
<b>5.4 Infraestrutura de saneamento .....</b>	<b>92</b>
<b>5.5 Meio de transporte .....</b>	<b>97</b>
<b>5.6 Insumos e recursos para execução das ações de saúde.....</b>	<b>107</b>
<b>5.7 Controle social .....</b>	<b>107</b>
<b>5.8 Recursos financeiros.....</b>	<b>112</b>
<b>6. AVALIAÇÃO DO PDSI 2020-2023.....</b>	<b>113</b>
<b>6.1 Estratégia 1 - Atenção à Saúde.....</b>	<b>113</b>
<b>6.2 Estratégia 2 - Saneamento Ambiental .....</b>	<b>127</b>

<b>6.3</b>	<b>Estratégia 3 - Controle Social .....</b>	<b>130</b>
<b>6.4</b>	<b>Dificuldades e desafios gerais identificados em relação à execução das metas pactuadas no PDSI 2020-2023 pelo DSEI MGES.....</b>	<b>132</b>
<b>6.5</b>	<b>Análise geral do PDSI 2020-2023 pelo DSEI MGES .....</b>	<b>134</b>
<b>6.6</b>	<b>Experiências Exitosas do DSEI MGES .....</b>	<b>134</b>
<b>7.</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS.....</b>	<b>138</b>
<b>8.</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>147</b>

## **1. APRESENTAÇÃO**

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

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

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

Para garantia do monitoramento e avaliação, após a homologação do PDSI serão criados instrumentos de gestão, que 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, é uma análise mais abrangente e sistemática do plano, que busca avaliar o seu desempenho, resultados e impacto alcançados. Ela é realizada em momentos específicos, como o término de fases ou do plano como um todo, e visa verificar se os objetivos foram alcançados e se os benefícios esperados foram obtidos.

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

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

O processo de construção do Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) 2024-2027 teve como base os manuais elaborados pela SESAI no âmbito central e as oficinas realizadas com os grupos regionais, a partir de setembro de 2023. Coube aos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena (DSEI) organizarem as demandas que emergiram das conferências locais e distrital de saúde indígena para embasar a elaboração do PDSI, garantindo a construção coletiva e com ampla participação social.

O DSEI MGES realizou 7 reuniões com as equipes técnicas do distrito, envolvendo DIASI, SESANI, SEOFI e 36 reuniões dos conselhos locais nas aldeias, com participação dos usuários, trabalhadores de saúde indígena, gestores, conselhos locais e lideranças indígenas, totalizando aproximadamente 180 participantes, nas quais foram levantadas demandas das respectivas localidades.

Os indicadores e metas foram pactuados por cada área técnica de diferentes setores, tendo como parâmetro os valores de referência/linha de base e metas regionalizadas por DSEI, quando aplicável.

O PDSI foi encaminhado ao nível central da SESAI, em novembro de 2023, para considerações. Após sua devolutiva, adequações foram realizadas e definidas as prioridades pela gestão e controle social, de acordo com as diretrizes da atenção primária à saúde indígena, em alinhamento à previsão orçamentária para o período.

O PDSI foi apresentado e aprovado em plenária, pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena, em fevereiro de 2024. Posteriormente o plano foi submetido à SESAI para homologação.

### 3. CARACTERIZAÇÃO GERAL DO DSEI: MAPA DE SAÚDE

O DSEI MGES conta com uma infraestrutura de saúde formada pela sede do distrito, Escritório Local, Polos Base tipo I e II, Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) e Casas de Saúde Indígena (Casai).

Quadro 1 - Caracterização geral do DSEI MGES

Caracterização	Descrição
Extensão Territorial	136.600 km <sup>2</sup>
Município sede do DSEI	Governador Valadares/MG
Endereço	Avenida Piracicaba, nº 325, Bairro Ilha dos Araújos – Governador Valadares/MG CEP 35020-430
E-mail	dseimg.sesai@saude.gov.br
Município com população indígena em sua jurisdição	22
Total da População Indígena	18.886
Nome das Etnias existentes	Guarani, Kaxixó, Kiriri, Krenak, Maxakali, Mokuriñ, Pankararu, Pataxó, Pataxó Hã-Hã-Hãe, Tupiniquim, Xakriabá e Xukuru Kariri *
Escritório Local	01
Nº de Polos Base	03 Polos Base Tipo II e 26 Polos Base tipo I
Nº de UBSI	2 UBSI
Nº de CASAI	03
Nº de Aldeias	101 *
Nº de Famílias	6.071
Meios de transporte utilizados (proporção)	Terrestre - 98% Terrestre e Fluvial (Misto) - 2%

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

Além das etnias e aldeias mencionadas, o DSEI MGES atende também os Tuxá / Comunidade Setsor Bragagá (Buritizeiro); Xucuru kariri / Comunidade Arapowã Kakyá, Pataxó Hã Hã Hãe / Comunidade Kamakã Mongoió (Brumadinho); Pataxó Hã Hã Hãe / Comunidade Kamakã Kaêha Puá (Esmeraldas); Kariri Wakonã (Caldas); Pataxó Hã Hã Hãe / Comunidade Katurama, Pataxó Hã Hã Hãe / Comunidade Chácara Dimas (São Joaquim de Bicas) e Canoeiro, Aranã Índio e Aranã Caboclo (Araçuaí/Coronel Murta) - ADPF 709

#### 3.1 História da população Indígena

Cada povo que compõe este DSEI apresenta características etnoculturais e históricas distintas, sendo apresentado abaixo uma breve descrição.

##### 3.1.1 Guarani

**Autodenominação:** Ava ñe'ë significa a pessoa em guarani (Ladeira, 2003).

**Outros Nomes:** Kaiwá (SIL, 2013, DAI/AMTB, 2010). Pai-Tavyterã (Ladeira, 2003). Caingua, Caiuá, Cayua, Kaiova, Kayova, Tembkuá, Teüi (SIL, 2013, DAI/AMTB, 2010). Há três grupos de Guarani que vivem no Brasil: 1. Mbya, 2. Kaiowá ou Pãi-Tavyterã. 3. Nandeva ou Avá Guarani (ISA, 2011).

**Localização:** Os Guarani Mbya mantém a configuração de seu “território tradicional” através de suas inúmeras aldeias distribuídas em vasta região, abrangendo regiões no Paraguai, na Argentina, no Uruguai e no Brasil, constituindo-se o mar seu limite terreno. Assim, para os Mbya, o “conceito de território” supera os limites físicos das aldeias e trilhas e está associado a uma noção de “mundo” que implica na redefinição constante das relações multiétnicas, no compartilhar espaços, etc. O domínio de seu território, por sua vez, se afirma no fato de que suas relações de reciprocidade não se encerram exclusivamente nem em suas aldeias, nem em complexos geográficos contínuos. Elas ocorrem no âmbito do “mundo” onde se configura este seu território. Desse modo, o domínio de um amplo território pelos Guarani acontece através das dinâmicas sociais, econômicas, políticas e de movimentos migratórios realizados ainda hoje sobretudo por famílias do subgrupo Mbya (Ladeira, 2003).

**Língua:** O Mbya é uma das três variedades modernas da Língua Guarani, da família Tupi-guarani, tronco linguístico Tupi. As outras são o Nhandeva ou Chiripá/Txiripa/Xiripá, ou Ava Guarani e o Kaiowa (IPHAN, 2014).

**Estilo da Vida:** Os Mbya dividem o ano em duas estações: ara pyau (primavera-verão) e ara yma (outono-inverno). A agricultura cria a possibilidade da vida comunitária, com a organização social, reciprocidade, trocas de presentes de sementes e espécies, rituais, etc. Nas roças observam um sistema de regras sobre a cultivação de variedades próprias de milho, grão e tubérculos. Eles distinguem estes dos cultivos dos brancos que chamam de ‘feição’. Coletam frutos silvestres e plantam árvores frutíferas e plantas médicas ao lado das casas. Não caçam muito devido os limites dos seus territórios e suas próprias regras de consumo e conservação (Ladeira, 2003).

**Sociedade:** Os Mbya se identificam pelos costumes praticados em diversos grupos e comunidades, como os hábitos alimentares e expressões linguísticas, e também a memória de usar do mesmo estilo de tambeano ou veste de algodão. Cada assentimento é chamado tekoha, o lugar onde existem as condições de viver o modo de ser guarani no sentido religioso e material de uma família extensa, que também

forma a unidade de produção. Uma comunidade vareia entre 20 e 200 pessoas (Ladeira, 2003).

Cada comunidade tem um cacique e lideranças mais jovens que tratam as relações intercomunais e os não indígenas. A liderança espiritual entre os Mbya é pelo Tamõi (avô, genérico) e seus auxiliares (Yvyraija) que podem também ser mulheres (Kunhã Karai) (Ladeira, 2003).

**Artesanato:** O comércio do artesanato é uma das principais fontes de renda. Coletam paus, cipós, taquaras, palhas das suas terras para uso doméstico e para venda (Ladeira, 2003).

**Religião:** Os Mbya (e os Ñandeva) constroem e mantêm uma casa para a prática de rezas e rituais coletivos, opy guaçu, localizada próxima ou mesmo agregada à casa do tamõi (Ladeira, 2003).

As práticas religiosas dos Mbya são frequentes e se estendem por muitas horas. Orientadas pelo dirigente espiritual, as “rezas” - realizadas por cantos, danças e discursos - também voltam-se às situações e necessidades corriqueiras (colheita, ausência ou excesso de chuva, problemas familiares, acontecimentos importantes, imprevistos, etc.) (Ladeira, 2003).

A principal cerimônia realizada na Opy é o Nheemongarai, quando os cultivos tradicionais são colhidos e “abençoados” e atribuídos os nomes às crianças nascidas no período. O nheemongarai deve coincidir com a época dos ‘tempos novos’ (ara pyau), caracterizado pelos fortes temporais que ocorrem no verão. Assim, a associação entre a colheita do milho e a cerimônia do seu ‘benzimento’ e da atribuição dos nomes-almas impõe o calendário agrícola e a permanência das famílias nas aldeias (Ladeira, 2003).

Entre os Mbya o líder religioso é o tamõi (avô), e ele tem auxiliares chamados yvyrarja, mulheres são permitidas ser auxiliares. A casa do tamõi é ou tem próximo a opy guaçu, a casa de rezas. O nheemongarai é a principal cerimônia na época dos temporais do verão e a colheita do milho e nomes almas são atribuídos às crianças nascidas no ano (Ladeira, 2003).

**Cosmovisão:** O acervo mitológico Guarani é extremamente rico e complexo. Entre os autores, León Cadogan, é o que realizou a maior compilação de mitos clássicos e contos Mbya. Por sua vez, os Mbya vêm incorporando, ao seu acervo mitológico, interpretações e acontecimentos vividos e veiculados entre eles, ao longo de sua história. Para os Mbya o cotidiano está impregnado de relações míticas,



advindas da comunicação com as divindades. Assim, “as tradições são postas em prática secularmente, segundo os princípios dos mitos que fundamentam o pensamento e ações dos Mbya” (Ladeira, 2003).

Pelos séculos os Guaranis têm sonhado e procurado ‘uma terra sem mal’, livre de dor e sofrimento, e mudariam de lugar constantemente na busca da ‘terra de imortalidade e descanso perpetuo’ (Survival, 2013).

Os mitos guarani contam de três níveis do universo. No nível cósmico Ñamandú, o verdadeiro Pai, o Primeiro, criou e destruiu todas as coisas. Depois dele há uma panteon de deidades como Yporú ou Tupã. Yaci reina sobre a noite e é bondoso. Anã é mau e vive em baixo da cachoeira Iguazu. Os Guaranis creem que toda a natureza é habitada por entidades ou espíritos que podem se transformar em seres antropomórficos ou são as almas humanas que se transformaram em plantas ou animais. Mainimbi, o beija-flor, é um que transporta os espíritos dos bons para Tuã para que ele cuide deles. As borboletas e os vaga-lumes são reencarnações de espíritos humanos. Na floresta vivem os pombero ou curupira de diversos tipos e apetites que devem ser aplacados com presentes de mel, etc. Um deles, I-Yara raptou uma moça linda e a escondeu em baixo da cachoeira Iguazu (Silva, 2007).

### 3.1.2 Kaxixó

**Autodenominação:** Kaxixó significa, conforme um Kaxixó, ‘pedra’ ou ‘caverna’, sendo a Nossa Senhora da Lapa. Reconhecidos oficialmente pela Funai como grupo indígena em dezembro de 2001, após quinze anos de luta por tal reconhecimento, sua grande luta agora é pela posse das terras tradicionais e o fortalecimento cultural tão desejado pelo grupo (Silva, 2007).

**Localização:** Terra Indígena Kaxixó de 5.411ha atravessada pelo rio Pará entre Martinho Campos e Pompéu–MG, ao sul da Rodovia José Roberto Pena. Identificada e aprovada pela FUNAI e sujeita a contestação (Silva, 2007).

**Língua:** Atualmente falam somente a língua portuguesa. Não há registro da língua originária desse povo.

**História:** A região dos Kaxixó era nas cabeceiras do rio São Francisco, do rio das Velhas e do rio Pará em no centro sulista de Minas Gerais. Quinze sítios arqueológicos foram encontrados, sendo sete pré-coloniais e oito históricos, compostos por grandes fragmentos cerâmicos e estruturas de fornos, além de instrumentos líticos polidos, tais como machadinhas, batedores, mão-de-pilão e

quebra-cocos. A identificação e comprovação destes sítios arqueológicos ser o território tradicional dos Kaxixó, foi como uma injeção de ânimo na sua luta pelo reconhecimento étnico oficial (Silva, 2007).

**Estilo da Vida:** Como o território atual é pequeno e descontínuo, sendo insuficiente para o abastecimento de todo o grupo, a maioria dos Kaxixó é empregada de fazendas vizinhas, principalmente como vaqueiros e roceiros. Entretanto, mesmo com a insuficiência territorial, alguns praticam a agricultura familiar de subsistência. Suas terras tradicionais, sob posse de vários fazendeiros. Reivindicam uma área de 27.150 ha, enquanto atualmente ocupam insuficientes 35,28 hectares (Silva, 2007).

Capão do Zezinho, principal concentração do povo, é um pequeno vilarejo, com muitas árvores frutíferas e casas de alvenaria, água encanada e energia elétrica. Ao centro há um templo católico, ao lado da casa de ritual e do rancho de festas, ambos cobertos de capim e sem paredes. O primeiro é destinado às suas danças tradicionais e missas, enquanto o segundo é destinado aos festejos e comemorações. Neste vilarejo tem ainda um edifício onde funciona uma escola (Silva, 2007).

Os Kaxixó cultivam principalmente feijão, arroz, milho, algodão, mandioca, cará e amendoim. Criam também animais de pequeno porte, como porcos e galinhas. Nas proximidades do Capão do Zezinho há outros três lugares de posse dos Kaxixó, sendo a Fazenda Criciúma, Pindaíba e Fundinhos, estes dois últimos na Fazenda São José (Silva, 2007).

**Sociedade:** Como na maioria dos grupos indígenas do Estado, há um Conselho, formado pelos anciãos do grupo, tanto homens como mulheres, ao qual cabe pesar as decisões a serem tomadas, principalmente articulações de políticas internas ou externas. Esse conselho é chamado de "Liderança". Eleito democraticamente, o cacique tem a responsabilidade de representar o povo nos contatos externos, bem como liderar reuniões e tomadas de decisão. É uma função recente, pois somente depois que iniciaram a luta pelo reconhecimento e se reorganizaram em tribo foi possível e tornou-se necessária uma liderança constituída. O vice-cacique tem a responsabilidade de responder pelo cacique na ausência do mesmo, bem como auxiliá-lo em todas as suas atividades (Silva, 2007).

Algumas famílias praticam a pesca no Rio Pará como principal fonte de subsistência, mas dispõem de pouquíssimos equipamentos, principalmente geladeiras, dificultando a venda de peixes no mercado regional. Há famílias que se valem da aposentadoria dos mais idosos (Silva, 2007).

**Artesanato:** Outra fonte de sustento tem sido o artesanato. Neste aspecto desenvolvem algo que não se verifica em outros grupos indígenas de Minas, a fabricação de peças de barro, como pequenos potes, geralmente enfeitadas com penas (Silva, 2007).

**Religião:** A maioria se identifica como católico, mas durante a história continuaram fazendo seus rituais. Usam um terreiro, chamado Cruzeiro, no Capão do Zezinho, onde o povo vai todas as noites rezar, durante o mês de maio. Levam a imagem de Nossa Senhora Aparecida, uma vela e, ao iniciar a reza, estouram fogos, acendendo uma fogueira. Cada noite um deles é o responsável pela leitura do evangelho. E pedem proteção e saúde para cada família Kaxixó (Silva, 2007).

A Casa de Ritual, localizada no centro da aldeia do Capão do Zezinho, foi construída em resposta ao templo católico de alvenaria situado ao lado. Esse rancho, com dimensões aproximadas de quatro metros de comprimento por dois e meio de largura, é sustentado por três troncos de cada lado e mais três ao centro. Não possui paredes e é coberto de capim. Nele, passaram a ser realizados diversos rituais, incluindo invocações de espíritos, além de missas, rezas e novenas. Até 2002, o Rancho encontrava-se quase abandonado, sendo utilizado principalmente como depósito para arreios de animais e outros objetos variados (Silva, 2002).

A principal dança dos Kaxixó é a chamada Dança do Jacaré, praticada desde antes da chegada dos brancos em 1500. A dança é em que duas fileiras de mesmo número de pessoas se formam de um lado e de outro. Os da fileira de cá entoam o canto do Jacaré e quando mencionam, aqui, 'jacaré', eles proclamam, 'a lagoa secou e você teve que voltar'. Então, os da fileira de lá avançam ao encontro no meio, onde ambos os grupos realizam uma volta, e aqueles de cá trocam de lugar com os de lá, e vice-versa (Silva, 2002).

Algumas famílias praticam a invocação de espíritos em rituais que chamam de "lei do índio" ou "língua de Angüera". Um pajé vive no povoado de Ibitira, sendo considerado de possuir o poder de curar. Pinturas corporais têm sido cada vez mais usadas, principalmente em datas ou locais especiais, como em congressos ou comemorações fora do seu território. Geralmente fazem riscos de cores diversas no rosto e os homens também no tórax. Como enfeites usam principalmente colares e pulseiras de madeira ou sementes, cada líder possui um belo cocar (Silva, 2007).

**Cosmovisão:** Na cosmovisão kaxixó, duas entidades são centrais. Uma delas é Jacy, a quem atribuem as qualidades de Deus. A este, faz oposição o terrível Angüera, associado ao Diabo. Tanto Jacy como Angüera são designações recorrentes em povos Tupi, sendo Jacy o nome dado à Lua, a divindade geralmente vinculada ao irmão gêmeo Sol, e Angüera um espírito usualmente vinculado aos mortos e à animalidade, representando perigo aos vivos. Outra classe de entidades são os Caboclos d'Água, que simboliza a rejeição total ao contato com os 'brancos'. Vivem em tocas às margens das águas do rio Pará. Falam uma língua específica, todavia são capazes de se fazer entender ou de ser entendidos pelos Kaxixó. São homenzinhos cobertos de pelos, que nadam como peixes e considerados antepassados dos Kaxixó (Silva, 2007).

### 3.1.3 Kiriri

**Autodenominação:** Kiriri é tupi que significa povo 'calado' ou 'taciturno', termo atribuído aos indígenas que viviam no sertão (Brasileiro, 2003).

**Localização:** Os Kiriri vieram da Bahia, do Município de Moquém do São Francisco, na Bahia, em decorrência da busca de melhoria de vida, visto que o seu território não comporta a população indígena e as condições climáticas na região estão cada vez mais extremas. Hoje ocupam um terreno no estado de Minas Gerais na cidade de Caldas. A terra que pertencia ao Governo do Estado de Minas Gerais foi repassada ao uso dos Kiriri mediante um Projeto de Lei da Deputada Estadual Andréia de Jesus, mediante a uma permuta de outra terra que pertencia ao Governo Federal (Camargos, 2020).

**Língua:** Falam hoje apenas o português, embora utilizem esporadicamente alguns fragmentos do dialeto kipeá, da família linguística Kariri (PIB,2006).

**Estilo de Vida:** Os Kiriri que residem em Minas Gerais construíram suas casas de pau a pique e barro. Eles cultivam lavouras, árvores frutíferas e plantas medicinais seguindo práticas agroecológicas, sem o uso de venenos. Apesar da falta de estrutura adequada e das dificuldades causadas pela negligência do Poder Público, essas famílias persistem na luta pelo sagrado direito à terra que legitimamente lhes pertence. Elas buscam viver e conviver em paz e harmonia com a Mãe Terra e toda a natureza, assim como entre si e com a comunidade ao redor. Essa busca é guiada por sua cultura, tradições, origens e em sintonia com os encantados, seus ancestrais (Moreira, 2019).

**Sociedade:** Os Kiriri têm a família nuclear como a unidade de produção e consumo. Famílias podem se cooperar em grupos chamados ‘batalhões’ ou ‘adjuntos’ e o número de dias é trocado entre os membros, o dono da casa construída ou a roça brocada fornece os alimentos. Os Kiriri se organizam em duas facções, cada uma com seu cacique auxiliado por seus conselheiros ou chefes dos núcleos de residência. Muitos Kiriri fazem migrações a São Paulo e Rio de Janeiro, para outras cidades do nordeste. Também trabalham nas fazendas vizinhas (Brasileiro, 2003).

**Artesanato:** Vendem no mercado cerâmicas e trançados.

**Religião:** Os Kiriri aprenderam o Toré dos indígenas da T. I. Tuxá em 1974, e por consequência certas práticas xamanísticas do próprio povo eram marginalizadas. Seus encantados ou heróis sobrenaturais eram destacados e seus cânticos eram acrescentados ao ritual aprendido. As pessoas congregam-se ao terreiro aos sábados à noite e a ‘jurema’ é a ingestão durante a dança seguida pelas cerimônias de ‘limpeza’ conduzidas pelo pajé e os encantados são convidados a participar. Depois da dança em uma fila serpenteia os encantados ‘falam’ em uma língua desconhecida pelo povo, mas interpretada pelos líderes políticos (Brasileiro, 2003).

### 3.1.4 Krenak

**Autodenominação:** Krén. O nome Krenák é o do líder do grupo que comandou a cisão dos Gutkrák do rio Pancas, no Espírito Santo, no início do século XX (Paraíso, 1998).

**Outros Nomes:** Borun, Crenaque, Nakrehë, Crenac, Krenac, Botocudos (DAI/AMTB 2010). É um grupo da nação indígena chamados pelos portugueses de Botocudos, e eram conhecidos pelos Tupis como os Aimorés. Outros grupos Botocudos do rio Doce são os Pojixá, Nakre-ehé, Miñajirum, Jiporók e Gutkrák (Paraíso, 1998). Os Krenak, anteriormente, receberam as denominações Aimoré, Gren, Gueren ou Kren e Botocudo (Paraíso, 1998).

**Localização:** Em cinco Terras Indígenas: T. I. Vanuire, T. I. Krenak, T. I. Fazenda Guarani; T. I. Krenak de Sete Salões e Reserva indígena Krenrehé (DAI/AMTB 2010).

**Língua:** Krenak ou Borun é da família linguística Macro-Jê, e a maioria fala português. Apenas as mulheres mais idosas falam duas línguas (Paraíso, 1998). Em alguns períodos da história, os Krenak chegaram a ser proibidos de falar a sua língua (Dutra, 1998.103), o que, somado ao forçado processo de miscigenação e dispersão,

resultou numa perda quase total da língua, fazendo com que todos se tornassem falantes do português. Entretanto, as mulheres mais idosas preservaram a língua, passando para suas filhas, que não eram vistas como ameaça. Algumas delas, quando crianças, aprenderam a falar apenas a língua tradicional (Silva, 2002).

**Estilo da Vida:** O Território Indígena Krenak, somando um total de 3.983,09 ha., está localizado no Município de Resplendor, Vale do Rio Doce, no sudeste de Minas, quase limítrofe com o Espírito Santo. Tomando a cidade de Resplendor como referência, a reserva se localiza a noroeste da mesma, na margem esquerda do Rio Doce, fazendo fronteira com o município de Conselheiro Pena a oeste. A aldeia mais próxima dista 12 km de Resplendor. O Rio Eme corta todo o território, desembocando no Rio Doce ao sul da reserva, e no centro do território está a Serra do Kuparake, que divide a reserva no sentido leste-oeste. A população Krenak soma cerca de 230 pessoas, com pouco mais de trinta famílias nucleares, oriundas de três famílias extensas, distribuídas em três aldeias, com habitações altamente dispersas, algumas distando até quilômetros uma das outras. Com a expulsão dos fazendeiros, os indígenas aproveitaram suas casas de alvenaria para fixar residência. (Silva, 2002).

**Sociedade:** A confederação dos Botocudos era formada por muitos grupos étnicos que tendo se aliado na luta contra outras etnias, e posteriormente na resistência aos colonizadores, compartilhavam uma mesma cultura e língua, possuindo uma pequena variação linguística que caracterizava cada grupo. Com a expansão dos colonos, estes vários grupos paulatinamente sucumbiram à pressão. O último grupo a negociar a sua rendição foi o Gutkrak (montanha do cágado) liderado pelo Capitão Krenak (Silva, 2002)

A sociedade Krenak se divide internamente em grupos rivais. O cacique que trata das relações externas para o povo, não tem autoridade interna sobre os outros dois grupos. O resultado é que alguns projetos assistenciais destinados ao povo acabam beneficiando apenas as aldeias de Córrego da Gata e Barra do Eme. Certas mulheres exercem forte liderança, por serem descendentes do xamã Krenak, mas não podem representar o povo publicamente. Elas detêm o domínio da língua e a memória histórica do povo e acabam exercendo certa liderança. O filho do cacique toma seu lugar e a sua preparação para o exercício de sua atividade é promovida por sua mãe (Silva, 2002).

A sua língua quase entrou em extinção, sendo preservada apenas pelas mulheres mais idosas, entretanto. Novamente de posse do seu território tradicional,

iniciaram um intenso processo de resgate cultural e linguístico, que já tem dado resultados visíveis e muito positivos. Nos últimos anos tentou-se deliberar para que as crianças e adolescentes aprendam a sua língua, e felizmente estão tendo êxito, pois hoje, as crianças e grande parte dos adolescentes já se comunicam bem na língua tradicional, tendo, inclusive, professores que a dominam (Silva, 2002). A sua língua tribal é ensinada na escola como uma das principais disciplinas do seu currículo. No lar, as mães, avós e irmãos procuram conversar intencionalmente com as crianças também na língua para desenvolver a capacidade de conversação. Assim, a comunidade Krenak vai resgatando sua língua e linguagem tradicional (Silva 2002.80). Por muito tempo os Krenak não possuíam um xamã, mas as duas aldeias aliadas promovam o poder mediúnico de uma neta dos velhos xamãs. A outra aldeia não aceita isso por ela ser casada com um kraí ou não indígena, pois os marét não se presenciam na presença dos não indígenas (Silva, 2002).

**Religião:** Apesar da forte influência católica que os Krenak receberam desde o contato, eles são enfáticos em afirmar: “não somos católicos nem protestantes”. Verificando um pouco mais acuradamente a sua religiosidade, é fácil perceber que eles foram fortemente influenciados pelo catolicismo regional. Entretanto, fica claro também que a sua base de concepção tanto da religião, como do mundo, é animista. Poderíamos classificá-los como animistas sincretistas com forte influência católica (Silva, 2002).

Há uma tradição que antigamente os Botocudos dançaram em redor de um mastro sagrado com uma cabeça no alto, rezando para o maret makiñam, um velho de cabeça branca (Seki, 1992). A dança cerimonial que os Krenak chamam simplesmente de ‘trabalho’ era realizada com muita frequência próximo ao cemitério dos seus ancestrais, em torno de uma estátua de madeira chamada Yonkyón que era uma figura central na cosmologia Krenak. Yonkyón desapareceu em 1939, havendo fortes indícios de que tenha sido roubado por Nimuendajú. De qualquer forma, após o desaparecimento de Yonkyón os rituais foram diminuindo até deixarem de ser praticados. Com o despertamento para o resgate cultural e o surgimento de um xamã, as danças voltaram a ser praticadas, mas não com o mesmo vigor. Os Krenak reconstruíram uma casa de religião, onde voltaram a praticar seus rituais tradicionais (...). Consistem basicamente em danças, cantorias e na transmissão de mensagens dos ancestrais à comunidade ou a determinadas pessoas. Rituais de nascimento, iniciação, casamento e morte já não são mais praticados (Silva, 2002).

A casa de religião (Kieme-burúm) é onde realizam suas danças cerimoniais, sendo um simples e pequeno rancho improvisado. Desta forma, o seu encanto ou dimensão sagrada possui caráter temporário (Silva, 2002).

Os Krenak crêem que cada pessoa possui uma alma principal e várias secundárias, sendo que a morte acontece quando a principal deixa o corpo, mas as demais permanecem por algum tempo, podendo inclusive se transformar em animais encantados – preferencialmente onças. Isto fica claro no comentário que eles fazem sobre a morte do grande cacique Krenak:

“E o tempo passou, sentimos o fim de suas energias. Krenak chamou seu povo: Eu morrerei (...) Veio outra lua e a alma principal do velho Krenak deixou seu corpo” (Silva, 2002).

As almas são adquiridas a partir dos quatro anos, quando são implantados os primeiros botoques labiais e auriculares. Esta alma abandona o corpo durante o sono ou fica fora durante doenças, e morre dentro do corpo quando a pessoa morre. Seis almas acompanham o cadáver e pairam sobre o túmulo, chorando. Caso estas almas não recebessem alimento dos vivos, poderiam transformar-se em onças para ameaçar a aldeia. Dos ossos dos cadáveres, surgem espíritos maus e grandes que vivem no mundo subterrâneo, mas podem vagar pela aldeia matando os animais e assustando todos (Paraíso, 1998).

**Cosmovisão:** Os Krenak têm um considerável panteão de entidades que influenciam diretamente o seu dia-a-dia, pois apesar de não se relacionarem com elas ao nível de mediunidade ou mesmo de oráculo, suas atitudes e crenças giram em torno de satisfazê-las ou pelo menos respeitá-las (Silva, 2002).

Marét são seres espirituais que habitavam o céu (*taru*) Botocudo, sendo os grandes ordenadores dos fenômenos da natureza, capazes de protegerem os indígenas (*burúm*) enquanto os não-indígenas (*kraí*) estivessem distantes. Segundo eles, os marét são sempre muito bondosos para os Krenak. O marét mais reverenciado pelos Krenak é o Marét-kmakniam (“velho Marét”) (Paraíso, 1998).

Os nanitiong são os espíritos encantados dos mortos que também são dignos de acato e veneração. São eles que emitem os avisos de morte e por isto quem ver um nanitiong está fadado a adoecer e até morrer. Assim como os marét, podem fecundar as mulheres e ter filhos com elas, apesar de, ao que parece, não haver nenhuma história ressentida sobre um fato destes (Silva, 2002). O último pajé hoje é considerado um nanitiong que orienta sua neta no avivamento das danças e outros



rituais (Silva 2002). Os espíritos da natureza – os tokón -, escolham seus intermediários na terra, os xamãs, com os quais mantinham contato durante os rituais. Os xamãs acumulavam o cargo de líderes políticos (Paraíso, 1998).

Há lugares, abrigos rupestres com pinturas no Vale do Rio Doce, que os Krenak consideram de ser feitos por seus antepassados, os Marét, e a visita a esses lugares lhes traz o sentimento de encontro e comunicação com os Marét e deixam oferendas (Paraíso, 1998).

### 3.1.5 Maxakali

**Autodenominação:** Monacó bm (Nimuendajú 1958), entretanto o Joaquim S. de Souza, antigo chefe do Posto Indígena e perito na língua, da organização social e da história dos Maxakali, diz que eles se identificam como Kumanaxú. Mas Popovich (1992) que vivia com os Maxakali por vinte anos e conhece a língua muito bem, diz que usam o nome Tikmu'ún que é também um coletivo 'nós'. Monacó bm refere possivelmente ao termo mōnāyxop (antepassado) (Popovich, 1980).

**Outros Nomes:** Maxacali, Mōnaco bm, Kumanuxú, Tikmunún, Monaxo, Caposho, Cumanasho Macuni, Monocho. Maxakali é um nome dado pelos neobrasileiros e de origem linguística desconhecida. Os próprios Maxakali não conseguem pronunciá-lo com facilidade (Popovich, 1980).

**Localização:** Vivem na Terra Indígena Maxakali de duas áreas – Água Boa e Pradinho unificadas na TI – no município de Bertópolis, cabeceiras do rio Umburanas, vale do Mucuri, no nordeste de Minas Gerais (SIL, 2009).

**Língua:** Maxakali. Da família linguística Macro Jê. Alfabetos em Maxakali 37% português 37%. Novo Testamento foi publicado em 1981 (SIL). Em Água Boa o português é falado que fluência, mas em Pradinho somente os homens falam mas não muito bem. Entre si falam somente a Maxakali (Paraíso, 1999). Nimuendajú considerou a língua não do Jê e por isso ficou 'não classificada' (Popovich, 1980).

**Estilo da Vida:** As aldeias Maxakali têm a forma de uma ferradura, as casas em redor de um terreiro e na parte aberta da ferradura fica a kuxex, a 'casa de religião', ou casa dos homens, que é um rancho simples sem paredes, coberto de capim. Aqui são realizados os rituais (Silva, 2008). As casas tradicionais são hemisféricas, feitas de galhos e estacas finos curvados e amarrados em cima e recobertos com folhas de coqueiro ou patioba (Paraíso, 1999). Hoje casas de família nuclear do tipo regional são preferidas pelos mais aculturados e assim evitam os conflitos entre as duas

culturas (Popovich, 1980). Alguns indivíduos, com viúvas, preferem morar neste tipo de casa em vez na casa comunal com os parentes do marido (Popovich 1980). Em 1980 havia somente três aldeias desta forma: Água Boa, Míkax Kakak e Xax Kunut (Popovich, 1980).

Os homens caçavam, só quando a carne acabava e o grupo começa a passar fome, mas poucos precisam sair para providenciar carne suficiente para o grupo. As mulheres plantam um pouco de batata, milho e mandioca e colhiam frutas e castanhas da floresta (Popovich, 1980). Os homens fazem diversos artigos e artesanato. Para caçar usam um arco de pau d'arco ou palmeira com um profundo sulco longitudinal na parte dianteira para uma segunda flecha. Também as mulheres pescam, coletam e realizam a colheita das roças. Responsabilizam-se também pelo transporte dos pertences familiares e das crianças durante os deslocamentos do grupo (Paraíso, 1999).

**Sociedade:** A etnia Maxakali se forma de grupos domésticos de uma família extensa, com duas a cinco casas juntos. São matrilocais de parentes consanguíneos, liderado pelo homem mais velho (Paraíso 1999). O parentesco é muito importante na sociedade Maxacali. Membros do grupo são chamados Xape, dos quais se esperam boas relações e auxílio. Os Xape Xe'e ('parentes verdadeiros') são pais, avós, irmão com pelo menos um dos pais em comum, e filhos e netos. Um parente colateral é xape max ('parente bom') e são as tias maternas ou os tios paternos e seus filhos, os primos paralelos. Um amigo pode ser Xape. Há também parentes mais distantes chamados os Xape-Hãptox Hã e são os tios maternos, as tias paternas e os primos cruzados (Popovich, 1980).

**Artesanato:** Os homens confeccionam arcos e flechas, vassouras, cestos, peneiras para vender nos mercados de Santa Helena e Batanga. As mulheres confeccionam vasos cerâmicos de vários tamanhos, redes de dormir, colares, cestos de carga, redes de pesca, sacos e sacolas feitos (Paraíso, 1999).

**Religião:** Cácio Silva escreve: 'Na base da sua concepção do divino estão os yãmiy – "espíritos do canto". São os espíritos dos falecidos que, apesar de viverem no mundo dos mortos, podem interagir com os vivos. São detentores do conhecimento e, idealmente, somente eles sabem fazer os instrumentos musicais, as máscaras para os rituais, pinturas e até mesmo o arco e flecha de caça. Entretanto, o contato com eles é muito melindroso, ao estarem sempre querendo levar os vivos para o seu mundo. Por isto são considerados maus e conseqüentemente evitados' (Silva, 2008).

‘Os yãmiy se agrupam misteriosamente formando uma segunda categoria de entidades chamadas yãmiyxop. Não são simples agrupamentos, ao adquirirem personalidade, e é através desses que se dá o contato com o divino. Estes yãmiyxop estão ordenados em vários grupos – provavelmente doze ou quatorze – e se dividem em muitos subgrupos. Há o yãmiyxop do morcego, do gavião, da mulher e assim por diante’ (Silva, 2008).

Em frente à kuxex, ‘casa de religião’, são fincados os mimãñãm – “paus de religião”. São varapaus ou troncos de madeira através dos quais os yãmiyxop “descem” no momento dos rituais. Os maiores são pintados em uma lateral com riscos e pontos, os quais indicam os cânticos e movimentos cerimoniais. Geralmente existem três mimãñãm de tamanhos diferentes: um varapau de aproximadamente oito metros de altura destinado ao Xunimkup– “yãmiyxop do morcego” – e dois troncos pequenos, com cerca de um metro e meio de altura, sendo um destinado ao Yãmigkup – “yãmiyxop da mulher” – e o outro ao Mõgmokakup – “yãmiyxop do gavião”. Durante certos rituais eles penduram colares e outros objetos na ponta dos mimãñãm, consagrando-os assim aos yãmiyxop. Às vezes, galinhas vivas são penduradas e os celebrantes atiram flechas nelas até ficarem completamente cravadas’ (Silva, 2008).

Enquanto os homens fazem isso, as mulheres ficam nas suas casas preparando os alimentos. Todos participam das danças no pátio, porém somente os homens podem usar os instrumentos musicais: chocalho, apito de taquara, zunidores e flechas rituais. Depois das danças os alimentos são trocados entre os homens e as mulheres e o ritual termina com um banho no rio. Hoje em dia a festa continua, mas com café e bolachas e o animal é doado e abatido no pátio (Paraíso, 1999).

**Cosmovisão:** Topa é o supremo ser na cosmovisão dos Maxakali. A pesca é explicada pelo mito da linda lontra que Topa lhes deu dizendo ‘os Maxakali jamais passarão fome’. A condição era que os primeiros peixes grandes que a lontra jogava na praia fossem reservados para Topa. Assim os Maxakali fizeram por muitos anos, porém um dia, o genro de um dos velhos pediu a lontra para pescar. O genro colocou os três grandes peixes na sua sacola. A lontra procurou os três peixes. Não os encontrando, pulou no rio... e desceu o rio abaixo. A aldeia ficou triste e o velho disse, ‘Topa vai nos castigar’. Topa mandou um grande dilúvio e os Maxakali subiram nas árvores, mas a água subiu e os alcançou quando fugiram para o cume da montanha mais alta e morreram todos os Maxakali daquele tempo (Silva 2008).

O genro, com grande pavor, se escondeu em um pau oco e tampou as extremidades com areia e couro de veado e ficou por quarenta dias flutuando no mar, até baixaram as águas. Topa veio à terra em forma de besouro. Ele ouviu a voz dos genros 'Topa! Me tira daqui!' Topa cortar o pau com um machado, mas cada vez era o lugar da perna ou da cabeça do genro até afinal destampou o fim do pau e tirou o homem. Topa acendeu uma fogueira e aquecendo-o girando seu corpo, pois o homem era branco, magro e fede de longe. Depois que ele recuperou, topa o deu comida e ofereceu levá-lo para o seu lugar. Mas o homem recusou, queira ficar na terra sozinho. Então Topa o ensinou a fazer uma armadilha para pegar uma mulher. Pegou muitos animais, mas nunca uma mulher. Um dia achou uma cabana na mata e dentro uma veadinha, que era uma mulher encantada. Matou o marido veadão e casou-se com a mulher, e a assim o povo renasceu (Silva, 2008).

Assim, uma lenda atribui a formação da tribo maxacali à cópula de um homem com uma veada, enquanto os não-indígenas ou neobrasileiros, conforme acreditavam, eram descendentes das cinzas de um monstro lendário, o 'ĩnmõxa (Popovich 1980).

O Sol e a Lua são irmãos. A mãe deles morreu e o Sol a enterrou, mas ela ressuscitou. Em seguida a Lua a enterrou novamente batendo bem a terra, dizendo, 'A senhora morreu desta vez e não vai nos seguir'. O Sol ficou com raiva, porque a Lua nunca aprendeu pela experiência. Um dia o Sol se encontrou com um pica-pau no mato. Ele pediu que a ave desse sua coroa de penas vermelhas. O pica-pau mandou o Sol roçar a pouca terra embaixo da árvore e depois jogou as penas para baixo. O fogo das penas apagou-se. Depois a Lua quis uma coroa de penas. O pica-pau o mandou roçar uma grande área, mas quando o pica-pau jogou as penas o fogo queimou a Lua e queimou uma grande área até as chamas se apagarem somente quando alcançaram um rio. As histórias ensinam que todas as coisas más são feitas pela Lua, e o Sol fica com raiva, se transforma em uma onça para matar a Lua. Por isso eles estão no céu, mas nunca juntos (Popovich, 1984).

### **3.1.6 Mokuriñ**

**Autodenominação:** Mokuriñ

**Localização:** Os Mokuriñ vivem na área rural do município de Campanário, entre os Vales do Mucuri e Rio Doce, Minas Gerais.

**Língua:** Tronco linguístico: Macrô - Jê.

**Estilo da Vida:** Os Mokuriñ pertencem ao grande grupo dos povos chamados “Botocudos”, aldeados em Itambacuri desde o século XIX, pelos frades capuchinhos Frei Serafim de Gorizia e Frei Ângelo de Sassoferato. Os Povos Indígenas do Vale do Mucuri pertenciam ao tronco linguístico e cultural Macro Jê. Povos nômades, guerreiros, coletores, caçadores e pescadores, ocupavam toda a faixa leste do país contígua ao litoral, coberta pela mata atlântica. Esta área incluía os Vales dos rios Pardo, Jequitinhonha, São Mateus, Rio Doce e Mucuri.

Os vários empreendimentos governamentais (mineração, pecuária, transporte, comércio, etc.) que visavam a ocupação da região foram, pela ótica dos indígenas, entendidos por estes povos guerreiros como ameaça a seus destinos e projetos de vida.

Os Mokuriñ viam seus territórios retalhados, cortados por estradas e entregues aos invasores que se tornando donos, davam outros nomes e sentidos a floresta, aos acidentes geográficos e ali construíram fazendas, currais, erguiam quartéis, casas e povoados. A atuação do Estado durante grande parte do século XX tinha como política a integração do indígena à sociedade nacional. Durante o período da ditadura, apoia a militarização das aldeias, não deixando vislumbrar outra perspectiva para os indígenas.

### 3.1.7 Pankararu

**Autodenominação:** Pankararu.

**Outros Nomes:** Pancararu (DAI/AMTB 2010); Pancaré, Pancaru, Pankarará, Pankaravu, Pankaroru, Pankarú (SIL).

**Localização:** Pernambuco, Alagoas e Minas Gerais (TI Cinta Vermelha de Jundiba e TI Pankararu de Araçuaí) (DAI/AMTB, 2010).

**Língua:** Pankararu, não é proveniente de pertencer a uma família linguística, mas algumas palavras semelhantes às línguas Tupi. Não há falantes conhecidos.

**Estilo da Vida:** Os Pankararu creem que a forma retangular das Terras Indígenas Entre Serras e Pankararu é conforme a doação imperial pelo Pedro II dada às missões e, portanto, ao povo nos séculos XVIII e XIX. Vivem hoje em 14 aldeias. No centro da Terra é Brejo dos Padres, um vale de terras férteis que possui várias fontes de água. Outras aldeias são Tapera, Serrinha, Marreca, Caldeirão, Bem-Querer e Cacheado. Os Pankararu cultivam feijão, milho e a mandioca. Cada comunidade tem uma casa de farinha onde fabricam a farinha de mandioca. Também fazem comércio a pinha, fruta típica da região (Gaspar, 2009). A subsistência é pela

agricultura familiar, produzindo feijão, mandioca e milho e criam porcos e galinhas (Silva, 2002).

**Sociedade:** A liderança é exercida por homens. Em Pernambuco eles continuam tendo como líderes o cacique e o pajé, os quais parecem ser escolhidos pelos praiás. O grupo em Minas tem uma divisão entre os velhos que preferem a vida tradicional e os mais novos que preferem as vantagens oferecidas pela sociedade nacional. A aldeia de Apukaré, MG, em 2002, enfrentou o problema de não poder participar do Programa de Implantação de Escolas Indígenas de Minas Gerais, devido ao reduzido número das crianças. Também atendimento médico é somente em Araçuaí, a 37 km (Silva, 2002).

**Artesanato:** Fazem um comércio de artigos de artesanato.

**Religião:** A Cachoeira do Afonso Pena é tradicionalmente sacra onde os ancestrais afogaram em um dilúvio. A Cachoeira de Itaparica é local para o sepultamento dos mortos. Os Pankararu observam os ritos e festas do Catolicismo. Também praticam seus rituais tradicionais com a Corrida do Umbu e a Festa do Menino do Rancho. A Dança dos Bichos no qual os homens fazem concorrência em imitar os movimentos de animais como o cachorro, a formiga, o proco e o sapo. O Toré é uma dança feita por homens, mulheres e crianças nos fins de semana, com o ritmo marcado por maracás feitos de cabaças. Os cânticos são cantados em português com frase da língua pankararu (Gaspar, 2009).

Identificam-se como católicos de uma maneira sincretista. As danças são marcadas pelas cantorias, que usam português com palavras da sua língua que eles não sabem bem o significado; o ritmo é marcado por flauta, maracá e o apito (Silva, 2002). A dança é chamada Toré, como de todos os povos do nordeste. O Toré é dançado ao ar livre por todos, homens, mulheres e crianças. Realiza-se no fim da semana em um terreiro, formando um círculo em pares, cada par gira em torno do círculo e, ao mesmo tempo, em torno de si, pisando furiosamente o chão (Gaspar, 2009).

Outro ritual, O Menino no Rancho, é a iniciação dos meninos com doze anos de idade. Um rancho é armado no meio da aldeia e dois grupos são formados para disputar o menino. Um grupo é dos praiás, os protetores mágicos e o outro dos padrinhos do menino. O menino é pintado de branco e vestido de palha. Trava-se uma luta simbólica, terminando sempre com a vitória dos praiás que introduzem o menino no poró, onde passa uma temporada servindo ao seu praiá, aprendendo da

cultura, e quando também recebem o seu próprio praiá. As mulheres cantam enquanto os homens lutam, pois o ritual é dedicado a Mãe D'água que ameaça roubar o menino, e ela deve ser apaziguada (Silva, 2002).

Outra cerimônia é a Festa do Umbu, quando os homens tentam flechar os primeiros frutos do umbuzeiro. A Dança do Cansação é uma dança onde os homens tentam evitar golpes de galhos de cansação ou urtiga e a sensação de queimadura ao toque com a pele. Na Dança dos Bichos, os homens imitam os movimentos de animais (Silva, 2002).

**Cosmovisão:** Os praiás são tantos os espíritos dos ancestrais, como as pessoas que podem receber os espíritos para realizar curas e vidências. São entidades que protegem o povo e os orientam quanto aos seus rituais e tradições. São vinte e dois e cada grupo de Pankararu possui um praiá como seu protetor. O praiá do grupo em Minas é Apukaré, o nome da aldeia. Os praiás humanos se cobram com vestimentos de fibras de caroá e máscaras. Os homens se vestem fora da aldeia no poró, bebendo 'garapa', um caldo de cana, e fumam um cachimbo, e devem ser considerados transformados no próprio praiá (Silva 2002). O Poró é uma clareira do mato, proibido às mulheres. O caroá (*Neoglaziovia variegata*), comum no Nordeste, é considerado encantado pelos Pankararé (Rêgo, 2012).

A aldeia Apukaré, localizada em Minas Gerais, não possuía presença evangélica até que a Igreja Metodista doou 8 hectares ao território. Isso possibilitou a consideração de uma mudança para a aldeia de uma família proveniente de Pernambuco. A evangelização na região requer um estudo da cosmologia Pankararu. Além disso, em 2002, foi identificada a necessidade de uma escola indígena na aldeia, que oferecesse também educação para adultos (Silva, 2002).

### 3.1.8 Pataxó

**Autodenominação:** Pataxó. A explicação dada por Kanátyo Pataxó: 'Pataxó é a água da chuva batendo na terra, nas pedras, e indo embora para o rio e o mar' (Carvalho, 2013).

**Outros Nomes:** Patachó, Patashó, Pataso (Carvalho, 2013).

**Localização:** Em diversas aldeias no extremo sul do Estado da Bahia e norte de Minas Gerais (Carvalho, 2013)

**Língua:** Pataxó e português, falam português com palavras da língua materna. Há um esforço de reconstruir a língua Patxohã ou Pataxó desde 1998, e a língua é

ensinada na Escola Barra Velha, estabelecida pela FUNAI. É da família linguística Maxacali, do tronco Macro-Jê (Carvalho, 2013).

**Estilo da Vida:** Vivem em diversas aldeias no extremo sul do Estado da Bahia e norte de Minas Gerais. Coletam caranguejos, moluscos e ouriços dos manguezais no litoral de Monte Pascoal (Carvalho, 2013).

**Sociedade:** Cada aldeia tem um cacique com porta-voz externo. Antigamente se casaram com primos. Uma prova de que o rapaz era bom de se casar era se ele poderia carregar uma tora de pau e demonstrar-se hábil com arco e flecha. Esta prática é recuperada em algumas aldeias. O sexo antes de união consensual era considerado 'roubo'. Hoje em dia, casamentos Cristãos, católicos e evangélicos, são contraídos com uma festa indígena, acompanhada por uma cerimônia na língua Patxohã pelo cacique depois (Carvalho, 2013).

**Religião:** Uma 'coisa dos antigos' é o ritual do Awê de danças e música. Os Pataxós negam que praticaram o Toré, comum entre os indígenas do nordeste. O Awé é uma manifestação pública, contrário ao Toré que é assistido somente pelos adeptos indígenas. Em agosto celebra-se a festa do Argwaksá com corridas de toras e a apresentação do Awé. Durante a Semana Santa usam máscaras de animais e demonstram reverência aos mais velhos. Também se observam as festa católicas tradicionais de Folia dos Reis (em 6 de janeiro), de São Benedito (20 de janeiro) e de N. Sra D'Ajuda (15 de agosto) (Carvalho, 2013).

**Cosmovisão:** Os Pataxó relatam frequentemente tradições sobre um trecho da beira do mar de falésias altas entre os rios Frade e Caraíva. Os antigos guerrearam ali. Os Bakirá era seres vivos de aspecto humano que saíram de baixo da terra por um grande buraco. Existe também os encantados, o somsim saperé, um homem invisível com as pernas enroladas, a caipora é uma mulher, dona da mata, e o boitatá, outro homem invisível com fogo na cabeça. O giburinha é o homenzinho invisível que engravida as mulheres (Carvalho, 2013).

### 3.1.9 Pataxó Hã hã Hãe

**Autodenominação:** Pataxó Hã hã hãe que inclui remanescentes dos povos extintos os Baenã, Kamakã, Tupinambá, Kariri-Sapuyá e Gueran (Carvalho e Souza 2005).



**Outros Nomes:** Os Pataxó Hã hã hãe incluem grupos de outras etnias indígenas: os Tupinambás, os Kariri-sapuyá, os Kamakã (Menien), os Kariri-Sapuyá e os Baenã Gueran (Carvalho e Souza, 2005).

**Localização:** Conhecidos sob o etnônimo englobante Pataxó Hãhãhãe abarcam, hoje, as etnias Baenã, Pataxó Hãhãhãe, Kamakã, Tupinambá, Kariri-Sapuyá e Gueren, habitantes da região sul da Bahia. Hoje um pequeno grupo vive no município de Bertópolis, Minas Gerais. Na região metropolitana de Belo Horizonte há diversas famílias que vivem na cidade e em algumas ocupações na região metropolitana. (Camargo, 2020).

**Língua:** Pataxó e português. Nimuendaju encontrou a língua pataxó ainda falada em 1938. Da família linguística Maxakali. A CPI-SP elaborou uma cartilha 'Lições de Bahetá' (Carvalho e Souza, 2005).

**Estilo da Vida:** O único rio que corta a Reserva é um riacho de água salobra, sugestivamente denominado Salgado. A água potável provém da estocagem de chuva ou abastecimento por caminhão pipa, ou tambores mediante pagamento de frete (Carvalho e Souza, 2005).

**Sociedade:** O grupo englobado pelo nome Pataxó Hã hã hãe é composto de diversos subgrupos étnicos, que existem na Reserva pelas redes de parentela, mas modificadas pelos casamentos interétnicos. Alguns indígenas têm casas secundárias na cidade de Itajú do Colônia (Carvalho e Souza, 2005).

**Religião:** Praticam a couvade ou gravidez simpática pelo marido; para manter a vida da mulher e do nenê durante a gestão. O pai adota certas resguardas durante a gestão, e depois do parto ('couvade' é termo francês adotado pelo antropólogo E. B. Taylor para descrever a prática). O pai não come carne de anta, porco, macaco e veado, também não come banana e milho. Para celebrar uma boa caça cauim, a bebida alcoólica tradicional, é preparada pelas mulheres de mandioca e milho. Para as danças os homens são pintados de listas negras e as mulheres com meias-luas concêntricas. O compasso é marcado por um instrumento feito de cascos de anta e um maracá. Dançam a noite inteira até todo o cauim é consumido. Realizam também corridas de tora, usando um pedaço do tronco de barriguda (*Cavanillesia arborea*). As doenças eram combatidas pelos xamãs, com a fumaça de tabaco (Carvalho e Souza, 2005).

Conforme o costume antigo dos Kamakã os mortos são pranteados por dias, o cadáver é pintado com linhas de vermelho e preto, e decorado com colares e o cocar

de penas e deitado no túmulo, envolto em cortiça de árvore. O túmulo é uma cova forrada de estacas de paus e plantado em cima com algodoeiros e bananeiras (Carvalho e Souza, 2005).

**Cosmovisão:** O ser supremo dos Kamakã é Queggiahorá e o céu entre o sol e a lua é a morada das almas dos mortos, as quais são divindades. O sol é a causa da morte e à noite se sacia daqueles que foram enterrados durante o dia. A lua é um ser beneficente que indica quando plantar e quando começar as chuvas. Aquelas almas dos mortos que não eram bem tratadas na vida, voltam na forma de onças, para fazer mal aos vivos e causar tempestades. Também outras voltam para ajudar plantar as roças. Os Pataxós consideram o trovão um espírito maligno. O Toré, hoje, constitui a sua mais relevante expressão ritual, porque durante o qual os encantados e os seres sobrenaturais se manifestam (Carvalho e Souza, 2005).

### 3.1.10 Tupiniquim

**Autodenominação:** Tupiniquim, grafada ao longo dos anos de diferentes maneiras - Topinaquis, Tupinaquis, Tupinanquins, Tupiniquins - significa, conforme o Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa, de Antenor Nascentes, com apoio no historiador Varnhagen, “Tupi do lado, vizinho lateral”, assim traduzindo a expressão Tupin-i-ki. O Grande Dicionário Etimológico-Prosódico da Língua Portuguesa de Silveira Bueno confirma: Tupinã-ki, “tribo colateral, o galho dos Tupi” (ISA, 2021).

Falantes da língua Tupi litorânea, da família Tupi-Guarani, no passado, hoje os Tupiniquins usam apenas o português (ISA, 2021).

Os Tupiniquins habitam três Terras Indígenas no norte do Espírito Santo. Estas situam-se no município de Aracruz, próximas a essa cidade e também à de Santa Cruz e à Vila do Riacho (ISA, 2021).

**Língua:** Português. Antigamente falavam Tupi litorânea, da família Tupi Guarani (Freire, 1998).

**Estilo da Vida:** As T. I. Tupiniquim e Caieiras Velhas II são compostas por capoeiras, macegas, mata atlântica e o manque do rio Piraquê-Açu. A T. I. Comboios é composta de quase toda a sua área pela capoeira e com solo pobre e arenoso. Por isso o cultivo é mínimo. As aldeias são Caieiras Velhas, Boa Esperança, Caieiras Velhas, Comboios, Irajá, Pau Brasil, e Três Palmeiras (Freire, 1998).

As roças eram da comunidade, mas por costume certas áreas eram identificadas com certas famílias. Pescavam no rio Piraquê-Açu com linha e

armadilhas. Comerciavam cal, mariscos, farinha, lenha e artesanato em Santa Cruz (Freire, 1998).

**Sociedade:** Os Tupiniquins são, entre inúmeros povos indígenas, dos mais citados e paradoxalmente mais desconhecidos no Brasil. Tupiniquim é sinônimo de nacional na língua corrente (antropologia tupiniquim, cinema tupiniquim, etc.), mas o emprego do termo pouco ajuda a desvendar a realidade de um povo específico que luta pela sua sobrevivência (ISA, 2021).

Os avós de hoje conheciam a língua própria, mas deixaram de ensiná-la aos filhos. Desde a luta para o reconhecimento das terras os Tupinikim têm um Cacique e o Conselho Comunitário de representantes dos Guarani e dos Tupinikim, que tratam questões de desmatamentos, a pobreza do solo, plantios, etc. (Freire, 1998).

Após sua fundação em 1910, o Serviço de Proteção aos Índios (SPI) estabeleceu a região norte do Espírito Santo como um de seus principais centros de atividade. Nessa área, o Inspetor do SPI, Antonio Estigarríbia, teve contato com diversos grupos de indígenas civilizados de origem Tupi situados no baixo rio Doce e nas áreas costeiras adjacentes. Estigarríbia manteve interações com esses grupos até 1919. Em 1924, seu sucessor, o Inspetor Samuel Lobo, encontrou na região alguns indígenas Tupiniquins que possuíam um sistema econômico baseado na caça, pesca e produção de farinha, realizando trocas desses produtos em uma divisão de trabalho informal conhecida como “sistema de índio”.

Esse termo começou a ser usado pelos Tupiniquins para descrever e padronizar práticas indígenas a partir dos anos 40, período em que a Companhia Ferro e Aço de Vitória (COFAVI) iniciou o desmatamento extensivo para produção de carvão vegetal, levando os indígenas a trabalharem para a empresa na derrubada de árvores. Eles cultivavam mandioca, feijão, milho e cana-de-açúcar, processando a mandioca em um quitungo, uma casa de farinha artesanal e familiar, utilizando ralador e prensa de tipiti. A abundante fauna local permitia que os Tupiniquim utilizassem mundéus - armadilhas de caça - para capturar mamíferos e uma variedade de aves (ISA, 2021).

Naquela época os Tupiniquins não se preocupavam em documentar as suas posses. Desde que a COFAVI começou a devastar as matas da região nos anos 40, os indígenas passaram a conviver com alguns posseiros, sem conflitos. Para desmatar, os representantes da COFAVI diziam que a terra era do Estado, e logo transformaram matas em pastos na região da aldeia de Pau-Brasil (ISA, 2021).

As áreas tradicionais de cultivo das aldeias Tupiniquim foram cercadas e reduzidas, quando foram plantados os eucaliptos pela Aracruz Florestal, no fim dos anos 60. Seu modo de vida - o padrão de convivência que resultava da ocupação territorial - sofreu as pressões originadas da enorme redução das áreas de plantio e da fixação em determinados limites, impedindo a tradicional rotatividade das roças (ISA, 2021).

Os poucos autores que escreveram sobre os Tupiniquins assinalam que os anos sessenta foram decisivos na alteração do panorama fundiário, marcando a entrada da empresa Aracruz Florestal na região, seguida da progressiva expulsão dos indígenas. Nessa ocasião, o sofrimento dos indígenas foi acompanhado por algumas manifestações de protesto. Ao estudar os diferentes ecossistemas do Espírito Santo em 1954, o biólogo Augusto Ruschi se defrontou em Caieiras Velhas, na margem esquerda do rio Piraquê-Açu, com "80 índios Tupi-Guarani", vivendo numa área de 30.000 hectares de florestas virgens. Já em 1971 o mesmo Ruschi lamentava como era arrasada a flora e a fauna, com o desmatamento atingindo os indígenas, pois mais de 700 famílias, entre indígenas e posseiros, foram desalojados da região reflorestada pela Aracruz Florestal. Foram destruídas antigas aldeias Tupiniquim como Araribá, Amarelo, Areal, Batinga, Braço Morto, Cantagalo, Guaxindiba, Lancha, Macaco, Olho d'Água e Piranema. Os indígenas até hoje relatam as cenas de violência e desrespeito que sofreram nas áreas visadas pela Aracruz Florestal (ISA, 2021).

Em 1975, a Funai reconheceu a presença dos Tupiniquins no Espírito Santo. O processo administrativo para a identificação das terras indígenas foi marcado por conflitos, resultando em múltiplas denúncias por parte de indígenas, associações e várias entidades sobre os prejuízos decorrentes de um acordo firmado entre a Funai e a Aracruz Celulose em 1980. Esse acordo definiu os limites das três TI, culminando na homologação oficial de cada uma dessas áreas em 1983.

A figura do Conselho Comunitário surge com a do Cacique. Os Conselhos das aldeias, através das lideranças Tupiniquim e Guarani, participaram ativamente dos trabalhos de identificação das Terras Indígenas, com os respectivos Caciques. A luta pela ampliação de seus territórios produziu uma organização política formal, denominada Comissão de Articulação Tupiniquim e Guarani, mas são os problemas cotidianos e imediatos - desmatamentos, improdutividade de terrenos, plantios, falta de assistência - que mantêm a coesão entre lideranças e comunidades, fortalecendo a disposição reivindicatória de todas as aldeias (ISA, 2021).

**Artesanato:** Fabricavam balaios, cestos, colheres de pau, esteiras, gamelas, peneiras, e remos.

**Religião:** As festas observadas são de São Benedito, Santa Catarina, São Sebastião e Nossa Senhora da Conceição. Nestas ocasiões os Tupinikins praticam a dança do tambor, mas hoje em dia somente na aldeia de Caieira velhas (Freire, 1998).

### 3.1.11 Xakriabá

**Autodenominação:** Xakriabá.

**Outros nomes:** Xacriabá, Xikriabá, Chakriaba, Chikriaba, Shacriaba (SIL, 2013, DAI/AMTB, 2010).

**Localização:** A terra indígena Xakriabá localiza-se no município de São João das Missões, na região norte de Minas Gerais, às margens do rio Itacarambi e do Vale do Peruaçu, com uma extensão territorial de aproximadamente 53.000 hectares de terra (Corrêa, 2021).

**Língua:** Os Xakriabá estão classificados no tronco étnico-linguístico Macro-Jê, Família Jê, língua Akwe, dialetos Xavante, Xerente e Xakriabá, sendo esse último não mais falado. (LOPES, 2016).

**Estilo de Vida:** A principal atividade econômica dos Xakriabá é a agricultura de subsistência que consiste em plantações de roças, hortas comunitárias, coletas de frutos do Cerrado e criação de animais para consumo. A caça e a pesca, devido à diminuição da fauna local, não são mais praticadas como principal meio de sobrevivência. As atividades econômicas do povo Xakriabá passaram por um processo de modificação e degradação devido às mudanças climáticas, com a consequente à diminuição do período chuvoso, o que levou à falta de água potável para a lavoura e os animais. Esta situação atual obrigou muitas pessoas a procurarem formas alternativas de subsistência, migrando para outros municípios ou mesmo estados, como São Paulo, em busca de empregos, principalmente em usinas e firmas ligadas à lavoura e colheitas. Porém, alguns indígenas, mesmo com os problemas apontados, persistem em trabalhar na agricultura local, trabalhando em quintais produtivos, gerando alimentos para o consumo familiar e a venda de excedentes da produção na região. Essa atividade e habilidade agrícola estão presentes na cultura do povo Xakriabá, seguindo as tradições (Corrêa, 2021).

O arranjo produtivo local é formado principalmente por lojas comerciais de pequeno porte, que comercializam diversos produtos inclusive os produzidos

localmente, porém nos quesitos de quantidade e variedades não atende à demanda local da população Xakriabá, havendo deslocamento de grande parte de pessoas para fazer compras em outras cidades de maior porte, sendo as mais visitadas: São João das Missões, Itacarambi, Manga, Miravânia, Januária e Montes Claros (Corrêa, 2021).

É tradição também do povo Xakriabá transacionar, ou seja, fazer trocas de produtos alimentícios por outros, como trocar suas hortaliças por grãos, feijão, milho entre outros. Também outras atividades agrícolas coletivas tradicionais são praticadas, como a produção de tapioca e farinha de mandioca. Os mutirões indígenas, grupo coletivo de pessoas para a realização de um serviço, está presente na cultura Xakriabá, e acontecem para serviços que exigem mais esforços, como capina e colheita de plantios e a manutenção de cercas para contenção de animais (Corrêa, 2021).

O povo Xakriabá tem como escola o próprio território e a vida no território. A escola era e continua sendo as próprias pessoas, com a produção do conhecimento peculiar, que nasce dentro de cada um, a cada prática do dia a dia. Como exemplo disso cita-se a forma de plantio de roça aplicando a ciência do plantar, de observar o tempo, a sabedoria das parteiras, que embora não estudaram a ciência, ambos produzem ciências. Entretanto, ao mesmo tempo em que reconhece este modo de produzir saberes e educar, o povo Xakriabá busca sistematicamente a organização da formação escolar em seu território (Corrêa, 2021).

A partir do processo de reestruturação da educação, o cenário econômico da população Xakriabá tem sofrido mudanças significativas, com a chegada de cursos de formação para educadores Indígenas, que teve início no ano de 1995. Com o surgimento da primeira turma de professores indígenas que começaram a atuar nas escolas da comunidade em 1997, houve um processo de “retomada” da educação escolar diferenciada e específica para o povo Xakriabá. A partir daí, as oportunidades de acesso a cursos de graduação foram ampliadas, em diversas áreas do conhecimento, com destaque para a presença indígena nos cursos de graduação da área da saúde, principalmente nas Instituições Federais de Educação. Esta é uma conquista mais recente, o que tem garantido a permanência dos jovens dentro das comunidades, a partir do momento que muitos jovens deixaram de sair das aldeias para trabalhar fora e garantir o sustento de suas famílias, prática bastante utilizada até meados do ano 2000 (Corrêa, 2021).

**Sociedade:** O povo Xakriabá, assim como muitos outros povos indígenas no Brasil, vem de um longo e intenso processo de contato com a sociedade envolvente, no que tem implicado em vários processos de violência social e cultural devido a esse atrito com os “brancos. Este processo se intensifica com a chegada da Missão de Senhor São João, por volta de 1775 que tinha como finalidade a catequização de indígenas. O povo Xakriabá se vê então forçados a deixar de fazer seus rituais, a falar língua materna Akwẽ. Esta situação se agrava mais tarde, quando o território já se encontra invadido por fazendeiros e outros colonos, no qual veio a marcar a história do povo com a chacina de 1987 (Corrêa, 2021).

Atualmente, as famílias Xakriabá tem costume de conviver coletivamente, compartilhando e trocando favores entre si, seja na organização das festas, rituais, velórios ou até mesmo no dia a dia. O costume dos Xakriabá sempre esteve pautado na organização coletiva onde um simples evento se torna grande, uma vez que as famílias Xakriabá costumam ser grandes e se reúnem tanto em momentos festivos quanto na realização de atividades cotidianas (Corrêa, 2021).

**Religião:** As festas e rituais fazem parte dos modos de vida do povo Xakriabá e acontecem durante o ano todo. A Folia de Reis acontece entre os meses de dezembro e janeiro. A Folia sai para cantar o Reis de casa em casa, por duas ou três aldeias, no dia 25 de dezembro. A festa acontece também em outras épocas do ano, em datas comemorativas e celebrações de dias Santos, com o Reis mais Simples e o Reis da Lapinha, as pessoas fazem seus pedidos para os seus Santos de devoção.

A festa de Santa Cruz acontece no mês de abril, mais precisamente no dia 23, iniciando com a levantada do mastro (uma madeira de grande estatura), enfeitada com papel colorido, vela de cera e uma bandeira enfeitada no pico da madeira, erguida pelos festeiros e mastreiros do ano (Corrêa, 2021).

São Gonçalo é uma festa muito popular no território Xakriabá. Ela também não tem uma época certa, acontece normalmente para cumprir promessas, de graças alcançadas como, por exemplo, a cura de doenças, resoluções de problemas familiares, entre outras (Corrêa, 2021).

Além dessas festas, o povo Xakriabá tem os Rezados, que compreende os cantos de benditos em atos de promessas em dias santos, ou até mesmo nas rezas de costume, nos finais de semanas, novenas de natal, quaresma, entre outras. Os mais velhos cantam os benditos em latim, até os dias atuais, o que é repassado

sempre para os mais jovens da comunidade, para que não se perca o ato de rezar o bendito original, que segundo os anciãos, é uma reza mais poderosa (Corrêa, 2021).

Faz parte também da tradição Xakriabá os festejos de São João Batista, padroeiro da cidade, que acontecem anualmente no mês de junho, no município de São João das Missões (Corrêa, 2021).

A festa de São João Batista, inicia no dia vinte ou vinte um do mês de junho e termina no dia vinte e cinco do mesmo mês, esperada durante o ano todo, as pessoas que moram fora, se planejam para estarem presentes durante os festejos de junho. Esta é considerada a maior festa de São João do norte de Minas Gerais. Ela celebra o padroeiro da cidade, São João Batista. É marcada por danças culturais, barraquinhas de comidas e bebidas típicas da região, atraindo muitos turistas para a cidade (Corrêa, 2021) (Corrêa, 2021).

**Cosmologia:** O povo Xakriabá mantém uma constante luta de retomada territorial e cultural, tem-se essa “consciência” de que, de fato, para se manter enquanto povo, é importante buscar o fortalecimento ancestral dos troncos velhos. Uma das formas pelas quais os Xakriabá pensam o mundo do tempo dos antigos e o conectam ao tempo d’agora está ligada ao ritual do Toré, um dos principais rituais proibidos desde o tempo das Missões. Nas palavras dos mais velhos, foi um longo período adormecido, porém não esquecido. Daí, então, surge essa necessidade de retomar o Toré, um ritual secreto com a participação restrita apenas para algumas pessoas do próprio povo, onde regras, deveres e segredos devem ser seguidos (Corrêa, 2021).

O ritual do Toré, em si, é o momento crucial onde o povo Xakriabá revive os modos de como veem o mundo, natural e espiritual, é a conexão que rege a vida cosmológica do povo (Corrêa, 2021).

Por isso este ritual também faz parte do “segredo do povo Xakriabá”, a participação nele é de pessoas preparadas e com a devida autorização. Porém, há outra manifestação que os Xakriabá também chamam de Toré, os cantos e danças que podem ser exibidas ao público, mas não menos importante e têm-se os devidos cuidados e preparação, mas sabendo que não é o mesmo ritual do Toré realizado na mata (Corrêa, 2021).

Comumente chamado de “Noite Cultural”, é uma das maneiras que o povo Xakriabá se viu como forma de fortalecimento cultural, este processo das Noites Culturais é parte também do Plano de Educação escolar indígena, desde 1997,



quando as escolas do território Xakriabá, passaram a ter atuação de professores indígenas. Isso possibilitou o ensino diferenciado que traz a oralidade Xakriabá como principal característica do povo e todos os rituais e festas tradicionais mencionados acima. Onde a própria comunidade retoma o direito de ter seu calendário próprio regido pelo tempo da comunidade. E neste calendário “Sócio Cultural”, está presente a noite cultural, realizada em torno de uma vez por mês em cada uma das 32 Aldeias do Território Xakriabá (Corrêa, 2021).

São nas noites culturais onde é possível transmitir os conhecimentos coletivamente através dos cantos entoados em português e também na língua materna Akwẽ Xakriabá, onde as pessoas pintam seus corpos de jenipapo e urucum com os grafismos que antes também foram proibidos. A pintura corporal é diversa e carrega motivos e significados próprios, em certa medida faz parte também do segredo do povo, ao estar entrelaçada com o ritual (Corrêa, 2021).

De modo geral, a pintura corporal é uma forma de proteção para o corpo e o espírito, como bem orienta os pajés desde o seu preparo até a sua aplicação no corpo. Sendo assim, para cada ocasião e pinturas corporais específicas que representam determinada proteção e festejo. Por exemplo, temos as pinturas que usamos para nos apresentar fora do território, em manifestações políticas, encontros nacionais indígenas, essas sempre estão marcadas pelas cores vermelha do urucum e preta do jenipapo, representando o fortalecimento da luta diante de qualquer cenário. As noites culturais são então, assim, o momento onde são partilhadas as comidas tradicionais, cantigas de roda. Torna-se importante, ao ser o momento onde crianças, jovens, velhos, homens e mulheres, se reúnem para (re) viver o tempo dos antigos, e manter para os de agora, para que se tenha o futuro enquanto Povo Xakriabá (Corrêa, 2021).

Há algumas restrições para a prática do Toré, a principal delas, é quando morre um parente, em respeito ao luto, não praticamos a dança por um mês ou mais e os parentes próximos não podem bater o instrumento maracá. Desde então o Toré, nosso ritual sagrado, é realizado em diversos momentos da vida Xakriabá: datas comemorativas como o abril indígena, formaturas escolares, noites culturais e reuniões nas comunidades que tratam de assuntos internos e diversos. Sendo assim, o Toré é o canto que entoa as narrativas da história do povo Xakriabá, sendo para nós de grande significado e respeito. O Toré Xakriabá é então a força ancestral e espiritual, a conexão entre o corpo e espírito, nos preparando para seguir em frente, diante de

qualquer batalha. É a nossa conexão entre passado, presente e futuro, é a possibilidade de ser o que somos, Povo Xakriabá (Corrêa, 2021).

### 3.1.12 Xukuru Kariri

**Autodenominação:** Este povo se chamava Xukuru-Kariri em 1938 e se distingue do povo Xukuru de Pernambuco. O nome já indica que a origem étnica deste povo se deve à união de dois grandes povos originários da região de Pernambuco – os Xukuru e de Alagoas – os Kariri Wakonã. Há uma facção na Bahia e outra em Minas Gerais (Silva 2002). Os Kariri têm origem em grupos de sobreviventes que se misturaram ao Wakóna (ou Aconã) e Carapotó na região de Palmeira dos Índios, Alagoas (PIB 2013).

**Outros Nomes:** Xukuru Kariri, Xucuru-Kariri (DAI/AMTB, 2010).

**Localização:** Alagoas, Bahia e Minas Gerais. A maioria vive na T. I. Xukuru Kariri e na cidade de Palmeira dos Índios, Alagoas (DAI/AMTB, 2010).

Em Minas Gerais, atualmente o grupo vive no município de Caldas, na região sul do Estado, em uma terra cedida pela União e no Município de Presidente Olegário, região noroeste de Minas Gerais, em uma terra também cedida pelo SPU (Camargos, 2020).

**Língua:** A língua pertence ao tronco Macro Jé, família linguística Kariri. De acordo com a enfermeira que atua a comunidade, no município de Caldas, desde 2004 a Escola Estadual Indígena Warkanã de Aruanã ensina a língua tradicional, na aula de cultura, já que não havia o componente curricular, língua indígena. Atualmente existe este componente curricular e ensinado na Escola Estadual Warkanã de Aruanã, que atende crianças do primário até o ensino Médio. Este ano começara a funcionar a creche municipal, na aldeia e atenderá crianças de 6 meses a 3 anos

**Estilo da Vida:** O antigo território indígena em Palmeira dos Índios é bem definida, composta por uma parte de terras planas e outra acidentada que englobava as serras que hoje caracterizam o município. É sobre essa paisagem natural que os Xucuru-Kariri atuam até hoje para prover a sua subsistência, baseada no trabalho rural. As partes mais planas do município estão nas mãos de não indígenas, divididas em fazendas (PIB, 2013).

O grupo em Minas Gerais vive em um território é em uma região bastante diferente da sua terra tradicional no Alagoas, com um clima tão distinto. A aldeia Xukuru-Kariri de Minas se localiza no município de Caldas, sul do Estado, na região

da cidade de Poços de Caldas. A aldeia está numa fazenda a 7 km da cidade de Caldas que dista, por sua vez, cerca de 510 km de Belo Horizonte. Trata-se de uma fazenda com 101 hectares, de posse da União, destinada ao assentamento definitivo do grupo. Da aldeia até uma rodovia são apenas 2 km, sendo assim um local de fácil acesso. O grupo fixou residência onde era a antiga sede da fazenda, usando as residências de alvenaria que já existiam (Silva, 2002).

O grupo em Minas tenta vender o artesanato produzido aos visitantes da aldeia e em exposições ou apresentações nas cidades aonde vão, mas além da produção artesanal, investem também na produção agrícola de subsistência, “tendo a família nuclear como unidade primária de produção e consumo, coadjuvada por práticas interfamiliares de auxílio mútuo” (Silva, 2002).

Atualmente os Xucuru Kariri já estão mais habituados ao clima, conseguindo assim, plantar alguns produtos para consumo próprio, como milho, feijão e hortaliças, mas como a produção ainda pequena, não consegue ser fornecida para toda a aldeia. Há funcionários indígenas contratados pelo Governo, para desenvolver trabalhos na escola e no posto de saúde. A população ainda se destaca por uma maioria de jovens e adultos e os poucos idosos são aposentados, segundo relatos da enfermeira que realiza atendimentos na comunidade.

**Sociedade:** Os Xakuru-Kariri são divididos em três grupos. O maior de 2.000 pessoas em Palmeira dos Índios—AL, e dois pequenos grupos em Afonso Pena, BA e em Minas. Em Alagoas, além do cacique e do pajé, o povo conta com liderança do conselho tribal, responsável pela intermediação entre o grupo e o gestor local da assistência do órgão indigenista. Mas como aqui se trata de um grupo reduzido, este último não se fez necessário ainda (Silva, 2002).

**Artesanato:** Produzem artesanato em abundância tanto para enfeites ou uso pessoal, como para comercialização. Entre os diversos itens, destacam-se variados tipos de lanças, arcos e flechas, maracás, diversos chocalhos, uma ampla variedade de colares feitos principalmente de sementes, madeira e coco, saiotas de capim, numerosos enfeites de penas, vários modelos de sutiãs, gamelas e outras vasilhas de madeira, além de várias peças confeccionadas com asas secas de pássaros. Ao contrário de alguns grupos, eles valorizam este material produzido, colocando às vezes até preços exorbitantes nos mesmos (Silva, 2002).

Os Xukuru-Kariri possuem um estilo de enfeitar o corpo muito peculiar e curioso, se destacando dos demais grupos do Estado. Enquanto alguns grupos pintam

apenas o rosto – como os Maxakali – ou também os braços – como os Pataxó – eles pintam todo o corpo, do tornozelo ao pescoço, e também o rosto. Usam uma tinta preta, feita de jenipapo para pintar o corpo com formas geométricas diversificadas, tinta esta que fica impregnada na pele, por estarem sempre retocando. No corpo usam sempre a cor preta, enquanto no rosto usam vermelho. O vermelho simboliza o “sangue derramado” dos seus bravos guerreiros que morreram no passado defendendo o seu povo, e o preto simboliza “luto” pelos muitos que morreram. Enquanto no corpo usam riscos poligonais, no rosto fazem às vezes malhas mesclando o preto e vermelho, ou então riscos horizontais. As mulheres às vezes pintam o rosto com circunferência (Silva, 2002).

Usam também grandes enfeites de penas que alguns colorem com cores variadas dando um aspecto de singular beleza. Alguns homens usam grandes penas presas ao braço que se estendem até a altura da cabeça e algumas mulheres enfeitam seus sutiãs também com penas. Usam variados tipos de colares e pulseiras, sendo que as mulheres preferem a madeira e sementes, enquanto os homens preferem dentes de animais que eles abateram (Silva, 2002).

Certamente são os enfeites de osso que dão uma maior peculiaridade aos Xukuru-Kariri quanto aos enfeites corporais. Além dos belos colares e pulseiras de presas de animais, são peritos no manuseio de osso para a fabricação de enfeites variados. Alguns jovens perfuram as orelhas com várias pequenas peças de osso e como brinco usam dentes de duas raízes, sendo que uma perfura a pele (Silva, 2002).

**Religião:** Sendo aldeados e catequizados por missionários católicos desde o século XVIII, os Xukuru-Kariri incorporaram em sua religiosidade muitos aspectos do catolicismo, principalmente a veneração de Maria e de alguns outros santos. Conseqüentemente perderam também muito das crenças e tradições religiosas do passado, tornando-se sincretistas com fortes aspectos animistas. Apesar de terem incorporado vários aspectos do catolicismo, fazem questão de distinguir entre este e a sua própria religião. Alguns traços animistas são bem evidentes no grupo e nas suas cerimônias religiosas. Suas credices são mantidas sob um rígido sigilo, dificultando uma análise das mesmas. Eles não permitem em hipótese alguma a presença de não-indígenas nos seus rituais, com exceção de um, o Toré, e proibidos de relatar os mesmos. Evitam até comentar sobre seus costumes religiosos (Silva, 2002).

Como se trata de uma cerimônia comum a todos os grupos do Nordeste, o Toré é a única dança aberta a todos e sobre a qual eles têm liberdade de comentar.

Consiste numa dança em círculo, quando todos entoam suas cantorias na língua tradicional que se harmonizam com os vários instrumentos usados, marcando compasso com o pisar forte no chão. O líder do grupo inicia a dança e todos o acompanham, usando instrumentos como o maracá, flauta e os que o grupo dispuser. Como andam sempre com o corpo pintado, para o Toré, bem como para qualquer outra cerimônia, se enfeitam com uma indumentária apropriada para o momento. Sempre que são convidados para fazer apresentações em escolas ou qualquer local público, é o Toré que exibem. Parece que este ritual possui mais um aspecto folclórico do que propriamente religioso (Silva, 2002).

Os rituais sagrados são mantidos em absoluto segredo e nem mesmo os nomes são revelados. São realizados num local sagrado na mata onde não-indígenas não podem em hipótese alguma se aproximar. Falando dos rituais dos antigos Kariri do São Francisco, Prezia menciona o Warakidzã, como um dos rituais sagrados deste povo. É provável haver rituais semelhantes ou relacionados ainda hoje, mas na nossa pesquisa de campo não foi possível constatar e parece não haver nenhuma literatura sobre tais rituais. Durante a festa de três a quatro dias acreditam que o herio, *Warakidze*, desça da constelação Orion, como um jovem formoso ‘encantado’. É ocasião para a perfuração dos lábios dos adolescentes (Silva, 2002).

O local sagrado, que se chama oricuri, se localiza na mata e se trata de uma claria, frequentado por eles apenas nos rituais e os não indígenas não tem acesso. No oricuri ele se reúnem para descansar, debater assunto que só a nós interessa e buscam as ervas medicinais (Silva, 2002).

**Cosmovisão:** Apesar de todo o sigilo, foi possível constatar que eles crêem em uma entidade chamada *Dejuá-Ihá*, à qual atribuem a criação de tudo e o governo do mundo. Afirmam ser o mesmo “deus dos brancos”, apenas com nome diferente. Este ocupa o cume da hierarquia no panteão de entidades que habitam seu mundo espiritual, tendo sob seu controle um número indeterminados de entidades inferiores com as quais eles se relacionam. Estas são mediadoras entre eles e *Dejuá-Ihá*. Outras entidades veneradas pelos Kariri são: *Nhinhó* o criador do mundo e do povo Kariri. *Badzé* ou *Padzu*, deus da floresta e do fumo que teve dois filhos: *Poditã*, deus da caça e *Warakidzé*, deus da chuva (Silva, 2002).

Apenas de negar que são católicos, há evidência do sincretismo. Pelo que parece, na figura de Maria está concentrada a influência católica e curiosamente eles consideram Palmeira dos Índios como “Terra do Nosso Senhor” e Minas Gerais como

“Terra da Nossa Senhora. Também “Mãe Tamaim” ou “N. S.<sup>a</sup> das Montanhas”, uma versão de Maria, santa dos católicos, que foi vista por três crianças em um certo local na Vila de Cimbres, tendo esta aldeia como o lugar de adoração dessa divindade. Outros santos católicos também são venerados pelos Xucurus, porém, com menos intensidade (Silva 2002).

### **3.2 Dados Geográficos**

O DSEI MGES abrange dois estados do sudeste brasileiro – Minas Gerais e Espírito Santo. Minas Gerais (MG) é o maior estado do sudeste e o quarto maior da federação. Já o Espírito Santo (ES) é o segundo menor estado da região e o quarto menor da federação, em área territorial.

Em MG, os indígenas estão distribuídos em 21 (vinte e um) municípios, enquanto no ES, os indígenas se concentram apenas no município de Aracruz.

Os indígenas do DSEI MGES estão inseridos em dois tipos climáticos: tropical, e semiárido. Neste está concentrada a maior população indígena do distrito, representantes da etnia Xakriabá, no norte do estado de MG, no município de São João das Missões. Vale ressaltar que este município tem o pior IDH do sudeste brasileiro, e todos os anos a população sofre com a escassez de água em períodos de estiagem.

As demais etnias estão inseridas no clima tropical, que abrange parte significativa do estado de MG e também o município de Aracruz, onde estão situados os indígenas das etnias Tupiniquim e Guarani.

Em termos de vegetação (bioma), destacam-se três tipos: Mata Atlântica, Cerrado e Caatinga. Com relação à hidrografia, as principais bacias são a Bacia do Rio Doce, Bacia do Rio Francisco e a Bacia do Rio Jequitinhonha. Algumas destas comunidades têm um rio passando dentro do seu território, no entanto, apenas duas delas necessitam de um meio de transporte alternativo (fluvial) para se locomoverem. O acesso a essas comunidades pode ocorrer também por meio de transporte terrestre, porém o percurso é extenso, levando maior tempo para o deslocamento.

Importante destacar que nenhuma comunidade indígena, tanto de MG, quanto do ES, está localizada na divisa com outro estado da federação. Ainda nesse sentido, nenhuma comunidade indígena do DSEI está inserida em contexto que possua barreira geográfica.

Diferentemente das comunidades indígenas do norte do Brasil, que estão muito distantes dos centros urbanos, muito isoladas geograficamente, as comunidades indígenas do DSEI MGES estão próximas de cidades de pequeno porte (a maioria está a menos de 25 km).

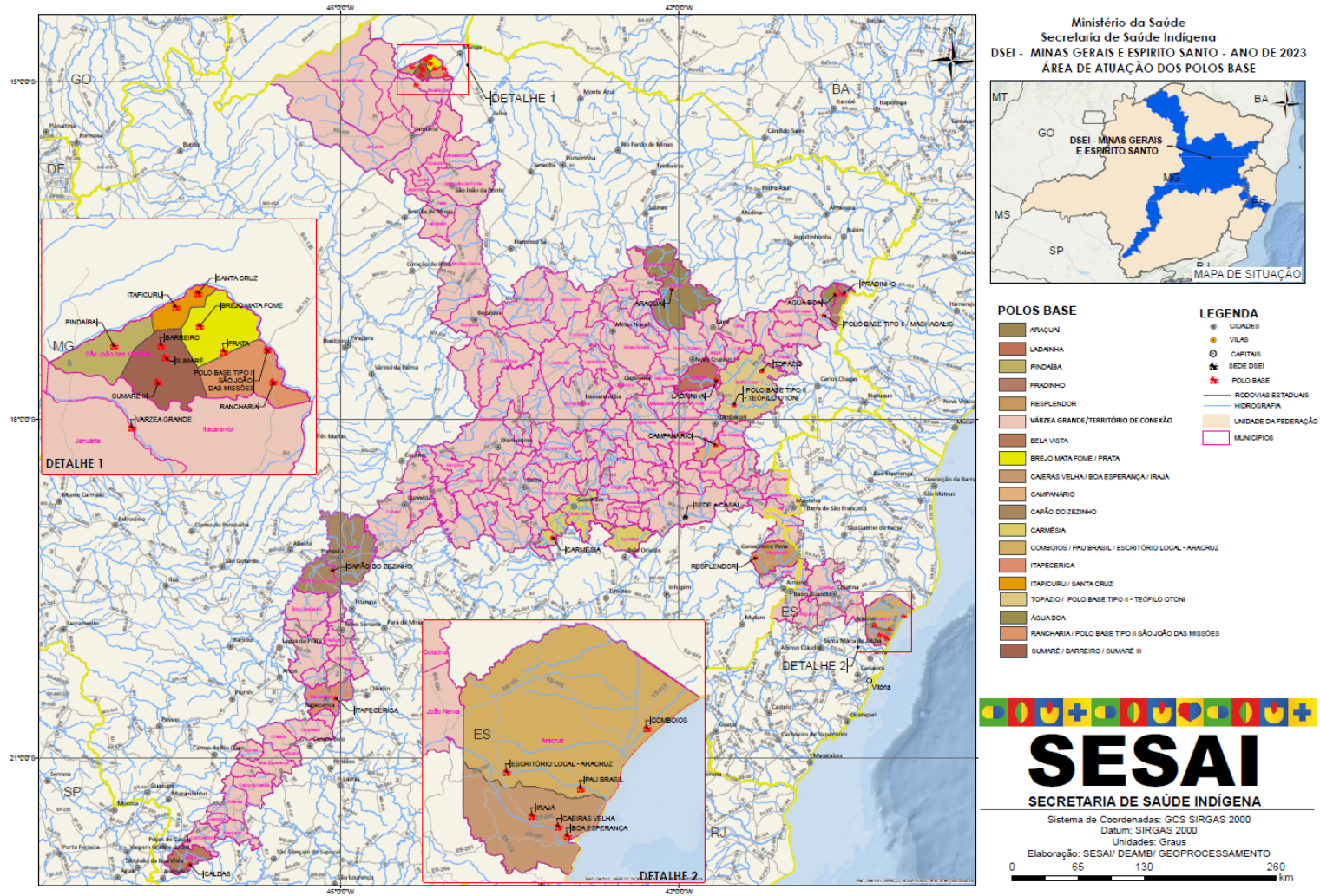
Essa proximidade com os centros urbanos contribui para os atendimentos de média e alta complexidade na rede de atenção. Para esses atendimentos o DSEI MGES tem como referência os municípios das sedes das micro e macrorregionais, além das cidades de Belo Horizonte/MG e Vitória/ES.

Por último, e não menos importante, a distribuição das escolas e a educação escolar. Esta, contribui significativamente na melhoria das condições de saúde humana, animal e ambiental e, quando alinhada às ações de saúde, promove importante impacto na qualidade de vida da população. A responsabilidade pela educação nas comunidades indígenas em MG é do estado e no ES é do município de Aracruz. No entanto, é muito comum que cada aldeia (comunidade) tenha sua própria escola indígena, idealizada a partir de escolas não indígenas, mas que preservam suas línguas maternas, ritos e outros elementos culturais, sendo todos os colaboradores (professores e outros funcionários) indígenas, representantes das comunidades locais.

### **3.3 Mapa**

O mapa demonstra o extenso território do DSEI MGES, que abrange dois estados (MG e ES) e 22 municípios, a localização da sede e de cada Polo Base, os limites territoriais e políticos, assim como os rios e estradas deste território.

Figura 1 - Mapa de extensão territorial de abrangência do DSEI MGES, 2023





#### 4. DETERMINANTES E FATORES DE RISCOS AMBIENTAIS

As condições de vida de cada indivíduo e da comunidade vão determinar a saúde da população. As ações de saúde devem ser planejadas considerando os fatores que influenciam nesse processo, em especial as especificidades na qual os territórios se encontram e que geram risco para a situação de saúde dos povos indígenas.

Quadro 2 - Características específicas da região do DSEI MGES

Caracterização	Descrição
Bioma	Três tipos predominantes de vegetação: mata atlântica, cerrado e caatinga.
Sazonalidade	Chuvoso no verão (novembro a abril) e seco no inverno (maio a outubro, sendo julho o mês mais seco)
Áreas contaminadas	Aracruz/ES (Tupiniquim e Guarani) e Resplendor/MG (Krenak).
Qualidade da água para consumo	40,59 % de aldeias com água tratada.
Área com uso de agrotóxicos	Presidente Olegário (Xukuru kariri) e Aracruz (Tupiniquim e Guarani)

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

#### 4.1 Dados demográficos

A população indígena, sob abrangência do DSEI MGES, totaliza 18.886 indígenas, distribuídos em 101 aldeias, sendo 9.445 do sexo feminino e 9.441 do sexo masculino. As informações, com base em uma série de variáveis de cada Polo Base, permite entender os diferentes perfis e subsidiar o planejamento de acordo com a necessidade da população.

Tabela 1 - Demonstrativo da população por Polo Base

Polo Base	População	Percentual
Brejo Mata Fome	2.598	13,8
Caieras Velha	1.817	9,6
Sumaré	1.344	7,1
Itapicuru	1.102	5,8
Rancharia	1.079	5,7
Pradinho	1.025	5,4
Irajá	1.019	5,4
Água Boa	992	5,3
Comboios	894	4,7
Pau Brasil	826	4,4
Barreiro	776	4,1
Pindaíba	705	3,7
Carmésia	704	3,7
Resplendor	609	3,2
Prata	562	3,0
Sumaré III	492	2,6
Boa Esperança	484	2,6
Várzea Grande	449	2,4

<b>Polo Base</b>	<b>População</b>	<b>Percentual</b>
Santa Cruz	441	2,3
Topázio	348	1,8
Bela Vista	210	1,1
Ladainha	209	1,1
Capão Do Zezinho	98	0,5
Itapecerica	40	0,2
Campanário	37	0,2
Araçuaí	26	0,1
<b>Total</b>	<b>18.886</b>	<b>100,0</b>

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

Tabela 2 - Demonstrativo da população ADPF

<b>Município</b>	<b>Comunidade</b>	<b>População</b>	<b>%</b>
Araçuaí - MG	Aranã Cabloco	168	26,21
Coronel Murta - MG	Canoeiro	96	14,98
Araçuaí e Coronel Murta - MG	Aranã Índio	85	13,26
Coronel Murta - MG	Aranã Cabloco	80	12,48
Brumadinho - MG	Arapowã Kakyá	52	8,11
São Joaquim de Bicas - MG	Katurama	52	8,11
Esmeraldas - MG	Kamaká Kaêhá Puá	29	4,52
Coronel Murta e Alagadiço MG	Aranã Cabloco	28	4,37
Brumadinho - MG	Kamakã Mongoió	21	3,28
São Joaquim de Bicas - MG	Chácara Dimas	20	3,12
Buritizeiro - MG	Setsor Bragagá	10	1,56
<b>Total</b>		<b>641</b>	<b>100,00</b>

Fonte: DSEI MGES/SESAI/MS, 2023.

Figura 2 - Perfil sócio demográfico, étnico-cultural e linguística dos povos indígenas por Polo Base

Polo Base	Nome dos Municípios	Nº Aldeia	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			
Água Boa	Santa Helena De Minas/MG	13	1	13	57	94	298	14	14	11	73	80	307	17	14	992	Maxakali	51%
Araçuaí	Araçuaí e Coronel Murta/MG	2	1	0	0	2	6	1	0	0	1	3	9	3	1	26		100%
Barreiro	São João das Missões/MG	1	1	9	37	37	247	20	44	4	29	44	247	23	35	776	Akwê	100%
Bela Vista	Caldas/MG	2	2	5	7	12	83	2	2	1	13	12	66	2	5	210		100%
Boa Esperança	Aracruz/ES	4	1	13	31	29	159	13	8	12	21	29	145	14	10	484	Tupi-Guarani	70%
Brejo Mata Fome	São João das Missões/MG	8	1	33	143	138	844	76	75	24	118	147	856	64	80	2598	Akwê	100%
Caieras Velha	Aracruz/ES	2	2	23	65	95	598	56	65	19	77	96	597	59	67	1817	Tupi-Guarani	98%
Campanário	Campanário/MG	1	1	0	0	0	7	2	4	0	1	3	12	4	4	37		100%
Capão do Zezinho	Martinho Campos e Bombá/MG	2	1	1	2	4	27	12	4	0	2	4	30	6	6	98		100%
Carmésia	Carmésia/MG	4	1	7	29	34	153	12	10	7	27	29	146	10	10	474	Patxohã	100%
	Açucena/MG	1	1	0	2	4	26	4	3	0	2	5	14	7	3	70	Patxohã	100%
	Guanhães/MG	1	1	1	1	2	12	0	0	0	1	2	9	0	1	29	Patxohã	100%
	São Joaquim De Bicas/MG	1	1	3	1	4	18	1	0	0	3	4	22	0	0	56	Patxohã	100%
	Presidente Olegário/MG	1	1	1	5	8	26	1	4	2	4	3	20	0	1	75		100%
Comboios	Aracruz/ES	2	1	7	46	64	296	25	26	4	46	53	284	18	25	894	Tupi	100%
Irajá		2	1	17	36	63	323	31	44	7	43	49	333	31	42	1019	Tupi	100%
Itapecerica	Itapecerica/MG	1	1	0	0	0	17	3	1	1	0	2	14	2	0	40	Patxohã	100%
Itapicuru	São João das Missões/MG	4	1	13	46	60	344	33	43	17	55	65	361	38	27	1102	Akwê	100%
Ladainha	Ladainha/MG	6	1	2	15	8	65	3	2	3	14	12	81	2	2	209	Maxakali	51%
Pau Brasil	Aracruz/ES	4	2	7	33	45	254	31	40	6	34	33	263	36	44	826	Tupi-Guarani	85%
Pindaíba	São João das Missões/MG	6	1	4	32	30	211	34	39	7	26	30	226	24	42	705	Akwê	100%
Pradinho	Bertópolis/MG	8	1	14	59	93	325	10	12	19	54	100	309	20	10	1025	Maxakali	44%
Prata	São João das Missões/MG	2	1	3	21	28	180	15	30	5	29	29	178	19	25	562	Akwê	100%
Rancharia		2	1	10	39	52	372	39	48	7	48	43	337	38	46	1079	Akwê	100%
Resplendor	Resplendor	8	1	7	30	31	202	12	13	8	31	39	215	9	12	609	Borun	100%
Santa Cruz	São João das Missões/MG	2	1	7	14	26	133	14	21	3	25	21	148	11	18	441	Akwê	100%
Sumaré		4	1	11	64	73	408	47	51	4	53	82	447	42	62	1344	Akwê	100%
Sumaré III		3	1	10	22	29	148	19	20	7	18	25	150	19	25	492	Akwê	100%
Topázio	Teófilo Otoni/MG	2	1	5	20	22	111	4	1	11	25	22	115	8	4	348	Maxakali	51%
Várzea Grande	Itacarambi/MG	2	1	8	13	25	139	20	26	0	16	13	144	14	31	449	Akwê	100%

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

## 4.2 Determinantes Sociais

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os Determinantes Sociais de Saúde são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Estes determinam fatores estruturais das condições da vida que impactam diretamente na situação de saúde, e responsáveis pela maior parte das iniquidades em saúde. As iniquidades, por sua vez, são “diferenças no estado de saúde ou na distribuição dos recursos de saúde entre diferentes grupos populacionais, decorrentes das condições sociais onde as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem”.

Importante salientar dois pontos: o primeiro é a condição de desenvolvimento das muitas regiões sociais e geográficas que compõem este distrito e, por conseguinte, os territórios indígenas. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma boa medida para ilustrar o primeiro ponto. O IDH é uma unidade de medida utilizada para aferir o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade e tem como principais indicadores: educação, saúde e renda.

Nos estados de MG e ES, o IDH é considerado médio, nos quesitos renda e saúde. Já nos quesitos educação e longevidade é considerado baixo e muito alto, respectivamente. No entanto, em MG, na região norte, onde está a maior população indígena (Xacriabá), localiza-se o polígono da seca e o menor IDH do estado. Fator que inclusive expulsa os maridos e filhos adultos de casa para trabalharem e buscarem sustento financeiro em outros lugares, voltando para a casa em períodos anuais de férias e feriados de fim de ano. Lá ocorre, devido a essa situação, o fenômeno denominado “viúvas de maridos vivos”.

O segundo ponto a ser salientado, é a própria organização sociopolítica de cada povo indígena, conforme seus códigos étnicos. Diversas literaturas relatam o quanto costumes indígenas são determinantes para o agravamento da situação de saúde, em especial, no concernente às doenças pulmonares e do aparelho gastrointestinal.

É de grande importância que o DSEI MGES consiga mensurar os determinantes sociais de cada comunidade indígena, dentre elas: nível de escolaridade, renda, etc. No entanto, a obtenção desses dados é um grande desafio. Instituições como a Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI), Secretarias de Estado de Saúde e Secretarias de Estado de Educação também não possuem registro desses dados.

Conforme descrito na análise crítica dos indicadores do PDSI 2020-2023, a população indígena participou dos questionários aplicados pelo DSEI MGES que tinham como objetivo realizar um diagnóstico situacional das necessidades sociais e de saúde da população indígena vinculada a este distrito. No entanto, não foi possível concluir os relatórios devido ao grande volume de questionários aplicados, aproximadamente 5 mil.

Uma proposta bastante desafiadora, mas que deverá ser futuramente trabalhada na busca da melhor resolutividade, é a articulação com outras instituições (universidades, FUNAI e/ou gestões municipais e estaduais de saúde e educação), para a coleta e tabulação de dados, assim como a produção de relatórios analíticos dos determinantes sociais de saúde deste distrito.

A Tabela 3 detalha as atividades realizadas pelos indígenas, destacando sua função social e as respectivas porcentagens em relação à população de jovens e adultos, que totaliza 13.211 indígenas.

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

<b>Setor de Atividades</b>	<b>Quantidade</b>	<b>% em relação à população de jovens e adultos</b>
Professor	48	0,36%
AIS	109	0,82%
AISAN	85	0,64%
Parteira	03	0,02%

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

Observa-se uma subnotificação no número de profissionais registrado no SIASI, considerando que, de forma extraoficial, existem mais de 30 parteiras nas comunidades indígenas atendidas pelo DSEI MGES.

É essencial que os profissionais sejam orientados a registrar esses dados corretamente no sistema, a fim de formalizar e validar as informações. A educação, o ensino e o trabalho em saúde desempenham papéis significativos para as comunidades indígenas, especialmente no fortalecimento e na revitalização de sua cultura, além de contribuir para a formação de lideranças capazes de representar e defender seus direitos.

Destaca-se a importância de implementar políticas públicas que incentivem essas e outras atividades, proporcionando aos indígenas as condições necessárias para exercerem sua cidadania e representatividade tanto na sociedade civil quanto no âmbito político.

Quadro 3 - Característica dos domicílios no DSEI MGES por Polo Base

<b>Polo Base</b>	<b>Infraestrutura domiciliar</b>	<b>Geração de energia</b>	<b>Segurança</b>
Teófilo Otoni	Alvenaria/Pau a pique/Outros	Rede geral	Postos policiais
Machacalis	Pau a pique e alvenaria	Rede geral	Postos policiais
São João das Missões	Alvenaria/Barracos/Outros	Rede geral	Postos policiais
Resplendor	Alvenaria	Rede Geral	Postos policiais
Itapecerica	Alvenaria	Rede Geral	Postos policiais
Água Boa	Pau a pique e alvenaria	Rede Geral	Postos policiais
Pradinho	Pau a pique e alvenaria	Rede Geral	Postos policiais
Bela Vista	Alvenaria	Rede Geral	Postos policiais
Araçuaí	Alvenaria	Rede Geral	Postos policiais
Rancharia	Alvenaria	Rede Geral	Postos policiais
Pindaíba	Alvenaria e Pau a pique	Rede Geral	Postos policiais
Brejo Mata Fome	Alvenaria e Pau a pique	Rede Geral	Postos policiais
Prata	Alvenaria	Rede Geral	Postos policiais
Itapicuru	Alvenaria e Pau a pique	Rede Geral	Postos policiais
Santa Cruz	Alvenaria e Pau a pique	Rede Geral	Postos policiais
Sumaré	Alvenaria e Pau a pique	Rede Geral	Postos policiais
Barreiro	Alvenaria e Pau a pique	Rede Geral	Postos policiais
Sumaré III	Alvenaria	Rede Geral	Postos policiais
Várzea Grande	Alvenaria	Rede Geral	Postos policiais
Capão do Zezinho	Alvenaria	Rede Geral	Postos policiais
Carmésia	Alvenaria	Rede Geral	Postos policiais
Campanário	Alvenaria	Rede Geral	Postos policiais
Ladainha	Pau a pique e alvenaria	Rede Geral	Postos policiais
Topázio	Pau a pique	Rede Geral	Postos policiais
Caieiras Velha	Alvenaria e Pau a pique	Rede Geral	Postos policiais
Irajá	Alvenaria	Rede Geral	Postos policiais
Boa Esperança	Alvenaria, Madeira e Pau a pique	Rede Geral	Postos policiais
Comboios	Alvenaria	Rede Geral	Postos policiais
Pau Brasil	Alvenaria e Pau a pique	Rede Geral	Postos policiais

Fonte: SESANI/DSEI MGES, 2023.

### 4.3 Perfil epidemiológico

O perfil epidemiológico do DSEI MGES no período de 2020 – 2022 foi construído utilizando-se dos instrumentos de registro de informações do serviço de saúde, além de documentos complementares de monitoramento e avaliação das áreas técnicas, os quais destacam-se: Planilhas de dados do Painel Gerencial/SIASI (módulos Morbidade, Demográfico – óbitos, nascimentos); Planilha de dados das EMSI, CASAI e Referências Técnicas.

Considerando a vulnerabilidade histórica das populações indígenas, os determinantes sociais da saúde, como pobreza, moradia precária e falta de acesso à educação, oportunidades econômicas, água e saneamento, afetam desproporcionalmente as populações. Assim, ressalta-se a importância desses na sua situação de saúde.

Para Buss e Pellegrini Filho (2007), os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, denominados de determinantes sociais em saúde, influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco à população.

Levando-se em conta o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), em diferentes regiões nos estados de MG e ES, percebem-se características amplamente desiguais, ou seja, a carga das doenças e as iniquidades em saúde em geral existentes têm grande impacto dos determinantes sociais visualizados, afetando a magnitude e distribuição dessas nas comunidades.

As condições culturais de dimensão social (por exemplo, infraestrutura deficitária, das habitações de moradia – algumas de pau a pique, também o modo de vida predominantemente comunitário, com casas que abrigam várias famílias com maior média de filhos por mulher, além de mudança dos hábitos alimentares tradicionais para produtos industrializados e com baixo teor de nutrientes), e a organização sociopolítica de cada povo indígena, com costumes preservados, tornam a população indígena mais vulnerável aos impactos da doença e às suas complicações, tanto à incidência de morbidades quanto para a mortalidade.

No caso das populações Maxakali, do estado de MG, que apresentam deficiências notáveis, relacionadas aos indicadores sociais descritos acima, visualiza-se grande incidência de doenças dos aparelhos respiratório e gastrointestinal.

De uma maneira geral, percebe-se ainda, uma deficiência nas políticas públicas sociais e de saúde destinadas à população indígena para respeitar verdadeiramente às suas necessidades e especificidades – por exemplo, o conhecimento tradicional e sagrado do povo, seja para cura das doenças e proteção das famílias, é de grande importância para garantia assistencial em saúde, que influencia indiretamente na evolução favorável ou não das doenças. Esse ponto citado, é vivenciado no cuidado, principalmente à população Maxakali, que possui especificidades culturais enraizadas, sendo de grande importância no processo saúde-doença.

A análise do perfil de saúde das populações abrangidas pelo DSEI MGES tem como objetivo caracterizar a situação de saúde dos indígenas assistidos, identificando as principais morbidades e causas de mortalidade observadas nos últimos três anos. Esse estudo inclui a identificação das principais doenças crônicas não transmissíveis que demandaram intervenções ou cuidados específicos em 2022, bem como as morbidades que resultaram em encaminhamentos para serviços de média e alta

complexidade e para a CASAI. Adicionalmente, a análise aborda os principais problemas relacionados à saúde mental, incluindo violência e registros de tentativas de suicídio e óbitos associados.

Tabela 4 - Taxa de natalidade do DSEI MGES por ano

<b>Taxa de Natalidade</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
Taxa de Natalidade no DSEI MGES	26,95	28,23	24,3

Fonte: Painel SIASI/DSEI MGES/SESAI/MS, 2023.

A frequência anual de nascidos vivos, entre os anos de 2020-2022, mostra um crescimento populacional considerável entre 2020 para 2021, sendo a Taxa de Natalidade de 26,95, e 28,23 respectivamente. Já em 2022, observa-se a Taxa de Natalidade de 24,30.

Tabela 5 - Taxa de incidência das principais morbidades que acometem os povos indígenas do DSEI MGES, 2020 a 2022

<b>Morbidade</b>	<b>Taxa de Incidência</b>		
	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
J00 - Nasofaringite aguda [resfriado comum]	88,46 por 1.000 hab	156,32 por 1.000 hab	156,54 por 1.000 hab
A09 - Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	41,83 por 1.000 hab	55,46 por 1.000 hab	57,85 por 1.000 hab
A 16.9/ A15.0/A15 - Tuberculose	33,43 por 100.000 hab**	16,80 por 100.000 hab**	28,00 por 100.000 hab**
J06.9 - Infecção aguda das vias aéreas superiores não especificadas	31,25 por 1.000 hab	19,77 por 1.000 hab	40,55 por 1.000 hab
J11.8 - Influenza [gripe] com outras manifestações, devida a vírus não identificado	8,46 por 1.000 hab	21,57 por 1.000 hab	31,47 por 1.000 hab
J03.9 - Amigdalite aguda não especificada	26,35 por 1.000 hab	12,99 por 1.000 hab	15,29 por 1.000 hab
N39.0 - Infecção do trato urinário de localização não especificada	19,33 por 1.000 hab	14,95 por 1.000 hab	10,80 por 1.000 hab
J30.4 - Rinite alérgica não especificada	8,13 por 1.000 hab	9,35 por 1.000 hab	11,48 por 1.000 hab
B82.9 - Parasitose intestinal não especificada	8,41 por 1.000 hab	10,75 por 1.000 hab	0,04 por 1.000 hab
B86 - Escabiose [sarna]	9,24 por 1.000 hab	7,33 por 1.000 hab	0,05 por 1.000 hab
J01.9 - Sinusite aguda não especificada	9,19 por 1.000 hab	5,60 por 1.000 hab	8,68 por 1.000 hab

Fonte: Painel SIASI/DSEI MGES/SESAI/MS, 2023.

Obs.: Taxa de incidência da Hanseníase: 2020 - 0; 2021 - 5,60; 2022 - 0; por 100.000 hab\*\*

\*\*Tuberculose/Hanseníase - cálculo utilizado por 100.000 hab, tratando-se de Protocolo Nacional; nas demais doenças, foi considerado cálculo por 1000 hab, considerando a densidade demográfica do distrito, propiciando um valor comparativo mais realístico.



Em análise dos dados de saúde da população assistida pelo DSEI MGES, quanto às morbidades, por grupo de causas, demonstra-se que as doenças do aparelho respiratório e doenças infecciosas e parasitárias são predominantes entre os registros encontrados, no período de 2020-2022. Destaca-se a ocorrência de Nasofaringite aguda [resfriado comum] – J00, sendo 88,46 ‰ (2020), 156,32 ‰ (2021) e 156,54 ‰ (2022), seguido de Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível – A09, com 41,83 ‰ (2020), 55,46 ‰ (2021) e 57,85 ‰ (2022).

Considerando a tríade tempo/pessoa/lugar, dos casos de Nasofaringite aguda [resfriado comum], no período de 2020 – 2022, observa-se a Tabela 5 a seguir.

Tabela 6 - DSEI MGES, Doenças do Aparelho Respiratório (J00 – Nasofaringite aguda [resfriado comum]), 2020-2022

POLO BASE	< 1 a		1 - 4 a		5 - 9 a		10 - 14 a		15 - 19 a		20 - 39 a		40 - 59 a		60 - 79 a		≥80 a		Total Geral	%
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M		
PRADINHO	218	209	428	350	146	130	61	32	42	9	143	57	26	12	8	11	1	2	1885	26,28
ÁGUA BOA	164	78	220	147	89	53	29	12	27	1	69	20	25	7	3				944	13,16
LADAINHA	23	30	93	88	68	47	62	29	62	1	104	86	25	19	15	1		2	755	10,53
IRAJÁ	45	38	119	99	100	91	23	38	20	19	53	27	20	8	5	10	5	3	723	10,08
CARMÉSIA	39	45	86	89	77	62	21	37	27	26	77	41	35	26	10	7	3		708	9,87
TOPÁZIO	19	33	108	105	38	23	46	20	36	10	82	43	36	28	9	3			639	8,91
BOA ESPERANÇA	21	23	30	30	21	16	7	14	4	6	21	17	12	5	2		2	1	232	3,23
PAU BRASIL	7	8	26	26	15	12	8	9	8	2	25	19	8	5	1	3	1		183	2,55
PINDAÍBA	5	7	21	23	11	10	7	9	6	10	30	12	8	10	5	2	2	3	181	2,52
BELA VISTA	3	5	21	8	15	8	8	14	7	4	24	6	3	3	1				130	1,81
SUMARÉ	2	10	11	23	8	7	8	6	3	3	6	7	7	4		2			107	1,49
RANCHARIA	2	4	9	11	6	6	7	2	7	5	20	13	4	6	3			1	106	1,48
CAIERAS VELHA	7	5	16	16	7	12	2	5	2	2	8	6	4	2	2				96	1,34
ITAPICURU	4	8	15	13	5	8	3	5	4	3	10	5	3	2					88	1,23
BREJO MATA FOME	5	7	9	10	1	3	1	1	1	1	10	4	6	3	1	2		1	66	0,92
PRATA	2		6	13	8	2	3	3	7	5	4	7	2	1	1	2			66	0,92
COMBOIOS	2	2	6	6	6	2	2	1	5	2	13	8	6	3					64	0,89
BARREIRO	4		8	15	4	4	3	2	1	1	3	1	4	1	1	3			55	0,77
CAMPANÁRIO			4		9		7	3			4		3			2	1		33	0,46
RESPLENDOR	1	3	1	5	2	4	2		2	1	2	2		1					26	0,36
SUMARÉ III		1	4	8		2		1	1		3	1	2		1	2			26	0,36
VÁRZEA GRANDE		2	3	3	2	2	2	2				5	1	2	1				25	0,35
SANTA CRUZ	2	3	3	2	1	1	1		1		3		1		1				19	0,26
CAPÃO DO ZEZINHO		1	2	5		1	2			1	1	1	1		1				16	0,22
<b>Total Geral</b>	<b>575</b>	<b>522</b>	<b>1249</b>	<b>1095</b>	<b>639</b>	<b>506</b>	<b>315</b>	<b>245</b>	<b>273</b>	<b>112</b>	<b>715</b>	<b>388</b>	<b>242</b>	<b>148</b>	<b>71</b>	<b>50</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>7173</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Painel SIASI/DSEI MGES/SESAI/MS, 2023.

Percebe-se uma maior ocorrência no Polo Base Pradinho (26,28%). A predominância desses ocorre no sexo feminino (56,93%), na faixa etária 1 – 4 anos de idade (39,89%).

Nota-se que, em relação à diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível – A09, no período considerado (2020-2022), evidencia-se também, o Polo Base Pradinho (38,25%), vide Tabela 6.

Tabela 7 - DSEI MGES, Doenças infecciosas e parasitárias 2020-2022 (A09 – Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível), 2020-2022

POLO BASE	< 1 a		1 - 4 a		5 - 9 a		10 - 14 a		15 - 19 a		20 - 39 a		40 - 59 a		60 - 79 a		≥80 a		Total Geral	%
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M		
PRADINHO	119	145	271	33	34	294	8	9	18	7	56	21	23	13	4	3	1	2	1061	38,25
ÁGUA BOA	44	31	102	17	13	86	5	6	4	2	10	7	8	4	4				343	12,36
IRAJÁ	2	5	14	17	14	19	11	4	12	14	35	46	10	14	4	2			223	8,04
PAU BRASIL	2	2	21	15	23	14	16	13	13	10	21	25	13	13	4	4		1	210	7,57
TOPÁZIO	21	11	47	7	1	67	5	5	4		14	10	6	3	1	1			203	7,32
CAIERAS VELHA	2	3	10	4	10	6	4	10	9	5	23	19	8	6	2	4			125	4,51
CARMÉSIA	7	5	15	5	7	16	1	3	1	1	7	4	8	4	2	2		1	89	3,21
LADAINHA	8	4	15	6	3	24	3	1	1		5	5	2	1	1			1	80	2,88
COMBOIOS	2	3	10	7	6	8	1	2	2	1	13	11	4	3					73	2,63
BOA ESPERANÇA	1	2	5	4	5	11	1	3	4		14	2	4	3	1				60	2,16
SUMARÉ	1	9	3	4	3	6	1		1	1	7	2			4	3	1		46	1,66
PINDAIBA	2	2	3	3	3	6		1	1	1	5	2	6	2	1	2	2		42	1,51
RANCHARIA	3		6	3	1	11		2	1	1	7	2		1		1			39	1,41
ITAPICURU	2	2	5	1	2	1			1	2	1	4	3	3	1	1	1		30	1,08
BREJO MATA FOME	1	1	4	2		5	1		1	1	8	1	2		1	1			29	1,05
CAPÃO DO ZEZINHO			1			1		1	2		3	3	4	2	6				23	0,83
BARREIRO	1		4		3	6			2		5					1			22	0,79
SANTA CRUZ			5	2	2			2	1	1	4		2	2				1	22	0,79
PRATA			5			6	1		1		3		2		1				19	0,68
SUMARÉ III	2	1	3	1	1	4		1		1		2			2	1			19	0,68
CAMPANÁRIO												2	3	2					7	0,25
VÁRZEA GRANDE			1									1		1					3	0,11
ARAÇUAÍ				1		1													2	0,07
ITAPECERICA								1		1									2	0,07
BELA VISTA						1													1	0,04
RESPLENDOR				1															1	0,04
<b>Total Geral</b>	<b>220</b>	<b>226</b>	<b>550</b>	<b>133</b>	<b>131</b>	<b>593</b>	<b>58</b>	<b>64</b>	<b>79</b>	<b>49</b>	<b>241</b>	<b>169</b>	<b>108</b>	<b>77</b>	<b>39</b>	<b>26</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>2774</b>	<b>100</b>

Fonte: Paineis SIASI/DSEI MGES/SESAI/MS, 2023.

Os casos estiveram concentrados no sexo feminino (50,33%), na faixa etária de 1 – 4 anos (50,74%).

Evidencia-se ainda que, quanto à Tuberculose (A 16.9/ A15.0/A15), no período de 2020 a 2022, houve uma redução da incidência desta, em relação à linha de base (2018 - 35,74), apresentando em 2020 - 33,43, 2021 - 16,80 e 2022 - 28,00. Como ações trabalhadas para aperfeiçoar os dados junto ao Programa de Tuberculose, tem-se, a continuada orientação das EMSI do DSEI MGES, referente ao Manejo Clínico da Tuberculose, intensificando também, junto ao território, a busca ativa de Sintomáticos Respiratórios, conforme o protocolo, intervindo oportunamente diante dos casos identificados.

A Hanseníase, apesar de não se destacar entre as principais morbidades registradas nesse período, inclui-se entre os Indicadores de Saúde pactuados. Avalia-se, portanto, como satisfatórias, as ações de busca ativa de contatos intradomiciliares e dos pacientes em abandono de tratamento. Porém, visualizam-se dificultadores relacionados a referência e deslocamento dos usuários para outros serviços especializados. E ainda como desafios, há a necessidade de reforçar a capacitação das equipes de saúde, no manejo da Hanseníase.

Tabela 8 - Causas de mortalidade geral de indígenas no DSEI MGES 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
<b>Coefficiente Geral de Mortalidade</b>	69	3,84	98	5,49	100	5,60
<b>Principais Causas de Óbito</b>	<b>Nº de óbitos</b>		<b>Nº de óbitos</b>		<b>Nº de óbitos</b>	
Pneumonia (CID 10 - J15.9; J18.9; J18)	11		02		08	
Outras Doenças mal definidas e as não especificadas de mortalidade (CID 10 - R99)	07		04		02	
Insuficiência Renal (CID 10 - N18; N17; N17.9)	04		02		05	
Lesão autoprovocada intencionalmente (CID 10 - X70.0; 78.0)	03		02		01	
Diabetes Mellitus (CID 10 - E11; E14.5; E14)	03		0		01	
Acidente Vascular	03		03		0	

Óbito Geral	2020		2021		2022	
	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade
Cerebral (CID 10 - I 64)						
Cirrose hepática (CID 10 - K70.3; K70)	03		05		0	
COVID 19 (CID 10 - U07.1)	01		06		0	
Traumatismo Craniano (CID 10 - S06)	0		04		05	
Hipertensão (CID 10 – I10; I15.9; I15.8)	0		05		0	
Neoplasia maligna dos bronquíolos e do pulmão (CID 10 -C34)	0		03		0	
Enforcamento, estrangulamento e sufocação (CID 10 - Y20.0; y20.4)	0		03		02	
Raiva (CID 10 -A82.0; A82.9)	0		0		04	
Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível (CID 10 – A09)	01		02		03	

Fonte: SIASI, 2023.

Para a análise da mortalidade geral, no período de 2020-2022, foram avaliados 69 óbitos em 2020, 98 óbitos em 2021 e 100 óbitos em 2022. Dentre as 14 principais causas de mortalidade geral apresentadas, destaca-se em 2020, as Doenças do aparelho respiratório, com 33,33 % desses óbitos, sendo 30,56% por Pneumonia (CID 10 - J15.9; J18.9; J18), e 2,77% por COVID-19 (CID 10 - U07.1); em 2021, nota-se em destaque também, as Doenças do aparelho respiratório, ao considerar o grupo de doenças, sendo 19,51% dos óbitos relacionados no quadro acima, tendo como principal doença, a COVID-19 – responsável por 14,63% dos óbitos listados e Pneumonia (CID 10 - J15.9; J18.9; J18) – 4,88%; ressalta-se que, quanto à categoria das doenças que causaram óbito, em 2021, visualiza-se em segundo lugar, uma proporção de casos de Cirrose hepática (CID 10 - K70.3; K70) e Hipertensão (CID 10 – I10; I15.9; I15.8), ambos apresentando-se em 12,20% dos óbitos relacionados; em 2022, a principal doença que se destaca como causa de óbito, trata-se da Pneumonia (CID 10 - J15.9; J18.9; J18) – 25,80%, seguida de Insuficiência Renal (CID 10 - N18; N17; N17.9) e Traumatismo Craniano (CID 10 - S06), ambas responsáveis por 16,13% dessas listadas.

Tabela 9 - 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
<b>Total de Mortalidade Infantil</b>	08	16,52	10	19,80	14	30,10
<b>Principais Causas de Óbito</b>	<b>Nº de óbitos</b>		<b>Nº de óbitos</b>		<b>Nº de óbitos</b>	
Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível (CID 10 – A09)	01		01		02	
Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido (CID 10 – P22.0; P22)	01		0		01	
Broncopneumonia não especificada (CID 10 - J18.0; J18.9; J15)	01		0		02	
Septicemia (CID 10 - P36.2; P36)	01		0		02	
Desnutrição proteico-calórica de graus moderado e leve (CID 10 E43; E44).	0		01		01	
Malformação (CID 10- Q24.9; Q28.9; Q21)	0		1		2	
Choque (CID 10 R57.0; R57)	01		01		0	

Fonte: SIASI, 2023.

Em relação à mortalidade de crianças indígenas com menos de um ano de idade, nota-se um aumento nas taxas de mortalidade. Inicialmente considerada baixa, com uma taxa de 16,52 em 2020 e 19,80 em 2021, a taxa se elevou para um patamar médio de 30,10 em 2022. Esse aumento representa um desafio significativo na busca por soluções para alterar este cenário. É importante destacar que os indicadores de mortalidade infantil estão intrinsecamente ligados a condições socioeconômicas, incluindo renda, educação, saneamento básico e acesso à água tratada.

A taxa de mortalidade infantil é um indicador internacional que melhor representa os estágios de desenvolvimento econômico e social de um país ou região, uma vez que está diretamente ligada às características socioeconômicas (Fundação Oswaldo Cruz, 2013).

De acordo com as 7 principais causas, listadas na Tabela 8, observa-se em 2020, que, dos 5 registros de mortalidade apresentados, 12,5% desses tratam-se respectivamente de doenças diversas, sendo a Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível (CID 10 – A09), síndrome da angústia respiratória do recém-

nascido (CID 10 – P22.0; P22), broncopneumonia não especificada (CID 10 - J18.0; J18.9; J15), septicemia (CID 10 - P36.2; P36) e choque (CID 10 R57.0; R57); em 2021, da mesma forma, dentre as categorias apontadas (05 registros em 2021), verifica-se que, 10,0% foram seguidamente, devido à Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível (CID 10 – A09), desnutrição proteico-calórica de graus moderado e leve (CID 10 E43; E44), malformação (CID 10- Q24.9; Q28.9; Q21), e Choque (CID 10 R57.0; R57). Já em 2022, dos 10 óbitos listados nas categorias apresentadas, observa-se como principais causas (14,29%), a Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível (CID 10 – A09), broncopneumonia não especificada (CID 10 - J18.0; J18.9; J15), septicemia (CID 10 - P36.2; P36), e Malformação (CID 10- Q24.9; Q28.9; Q21). Vale ressaltar, a Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível (CID 10 – A09), presente nos 3 anos de referência, e, responsável, portanto, pela ocorrência de 12,5% do total de 32 óbitos registrados nesse período.

Este distrito tem priorizado estratégias que fortalecem o cuidado de gestantes e crianças, adotando um modelo de atendimento integral e diferenciado que valoriza os saberes e práticas indígenas relacionados à gestação, nascimento e cuidados infantis. Essa abordagem inclui um conjunto de ações que colocam o planejamento de saúde, saneamento e a qualificação dos serviços prestados ao público materno-infantil no centro das prioridades.

Dentre as ações priorizadas pelo DSEI MG/ES está a ampliação da cobertura vacinal nas aldeias indígenas; adoção da estratégia de reidratação oral nas Unidades Básicas de Saúde Indígena UBSI); acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como rotina; ampliação da oferta de consultas de pré-natal e a realização testes rápidos de gravidez e IST nas aldeias; aumento da cobertura de crianças em aleitamento materno exclusivo; intensificação de visitas domiciliares aos recém-nascidos; ampliação de serviços multiprofissionais a gestantes, puérperas e crianças vulneráveis; capacitação de parteiras, médicos e enfermeiros; parcerias com hospitais visando ao acompanhamento de crianças e gestantes internadas; melhorias sanitárias, como manejo e destinação final dos resíduos sólidos, distribuição de filtro cerâmico, juntamente com hipoclorito, monitoramento e avaliação da qualidade da água.



Tabela 10 - Causas de mortalidade materna no DSEI e razão de mortalidade materna por ano, 2020 a 2022

Óbito Materna	2020		2021		2022	
	Nº de óbitos	Razão de Mortalidade	Nº de óbitos	Razão de Mortalidade	Nº de óbitos	Razão de Mortalidade
<b>Razão de Mortalidade Materna</b>	01	2,06	0	N/A	01	2,15
<b>Principais Causas de Óbito</b>	<b>Nº de óbitos</b>		<b>Nº de óbitos</b>		<b>Nº de óbitos</b>	
Hipertensão essencial pré-existente complicando a gravidez, o parto e o puerpério	1		0		0	
Choque durante ou subsequente o trabalho de parto	0		0		1	

Fonte: SIASI, extração 05/10/2023, período de referência: 01/01/2020 a 31/12/2022, dados preliminares, sujeitos a alteração.

Quanto às causas de mortalidade materna no DSEI (2020 a 2022), observa-se a ocorrência 1 óbito por Hipertensão essencial pré-existente complicando a gravidez, o parto e o puerpério, e 1 óbito por Choque durante ou subsequente o trabalho de parto, respectivamente em 2020 e 2022. Ressalta-se que, no ano de 2021, não houve ocorrência de óbitos maternos.

Apesar do número absoluto de mortes maternas ser pequeno, a taxa de mortalidade é alta. Dessa forma, o distrito tem adotado estratégias que favorecem melhoria na qualidade assistencial às gestantes, a saber: intensificação das buscas ativas para captação das gestantes no primeiro trimestre; uso de tecnologias leves como o uso de testes rápidos de BHCG e IST nas próprias unidades de saúde; pelo menos duas bateria de exames laboratoriais no período gestacional; classificação das gestantes de acordo com os termos pré-estabelecidos do estado, onde as gestantes de alto risco são referenciadas e contempladas com um acompanhamento com especialista e uma maternidade com melhor suporte para o parto; consultas seguidas de acordo com a padronização do MS; introdução do profissional odontólogo no atendimento do pré-natal, favorecendo tratamento de doenças periodontais e consequentemente, diminuindo os riscos de abortos e crianças de baixo peso; articulação com instituições hospitalares e laboratórios que fortalecem a rede de referência assistencial; visitas domiciliares a gestantes e puérperas; criação do grupo técnico de vigilância do óbito, oportunizando a investigação e análise de critérios de evitabilidade; codificação da causa básica, identificação das fragilidades de cada

serviço e as recomendações de ações para redução da mortalidade materno infantil e fetal.

Tabela 11 - Principais morbidades que geraram referência para a média e alta complexidade, 2020 a 2022

Morbidades referenciadas	Número de indígenas encaminhados		
	2020	2021	2022
Diarreia	165	109	152
Pneumonia	14	73	58
Picada de animal peçonhento	37	31	52
Hipertensão	64	65	65
Dor abdominal	33	34	39
Transtorno depressivo recorrente	35	35	35
Fraturas	49	17	22
Síndrome gripal	1	33	43
Diminuição acuidade visual	24	28	22
Infecção por coronavírus	27	37	6

Fonte: Planilhas EMSI/DSEI MGES/SESAI/MS, 2023.

Observa-se também que, como principais morbidades que geraram referência para a média e alta complexidade de 2020 a 2022, destaca-se a Diarreia, responsável por 30,26 % dos encaminhamentos (total: 426), seguido de Hipertensão, com 13,78 % (total: 194) e Pneumonia, em 10,29 % dos encaminhamentos (total: 145).

Tabela 12 - Principais morbidades que geraram referência para a CASAI, 2020 a 2022

Morbidades	Proporção de morbidades referenciadas para CASAI		
	2020	2021	2022
Desnutrição	0,17	0,15	0,10
Diarreia	0,16	0,08	0,06
Síndrome gripal	0,05	0,18	0,07
Catarata	0,08	0,08	0,11
Hanseníase	0,06	0,06	0,06
Glaucoma	0,05	0,06	0,06
Anemia	0,05	0,06	0,03
Infecção das vias aéreas superiores	0,55	0,02	0,06
Covid-19	0,55	0,01	0,06
Gastroenterite aguda	0,05	0,01	0,01

Fonte: Planilhas Casai/DSEI MGES/SESAI/MS, 2023.

Ainda, em relação às principais morbidades que geraram referência para a CASAI, em 2020, ressalta-se, doenças do aparelho respiratório, sendo 0,55% por Infecção das vias aéreas superiores e 0,55% por COVID-19. Apesar da COVID-19 compor o grupo de Códigos para propósitos especiais, trata-se de uma Síndrome respiratória aguda grave (*Severe acute respiratory syndrome-SARS*), não especificada.

Tabela 13 - Quantitativo de usuários com doenças crônicas não transmissíveis e que necessitam de intervenção/cuidados específicos em 2022.

Cronicidade	Total
Transplantes	1
Hemodiálise	5
Doenças hematológicas	80
Câncer	4
Hipertensão Arterial	87
Diabetes Mellitus	60

Fonte: Painel SIASI/DSEI MGES/SESAI/MS, 2023.

Em relação às Doenças Crônicas Não Transmissíveis que necessitam de intervenção/cuidados específicos em 2022, das 06 mais evidenciadas, têm-se como destaque, a Hipertensão Arterial (36,71%) e Doenças Hematológicas (33,76%).

Tabela 14 - Proporção de casos de violência interpessoal ocorridas no DSEI MGES, 2020 a 2023

Ano	Nº de casos	População	Proporção
2020	19	17.950	0,11
2021	11	17.848	0,06
2022	28	17.854	0,16
2023	21	18.886	0,11

Fonte: DSEI MGES/SESAI, 2023.

Tabela 15 - Proporção de casos de tentativas de suicídio ocorridas no DSEI MGES, 2020 a 2023

Ano	Nº de casos	População	Proporção
2020	23	17.950	0,13
2021	27	17.848	0,15
2022	14	17.854	0,08
2023	11	18.886	0,06

Fonte: DSEI MGES/SESAI, 2023.

Tabela 16 - Proporção de óbitos por suicídio ocorridos no DSEI MGES, 2020 a 2023

Ano	Nº de casos	População	Proporção
2020	1	17.950	0,01
2021	5	17.848	0,03
2022	2	17.854	0,01
2023	2	18.886	0,01

Fonte: DSEI MGES/SESAI, 2023.

Os principais povos acometidos por violência, no período analisado, foram da etnia Maxakali, com 54 notificações de violência interpessoal, 9 casos de tentativas de suicídio e 5 óbitos por suicídio, e da etnia Xakriabá, onde foram registrados 21 casos de violência interpessoal, 55 notificações de tentativa de suicídio e 5 casos de autoextermínio.

Tendo-se em vista os registros de ocorrência (violência e suicídio), listados nos quadros acima, conforme o período de análise, o DSEI MGES, reforça as estratégias já desenvolvidas no território, visando mitigar essas problemáticas. As ações de prevenção do suicídio continuam sendo realizadas na rotina de trabalho das equipes, por meio de treinamentos e ações de matriciamento, além da realização de ações interculturais, para ser promovida a valorização da vida e fomento condutas de prevenção ao suicídio. Ressalta-se que o suicídio se relaciona etiologicamente com uma gama de fatores, que vão desde os de natureza sociológica, econômica, política, cultural, passando pelos psicológicos e psicopatológicos, até os genéticos e biológicos. Portanto, considera-se de grande relevância os contextos históricos, sociais, culturais, políticos e de saúde específicos aos quais estas sociedades estão inseridas, para elaboração de ações de intervenção a essa problemática.

Figura 3 - Perfil de DRSAl e MDDA do DSEI MGES, por aldeia, 2020 a 2022

POLO BASE	ARBOVIROSES			ARTRÓPODES			DIARREICAS			DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA			ECTOPARASITÓSES			ESQUISTOSSOMOSE			HELMINTÍASES			LEISHMANIOSES			TOXOPLASMOSE			TOTAL
	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022	
Pradinho						2	257	471	386				50	32	17	1		2			1	1						1220
Irajá		33					97	163	237				30	36	93					3								692
Pau Brasil					11		7	189	273				23	23	13				6	3								548
Água boa				1	2		154	119	102				22	21	9	1		1		1	3							436
Caieras Velha	3			3			78	55	159				9	4	15				10	16	8							360
Boa Esperança							57	23	58				50	26	31								3					248
Comboios	5						64	62	57				7	21	23						6							245
Topázio				2	1	6	105	46	63				1			1	1		1	1								228
Carmésia				1	2	4	5	35	51					7	16		3			6	2			1				133
Prata			30		1	1	18	18	19				2	2					8	13	6	1	1					120
Ladainha					2	2	38	15	28				2	13	14													114
Rancharia					1		9	24	20				9						12	4	6	2	2					89
Pindaíba				1			19	27	13				1	3	1				4	4		4	2	1				80
Sumaré	1		1				20	18	7		1		5	7		3	2		3	1	2	2	1					74
Itapicuru				1	1	1	4	8	18		1		2	1	4					1	3	15	7	5				72
Brejo Mata Fome							15	8	5				8	1	2				3				7	3				52
Sumaré III							9	4	10			1	7						4		1	1				1		38
Santa Cruz					1	1	1	12	10	2			2	1	2							2	2	1				37
Campanário							1	2	4				3	1			6		6	6	2					1		32
Capão do Zezinho	2						14	4	7				1		1				2									31
Várzea Grande							5						7		16				1									29
Barreiro							4	9	8					2	1	1	2				1							28
Araçuaí							5	4	7																			16
Itapecerica					1		1		1					2														5
Resplendor							1						1	1					2									5
Bela Vista									1				1															2
<b>Total Geral</b>	<b>11</b>	<b>33</b>	<b>31</b>	<b>9</b>	<b>23</b>	<b>17</b>	<b>988</b>	<b>1316</b>	<b>1544</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>243</b>	<b>204</b>	<b>258</b>	<b>7</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>62</b>	<b>59</b>	<b>41</b>	<b>28</b>	<b>25</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>4934</b>

Fonte: Painel SIASI/DSEI MGES/SESAI/MS, 2023.

No panorama de doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado (DRSAI), considerando os anos 2020-2022, entre os grupos de doenças apresentados (Arboviroses, Artrópodes, Diarreicas, Doença de Chagas Crônica, Ectoparasitoses, Esquistossomose, Helmintíases, Leishmanioses e Toxoplasmose), há uma prevalência de casos registrados no Polo Base Pradinho, com destaque ao grupo de Doenças Diarreicas, em 91,32% dessas, nesse período.

Dentre as ações realizadas pelos diferentes setores do DSEI MGES, como estratégias de fortalecimento do controle dos agravos mais prevalentes no período considerado, de acordo com a análise supracitada, destacam-se:

- Realização de capacitação de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) para detecção e tratamento rápido e adequado das crianças;
- Fortalecimento dos serviços de diagnóstico, incluindo implementação de Unidades Sentinelas nos territórios indígenas (Bertópolis/MG e Teófilo Otoni/MG);
- Realização de ações de educação em saúde, em conjunto com a população;
- Fortalecimento das ações de vigilância em saúde, com ampliação do diálogo junto ao controle social, em espaços de escuta, visando melhoria na construção de estratégias, de acordo com as necessidades de saúde das comunidades indígenas, aprimorando as condições de saúde da população indígena; e
- Melhoria da qualidade da água ingerida, por meio da implantação de infraestruturas de abastecimento, para ampliação da cobertura de água potável, tratamento da água ofertada, e monitoramento da qualidade dessa, nas aldeias indígenas.

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

### 5.1 Infraestrutura de saúde

Tabela 17 - 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	3	0	1/2026
UBSI	2	0	0
Polo Base tipo I	26	1/2024, 1/2025	2/2024, 1/2025 e 1/2026
Polo Base tipo II	3	0	1/2027
Escritório Local	1	1/2024	0
Sede do DSEI	1	0	0

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

Quadro 4 - Descrição dos estabelecimentos de saúde indígena com previsão de implantação / reforma / ampliação / reforma e ampliação

Tipo de estabelecimento	Nome da Aldeia ou Polo Base ou Município (estabelecimentos não aldeados)	Implantação / reforma / ampliação	Ano
CASAI	Montes Claros/MG	Implantação	2025
Polo Base tipo I	Barreiro Preto	Implantação	2024
Polo Base tipo I	Pau Brasil	Implantação	2024
Polo Base tipo I	Itapicuru	Reforma e Ampliação	2025
Polo Base tipo I	Sumaré	Implantação	2026
Polo Base tipo II	Machacalis	Implantação	2027
Escritório Local	Caieiras Velha	Reforma	2024
Oficina de saneamento / Polo Base tipo I	Brejo Mata Fome	Reforma e Ampliação	2025

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

### 5.2 Rede de Atenção à Saúde

Nos estados de Minas Gerais e Espírito Santo existem vazios assistenciais nos fluxos das redes de referências em todas as macrorregiões de saúde, principalmente na média e alta complexidade. Esse problema tem sido um desafio para os entes federados, na perspectiva da atenção integral aos povos indígenas.

Historicamente, algumas regiões de saúde no âmbito do DSEI MGES possuem agravado os vazios assistenciais, não somente na atenção especializada, mas nos fluxos das redes hospitalares de alta complexidade. O maior vazio assistencial ocorre no município sede da macrorregião de saúde nordeste. Destaca-se essa macrorregião por seus diversos determinantes de saúde que somados aumentam a incapacidade

de assistência de alta complexidade. Essa macrorregião caracteriza-se por 63 municípios localizados nos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, predominantemente com IDH baixo, grande parte em área rural, com mais de um milhão de habitantes. Juntamente, a macrorregião nordeste e norte, destacam-se com os maiores percentuais de domicílios pobres e indigentes, muito superior à média do estado de Minas Gerais. Acresce a este panorama baixo índice escolar, insegurança alimentar, municípios com saneamento básico insuficiente. Se ao norte tem-se a maior população numérica de indígenas no menor IDH estadual em região de longas secas, no Vale do Mucuri está localizado o povo Maxakali, pouco aculturado, segunda maior população do DSEI MGES e a que possui alto índice de desnutrição e mortalidade por causas evitáveis.

O DSEI MGES, autoridade sanitária no âmbito da saúde indígena nos dois estados, vem promovendo o fortalecimento e a participação ativa nas relações institucionais com as secretarias municipais e estaduais de saúde. Essas articulações objetivam o acesso qualificado às redes assistenciais nas atenções de média e alta complexidades, pelas populações indígenas, buscando garantir o direito à saúde na sua integralidade.

A regulação nos serviços de saúde da população indígena em sua maioria é realizada diretamente pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS), com auxílio das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) em Minas Gerais, Superintendências Regionais de Saúde e Coordenação Estadual de Saúde Indígena da Secretaria de Estado de Saúde. Nos casos de urgência e emergência, fluxos assistenciais da regulação hospitalar são realizados pelas centrais de leitos.

Em MG, o SUS Fácil é um sistema estadual implantado para regular pacientes que precisam de um leito em caráter de urgência e emergência. No ES, o sistema MV Soul é o sistema do estado, implantado para solicitação de consultas e exames especializado na rede estadual.

A logística de transporte dos pacientes para serviços de atenção especializada de média e alta complexidade é realizada por meio de caminhonetes e vans, tanto locais quanto oficiais do DSEI MGES. Adicionalmente, automóveis são disponibilizados em parceria com o estado e os municípios para a assistência nas UBSI, estabelecendo uma forma de cooperação técnica entre os órgãos envolvidos para a assistência no território.



Quadro 5 - Estabelecimentos de saúde para apoio diagnóstico da Atenção Primária

Nome do estabelecimento	Polo base que atende	Tipo de estabelecimento	Referência do Polo base
Motta Ribeiro Laboratório	UBSI de Pau Brasil, Comboios, Boa Esperança, Caieiras Velhas e Irajá	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia	Pau Brasil, Comboios, Boa Esperança, Caieiras Velhas e Irajá
Diagnosi Lab. de análises Clínicas			
Laboratório Tommasi			
Laboratório Thonson			
CDA - Centro de diagnóstico de Aracruz			
Ultramais Diagnosticos		Clinica/Centro de Especialidade	
Consórcio CISCEN (ecocardiograma e ultrassonografia)	UBSI de Carmésia/ Guanhões	Policlinica	Carmésia/ Guanhões
Núcleo Integrado de Saúde São Lucas		Clinica/Centro de Especialidade	
Hospital Regional Imaculada Conceição		Hospital Geral	
Santa Casa de Caridade de Diamantina			
Laboratório do Hospital Dr. Odilon de Andrade-Martinho Campos	UBSI Caxixó	Hospital Geral	Capão do Zezinho
Hospital São Judas Tadeu/Divinópolis (tomografia)			
Hospital Universitário Ciências Médicas / BH (exames oftalmológicos)			
CISMEJ Consórcio Municipal / Consórcio Municipal (exames diversos)	UBSI Araçuaí	Clinica/Centro de Especialidade	Araçuaí
Clínica Odontológica Municipal de Araçuaí		Centro de Saúde/Unidade Básica	
Policlínica Municipal Afonsina Nunes de Araújo/Araçuaí (exames diversos)		Policlínica	
CADEF-Centro de Apoio ao Deficiente Físico Dr. Octávio Soar	Açucena	Policlínica	Carmésia
Hospital Municipal de Governador Valadares (Lab. RX)		Hospital Geral	
Hospital Bom Samaritano (Lab. RX)		Hospital Geral	
Policlínica Central Josephine P. de Tassis/Governador Valadares (exames de imagem)		Policlínica	
Clínica Samaritano/ Governador Valadares (exames de imagem)		Clinica/Centro de Especialidade	
Unidade de Atenção Primária à Saúde Dr. Silvio Leal	UBSI Krenak	Centro de Saúde/Unidade Básica	Resplendor
CLINIMED	UBSI Agua Boa e Pradinho	Policlínica	Santa Helena e Bertópolis
Policlínica Jovelina Rodrigues Duarte/Campanário	Campanário	Centro de Saúde/Unidade Básica	Campanário
Hospital Nossa Senhora dos Anjos / Itambacuri		Hospital Geral	
Hospital Tristão da Cunha/Itambacuri		Hospital Geral	
CIS EVMJ Consórcio Municipal/Teófilo Otoni		Policlínica	

Nome do estabelecimento	Polo base que atende	Tipo de estabelecimento	Referência do Polo base
Hospital Municipal Dr Arthur Rausch	Ladainha	Hospital Geral	Ladainha
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vales do Mucuri		Policlínica	
Laboratórios e clínicas privadas com convênio sus /Teófilo Otoni (cota municipal para diversos exames)	Topazio e Escola Floresta	Laboratório	Teófilo Otoni
Laboratório Macrorregional de Teófilo Otoni		Laboratório de Saúde Pública	
Hospital Santa Rosália /Teófilo Otoni - Laboratório (diversos Exames)		Hospital Geral	
Laboratório Pauster Análises Clínicas LTDA		Unidade de Apoio Diagnose e Terapia	
CISAMSF - Consórcio Intermunicipal Saúde Alto Médio São Francisco	Sumaré	Clinica/Centro De Especialidade	Sumaré
Centro de Especialidades Odontológicas		Clinica/Centro de Especialidade	
CISMMA - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Manga	Brejo Mata Fome, Itapicuru, Rancharia, Sumaré e Pindaíba	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia	Brejo Mata Fome, Itapicuru, Rancharia, Sumaré e Pindaíba
Hospital São João de Deus/ Divinópolis (diversos exames e procedimentos)	Itapecerica	Hospital Geral	Itapecerica
Santa Casa de Itapecerica			
Santa Casa de Misericórdia de Caldas	Bela Vista	Hospital Geral	Caldas
Laboratório de Análises Clínicas da Prefeitura de Caldas (análises clínicas)		Centro de Saúde/Unidade Básica	

Fonte: Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Espírito Santo (PDR/ES) Vitória, 2016. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG) Belo Horizonte, 2020.

#### Quadro 6 - Estabelecimentos de saúde para média e alta complexidade

Nome do estabelecimento	Polo base que atende	Tipo de estabelecimento	Referência do Polo base
Centro Médico Especializado*	UBSI Pau Brasil, Comboios, Boa Esperança, Caieiras Velhas e Irajá	Policlínica	Pau Brasil, Comboios, Boa Esperança, Caieiras Velhas e Irajá
CEMA-Centro de Especialidades Medicas de Aracruz*			
Multimed Serviços Médicos*			
Centro de Atenção Psicossocial - Caps II*		Centro de Atenção Psicossocial	
Casa Rosa-Centro de Referência em Saúde da Mulher*		Clinica/Centro de Especialidade	
Casa Azul-Referência de Saúde do Homem*			
Centro de Especialidades Odontológicas da Orla*			
CTA SAE- Programas de Referência da Atenção Secundária*			
Fundação Hospital Maternidade São		Hospital Geral	

Nome do estabelecimento	Polo base que atende	Tipo de estabelecimento	Referência do Polo base
Camilo			
Hospital Dr João dos Santos Neves			
Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes-HUCAM			
Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória			
Hospital Doutor Dorio Silva			
Hospital Estadual Dr Jayme Santos Neves			
Hospital Evangélico de Vila Velha			
Hospital Infantil Maternidade Alzir Bernardino Alves – HIMABA (Vilha Velha)			
Hospital Rio Doce - Linhares			
Hospital Dr. João dos Santos Neves - Baixo Guandu			
Consórcio CIS CEN (diversas especialidades)*	UBI Carmésia/ Guanhães	Policlínica	Carmésia/ Guanhães
Santa Casa de Caridade de Diamantina (Consulta Neurológica)		Hospital Geral	Carmésia/ Guanhães
Hospital Regional Imaculada Conceição/ Guanhães	UBSI Kaxixo	Centro de Especialidades	Capão do Zezinho
Espaço Reabilitar - Centro de Especialidades de Martinho Campos (urologia, psiquiatria, cardiologia, ginecologia, ortopedia)*			
Hospital Universitário Ciências Médicas/BH (oftalmologia)			
Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais			
Hospital Felício Rocho/BH			
Fundação Hilton Rocha/Belo Horizonte (oftalmologia)*			
Hospital da Baleia /Belo Horizonte			
Santa Casa de Belo Horizonte			
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas Dr. Plauto Malachias / Bom Despacho (odontologia) *			
Hospital Dr. Odilon de Andrade/Martinho Campos			
Santa Casa de Bom Despacho	UBSI Araçuaí	Clinica/Centro de Especialidade	Araçuaí
Hospital Evangélico de Belo Horizonte			
Hospital São Vicente De Paulo/ Araçuaí			
Policlínica Municipal Afonsina Nunes de Araújo/Araçuaí (exames diversos)	Açucena	Policlínica	Carmésia
Hospital São Vicente De Paulo/ Araçuaí		Hospital Geral	
Policlínica Central Josephine P. de Tassis/Governador Valadares*	UBSi Krenak	Centro de Saúde / Unidade Básica	Resplendor
Hospital Municipal de Governador Valadares		Centro de Atenção Psicossocial	
UBS Dr. Sílvio*	UBSi Krenak	Centro de Saúde / Unidade Básica	Resplendor
CAPS Resplendor*		Centro de Atenção Psicossocial	

Nome do estabelecimento	Polo base que atende	Tipo de estabelecimento	Referência do Polo base
Hospital Bom Samaritano/ Governador Valadares *		Hospital Geral	
Hospital Municipal de Governador Valadares			
Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais – EBSEH /Belo Horizonte			
Hospital Nossa Senhora do Carmo (São Camilo) /Resplendor			
Recurso da APS da secretaria municipal de Saúde de Santa Helena de Minas (diversas especialidades)*	UBSI Água Boa e Pradinho	Policlínica	Santa Helena de Minas e Bertópolis
LRPD Santa Helena de Minas*		Centro de Especialidades	
Caps I Centro de Atenção Psicossocial Nacao Maxacali*		Centro de Atenção Psicossocial	
CEAE - Centro Estadual de Assistência Especializada*		Centro de Especialidades	
Hospital Cura Dar's /Machacalis		Hospital Geral	
Hospital São Vicente de Paula/Águas Formosas			
Hospital Santa Rosália/Teófilo Otoni			
Hospital Municipal de Governador Valadares			
Hospital Municipal de Governador Valadares			
Policlínica Jovelina Rodrigues Duarte/Campanário*		Campanário	
CIS-EVMJ Consórcio Municipal/Teófilo Otoni	Centro de Especialidades		
CAPS AD/Teófilo Otoni*	Centro de Atenção Psicossocial		
Hospital Bom Samaritano	Hospital Geral		
Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais			
Hospital Nossa Senhora dos Anjos/Itambacuri			
Hospital Tristão da Cunha/Itambacuri			
CIS/EVMJ Consórcio Municipal/Teófilo Otoni*	Ladainha/ Topazio	Centro de Especialidades	Ladainha/ Topázio
CEAE – Centro Estadual de Assistência Especializada*		Hospital Geral	
Hospital Santa Rosália / Teófilo Otoni			
Hospital Municipal Dr. Raimundo Gobira/ Teófilo Otoni		Policlínica	
Policlínica Municipal Dr.Roberto Shuffner/Teófilo Otoni*	Sumaré, Brejo Mata Fome, Itapicuru, Rancharia, Sumaré e Pindaíba	Hospital Geral	Sumaré, Brejo Mata Fome, Itapicuru, Rancharia, Sumaré e Pindaíba
Hospital Municipal Gerson Dias/Itacarambi			
Hospital FUNRURAL – Fundação Hospitalar De Amparo Ao Homem Do Campo/Manga			
Santa Casa de Montes Claros	Itapecerica	Hospital Geral	Itapecerica
Hospital São João de Deus/Divinópolis			
Santa Casa de Itapecerica			
Santa Casa de Poços de Caldas	Caldas	Hospital Geral	Caldas
Centro de Convivência e Saúde Mental /Caldas		Centro de Atenção Psicossocial	

Nome do estabelecimento	Polo base que atende	Tipo de estabelecimento	Referência do Polo base
Hospital Santa Lúcia de Poços de Caldas		Hospital Geral	
Hospital Santa Lúcia de Poços de Caldas			

\*Média complexidade

Fonte: PDR/MG, 2020 e PDR/ES, 2016.

### 5.3 Gestão do Trabalho e educação na saúde

A implementação de um plano de carreira é importante e necessária para que se faça um mapeamento de competências, cujas estratégias deverão ser alinhadas entre DSEI e nível central da SESAI. As estratégias, além de orientar a ampliação de competências que aperfeiçoam o desempenho profissional, devem promover um desenvolvimento assertivo, facilitando o entendimento e a comunicação entre o DSEI e seus colaboradores e o alinhamento de expectativas e para avaliação tanto de questões técnicas quanto de comportamento e inteligência emocional das equipes. Isso favorece a produtividade no trabalho, o engajamento, a retenção de talentos e a redução de custos com processos seletivos.

Apresenta-se a força de trabalho atual e a necessidade de ampliação, com o dimensionamento de recursos humanos de todas as categorias, seja servidor, conveniado ou terceirizado.

### 5.3.1 Força de Trabalho

Tabela 18 - Demonstrativo geral de recursos humanos existentes no DSEI MGES

Recurso Humano	Quant Total	LOTAÇÃO					VÍNCULO EMPREGATÍCIO				
		Polo Base tipo I	Polo Base Tipo II	Serviço de Escritório Local	CASAI	Sede do DSEI	Servidor	Convênio	Terceirizada	Programa mais médico para o Brasil	Município
AIS	109	109						109			
AISAN	82	82						82			
Agente Combate Endemias	4	1	3					4			
Apoiador Técnico em Atenção Saúde	2			1		1		2			
Apoiador Técnico em Saneamento	1					1		1			
Assistente Social	6		3	1	2			6			
Assessor Indígena	2		1	1				2			
Assessor Técnico Indígena III	1	1						1			
Auxiliar Saúde Bucal	23	23						23			
Cirurgião Dentista	19	18				1		19			
Cirurgião Dentista Parcial	3	3						3			
Coordenador Distrital	1					1	1				
Enfermeiro	50	37	2	1	5	5		50			
Enfermeiro – JI	2		1	1				2			
Engenheiro Civil Elet. de projetos	3		1			2		3			
Farmacêutico/ Bioquímico	10		6	2	1	1		10			
Fisioterapeuta	1				1			1			
Gestor de Saneamento Ambiental	2			1		1		2			
Médico	34	33				1	1	13		20	

Recurso Humano	Quant Total	LOTAÇÃO					VÍNCULO EMPREGATÍCIO				
		Polo Base tipo I	Polo Base Tipo II	Serviço de Escritório Local	CASAI	Sede do DSEI	Servidor	Convênio	Terceirizada	Programa mais médico para o Brasil	Município
Nutricionista	5		2	1	1	1		5			
Psicólogo	6		4	1		1		6			
Técnico de Enfermagem	124	74	14	3	32	1		124			
Técnico de Enfermagem JI	2		1	1				2			
Técnico de Laboratório	2		2					2			
Técnico Eletrotécnico	4		3			1		4			
Técnico Edificações	7	1	2	1		3		7			
Secretário Executivo CONDISI	1					1		1			
Almoxarife	2		1			1			2		
Serviços Gerais	22	6	1	2	10	3			22		
Auxiliar Serviços Gerais	30	27	3				2		28		
Cozinheiro	9	5	2		2				9		
Auxiliar Cozinha	2		2						2		
Motorista	93	54	16	01	12	10			93		
Assistente Administrativo	15		1	1		13			15		
Secretaria	1					1			1		
Analista Suprimentos	4					4			4		
Recepcionista	4		1		2	1			4		
Técnico Informática	1					1			1		
Barqueiro	2	2							2		
Vigia	28		9	3	9	7			28		
Capineiro					1				1		
Supervisor	1					1			1		
Administrador	2					2	2				
Agente de Saúde Pública	8		4		2	2	8				
Analista Técnico de	1					1	1				

Recurso Humano	Quant Total	LOTAÇÃO					VÍNCULO EMPREGATÍCIO				
		Polo Base tipo I	Polo Base Tipo II	Serviço de Escritório Local	CASAI	Sede do DSEI	Servidor	Convênio	Terceirizada	Programa mais médico para o Brasil	Município
políticas Sociais											
Artífice	1		1				1				
Atendente de Enfermagem	5	1			3	1	5				
Auxiliar de Enfermagem	1					1	1				
Lavadeira	1				1				1		
Guarda de Endemias	8		2	4		2	8				

Fonte: SESAI/MS, 2024

Quadro 7 - Capacidade de EMSI instalada atualmente

Polo Base	EMSI	Perfil das EMSI							Aldeias Atendidas
		Enfermeiro (a)	Téc Enf	Médico (a)	CD	ASB /TSB	AIS	AISAN	
Água Boa	EMSI	1	7	1	1	2	7	5	Ãmãxux (Amantchui) Bade Gilmar Iara Joviel Kokiti Major Marcelo Nova Raízes Mariazinha Tomé Valdemar Zé Pirão
Machacalis Polo Tipo II	EMSI	1	14						
Pradinho	EMSI	1	7	1	1	1	7	4	Boa Vida Cachoeira



Polo Base	EMSI	Perfil das EMSI							
		Enfermeiro (a)	Téc Enf	Médico (a)	CD	ASB /TSB	AIS	AISAN	Aldeias Atendidas
									Maravilha Nova Novila Nova Boa Vila Nova Vila Vila
Campanário	EMSI	1	1	O mesmo que atende Topázio	O atendimento é realizado pelo CD da Unidade Odontológica Móvel (UOM)	1	1	1	Córrego do Pezinho
Topázio	EMSI 1	1	1	1	O atendimento é realizado pelo CD da Unidade Odontológica Móvel (UOM)	O atendimento é realizado pelo ASB da Unidade Odontológica Móvel (UOM)	0 (+ 1 vaga em aberto)	1	Cachoeirinha
	EMSI 2	1 (+1 vaga em aberto)	1				1	Escola Floresta	
Ladainha	EMSI	1	3	1	1	1	2	1	Delcida Erismar Maxakali Juraci Noemia Pinheiro Toto Maxakali
Brejo Mata Fome	EMSI	4	4	1	1	1	13	15	Brejo Mata Fome Imbauba Riacho do Brejo Riachinho Riacho Comprido Riachão Redra Redonda Terra Preta
Prata	EMSI	1	2	1	1	1	3	3	Prata Morro Vermelho
Rancharia	EMSI	1	2				3	2	Tenda Buqueirão

Polo Base	EMSI	Perfil das EMSI							
		Enfermeiro (a)	Téc Enf	Médico (a)	CD	ASB /TSB	AIS	AISAN	Aldeias Atendidas
Itapicuru	EMSI	1	2	1 (+1 vaga em aberto)	1	1	7	7	Itapicuru Sapé Morro Falhado Barra do Sumaré
Santa Cruz	EMSI	1	1	1			4	2	Santa Cruz São Domingos
Sumaré	EMSI	2	4	1	1	1	7	5	Vargem Caatinguinha Sumare I Sumare II
Barreiro	EMSI	1	2	O mesmo que atende Santa Cruz			4	3	Barreiro Preto
Sumaré III	EMSI	1	2	1	1	1	6	3	Custodio Peruaçu Sumare III
Várzea Grande	EMSI	1	2		1	1	1	1	1
Pindaíba	EMSI	1	3	1	1	1	6	5	Pindaibas Forges Itacarambzinho Riacho dos Buritis Olhos d'Água Pedrinha
Araçuaí	EMSI	1	2	2	O atendimento é realizado pelo CD da Unidade Odontológica Móvel (UOM)	1	2	0	Apukaré Cinta Vermelha Jundiba
Bela Vista	EMSI	1	2	2	1	1	4	2	Xukuru Ibiramã kiriri do Acré
Itapeçerica	EMSI	1	1	1	1	1	1	0	Muã Mimatxi
Capão do Zezinho	EMSI	1	2	1	1	1	2	1	Capão do Zezinho Fundinho
Resplendor	EMSI	1	2	1	1	1	4	5 (+1 vaga em aberto)	Atorã Nakrerré

Polo Base	EMSI	Perfil das EMSI							Aldeias Atendidas
		Enfermeiro (a)	Téc Enf	Médico (a)	CD	ASB /TSB	AIS	AISAN	
									Uatú Krenak Naknenuk Burum ererré Takruk Bakã
Carmésia	EMSI 1 Carmésia	1	2	1	1	1	4	4	Encontros das Águas Imbiruçu Sede Kana Mihay
	EMSI 2 Açucena	2	0	1	O atendimento é realizado pelo CD da Unidade Odontológica Móvel (UOM)	O atendimento é realizado pelo ASB da Unidade Odontológica Móvel (UOM)	1	1	Gerú Tucunã
	EMSI 3	Equipe volante	1	1	O atendimento é realizado pelo CD da Unidade Odontológica Móvel (UOM)	O atendimento é realizado pelo CD da Unidade Odontológica Móvel (UOM)	1	1	Mirueira Pataxó
Caieras Velha	EMSI	1	3	1	1	1	4	1	Caieras Velha Amarelos
Boa Esperança	EMSI	1	2	1	1	1	4	2	Boa Esperança Piraqueaçu Três Palmeiras Nova Esperança
Irajá	EMSI	1	2	1	1	1	3	1	Areal Irajá
Comboios	EMSI	1	3	1	1	1	3	2	Córrego do Ouro Comboios
Aracruz Escritório Local	EMSI	1	3	5					
Pau Brasil	EMSI	1	2	1	1	1	2	2	Olho D'água Pau Brasil Novo Brasil

Polo Base	EMSI	Perfil das EMSI							
		Enfermeiro (a)	Téc Enf	Médico (a)	CD	ASB /TSB	AIS	AISAN	Aldeias Atendidas
									Guaxindiba
Setsor-Dragaga (Buritizeiro)	Casai MOC	1	9	0	O atendimento é realizado pelo CD da Unidade Odontológica Móvel (UOM)	O atendimento é realizado pelo CD da Unidade Odontológica Móvel (UOM)	0	0	Setsor-Dragaga
Casai BH (UASI)	EMSI	3	5	1					
CASAI GV	EMSI	4	24						
DSEI/MGES	EMSI	5	1	1					
° ADPF 709	(Todas as aldeias são assistidas pela mesma Equipe Volante)	1	1		O atendimento é realizado pelo CD da Unidade Odontológica Móvel (UOM)	O atendimento é realizado pelo CD da Unidade Odontológica Móvel (UOM)	1	1	Arapowã Kakyá Kamakã Mongoió Kamakã Kaêhá Puá Katurama Chácara Dimas Zona Rural (Araçuaí e Coronel Murta) Zona Urbana (Araçuaí e Coronel Murta)

Fonte: DSEI MGES/SESAI/MS, 2024.

Tabela 19 - Demonstrativo da necessidade de ampliação de recursos humano do DSEI MGES

Recurso Humano	PB tipo I /UBSI	PB tipo II / EL	CASAI	DSEI	Total	Programação			
						2024	2025	2026	2027
AIS	35				35		15	10	10
AISAN	38				38		18	10	10
Apoiador Técnico em Saúde				1	1		1		
Apoiador CIEVS				1	1		1		
Assistente Social		2	2		4		2	2	
Auxiliar de Saúde Bucal	7				7		4	3	
Cirurgião Dentista	7				7		4	3	
Enfermeiro	3		6		9	3	3	3	
Engenheiro Civil				1	1		1		
Farmacêutico / Bioquímico	12		2	1	15		10	5	
Nutricionista		1	2		3		2	1	
Psicólogo		2	1		3		2	1	
Técnico de Edificações / Eletrotécnico	1	8	1		10		5	5	
Técnico de Enfermagem	15		11		26		13	13	
Técnico em informática				1	1		1		
Analista de Suprimentos				2	2		2		
Assistente Administrativo	4		2	6	12		5	5	2
Assistente Administrativo (saúde) ou Tec. Farmácia	7	2			9		5	4	
Auxiliar de Serviços Gerais	2		14		16		10	6	
Barqueiro 12/36h	2				2		2		
Cozinheira	1		8		9		5	4	
Lavadeira			2		2		1	1	
Motorista	7		3		10		5	5	
Motorista 12/36h	3		3		6		3	3	
Recepcionista/Secretária			2		2		1	1	
Tradutor da língua Guarani	1				1		1		
Vigilante/Vigia/Porteiro		1	8		9		5	4	

Fonte: DSEI MGES, s/d.

A partir do consolidado das propostas de ampliação de recursos humanos dos conselhos locais de saúde indígena e do levantamento de necessidades realizado pela gestão do DSEI MGES, foram estabelecidos critérios para justificar a real necessidade do distrito, para cada cargo/função, a partir do ano de 2025. O acréscimo de enfermeiros para o ano de 2024 foi resultado do remanejamento de outros cargos, tendo sido considerada a realidade orçamentária para o período e o quadro previsto no chamamento público em andamento.

### **Agente Indígena de Saúde (AIS) – acréscimo de 35 profissionais**

Atualmente, o Distrito conta com 109 AIS. Destaca-se que o quantitativo atual ainda é insuficiente às necessidades deste Distrito e seus povos. Justifica-se a contratação de mais 35 AIS para garantir que haja pelo menos um AIS em cada aldeia, considerando:

- Fatores relacionados à dinâmica populacional: especificidades étnicas, culturais, rivalidades entre grupos e famílias, surgimento de novas aldeias (ADPF 709), extensão e dispersão territorial, e número expressivo de aldeias indígenas.
- Participação social: uma das diretrizes operacionais do Programa de Saúde Indígena (PSI) é o estímulo à participação social e, nesse sentido, o AIS é o principal elo entre os serviços de saúde e a comunidade indígena. Diante das especificidades da atuação desses agentes, reconhece-se a necessidade de contratação dos mesmos, resguardando a identificação e relacionamento estreito com as famílias e comunidades indígenas assistidas.
- Ausência de equipe de saúde em algumas comunidades.

### **Agente Indígena de Saneamento (AISAN) - acréscimo de 38 profissionais**

Atualmente, existem 82 AISAN integrantes da equipe de Saneamento, quantitativo ainda insuficiente para atender às necessidades deste distrito e seus povos, considerando:

- Fatores relacionados à dinâmica populacional: o crescimento da população atendida nas aldeias existentes e o surgimento de novas aldeias.
- Fatores relacionados ao sistema de saneamento: redes de abastecimento de água extensas, de difícil fiscalização e manutenção devido às particularidades territoriais.
- Fatores associados à dinâmica de trabalho do AISAN no território: falta de transporte para locomoção, substituição de profissionais no período de férias

Justifica-se, portanto, a necessidade de contratação de mais 38 AISAN.

### **Apoiador para o CIEVS DSEI MGES – acréscimo de 1 profissional**

O Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) é uma unidade de serviço inteligente, institucionalizada no contexto do Regulamento Sanitário Internacional (RSI, 2005), sendo o responsável por realizar a detecção, notificação, monitoramento e o apoio à resposta a eventos de saúde que possam constituir emergência em saúde pública.

No momento, o CIEVS do DSEI MGES conta apenas com 1 coordenador e 1 apoiador (bolsista).

Justifica-se a ampliação do quadro de recursos humanos do CIEVS DSEI MGES, com a contratação de um apoiador técnico para compor a equipe existente devido:

- À ampla dimensão do território de abrangência do Distrito, com comunidades indígenas presentes em 2 estados e 22 municípios; e
- As especificidades da população Maxakali, em especial. Trata-se de uma etnia de extrema vulnerabilidade, seminômade - com costume de circulação entre os territórios, mantendo sua cultura genuína - amplificando o território de monitoramento/vigilância quanto aos riscos relativos de possíveis agravos/eventos.

### **Apoiador Técnico em Saúde - acréscimo de 1 profissional em relação à quantidade prevista no chamamento público**

No atual chamamento público está prevista apenas uma vaga para apoiador técnico em saúde. No entanto, justifica-se a necessidade de manter dois profissionais para essa função, considerando que esses são os únicos profissionais contratados especificamente para articular ações integradas do SASISUS com os serviços de média e alta complexidade nos estados de Minas Gerais e Espírito Santo, visando garantir a assistência integral aos povos indígenas.

Além disso, o apoiador técnico em saúde tem o papel de orientar e acompanhar o coordenador distrital em sua interlocução com os gestores municipais, estaduais e seus representantes nas regiões de saúde.

### **Assistente Social - acréscimo de 4 profissionais**

É primordial o trabalho do assistente social na saúde indígena para assegurar junto a uma população diferenciada e a uma saúde especial, os direitos já adquiridos,

facilitando assim, o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais.

No DSEI MGES, o trabalho do Serviço Social, vem sendo realizado, por meio de 5 profissionais lotados nos Polos Base e 1 profissional lotada na CASAI/GVR. Levando em consideração as especificidades da população atendida, justifica-se contratação mais 4 profissionais, considerando:

- Fatores relacionados a ampla dimensão do território de abrangência do DSEI; e
- A necessidade desse profissional nas Casai Montes Claros e Belo Horizonte, para atendimento, orientações e encaminhamentos dos pacientes referenciados para tratamento e acompanhamento a saúde.

Lotação: 1 no Polo Base tipo II São João das Missões, 1 no Escritório Local de Aracruz, 1 na Casai BH e 1 na Casai MOC.

### **Cirurgião dentista e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) - acréscimo de 7 profissionais de cada categoria**

A atenção à saúde bucal no âmbito do DSEI MGES é composta atualmente por 22 cirurgiões dentistas (21 atuando diretamente nos Polos Base e 1 responsável técnico de saúde bucal na DIASI/DSEI) e 22 auxiliares de saúde bucal. No perfil epidemiológico de saúde bucal da população indígena de Minas Gerais e Espírito Santo, observa-se alta prevalência da cárie dentária e doença periodontal. Tal cenário requer um trabalho intenso no tocante às ações de promoção e prevenção em saúde bucal, além do atendimento clínico individual com o objetivo de minimizar agravos, intervir oportunamente e garantir um melhor cuidado à saúde bucal. Além do perfil epidemiológico, um grande desafio para a realização do atendimento odontológico nas populações indígenas no âmbito do DSEI MGES tem sido o aspecto geográfico ao existir uma grande dispersão das populações, dificultando o acesso do indígena ao serviço de saúde bucal.

A partir das considerações acima e a disponibilidade orçamentária, solicita-se o aumento de mais 7 cirurgiões dentistas e 7 ASB.

Vale ressaltar que atualmente não existe no quadro de RH do DSEI MGES o profissional TSB. A inclusão dessa categoria profissional contribuiria para o desenvolvimento das ações de saúde bucal, bem como no controle das infecções bucais.



Lotação (Cirurgião dentista e ASB): 1 no Polo Base Irajá/Aracruz, 1 na aldeia Ibiramã/Caldas, 3 nos Polos Base tipo I de São João das Missões, 1 na aldeia Renascer Wakonã/Presidente Olegário, 1 na aldeia Escola Floresta/Teófilo Otoni).

### **Enfermeiros - acréscimo de 9 profissionais**

Para a operacionalização do conjunto de ações de saúde necessárias à atenção básica, necessita-se minimamente de uma equipe multidisciplinar composta, entre outros profissionais, do enfermeiro, que além de desenvolver ações assistenciais diretas, ações de promoção e educação em saúde, coordena diretamente essa equipe multidisciplinar.

Justifica-se a contratação desses profissionais adicionais, considerando:

- A inauguração de novos serviços: estão previstas 2 CASAI para serem inauguradas entre os anos de 2024 e 2027, com necessidade de 6 enfermeiros para atuar numa escala de 12x36 horas semanais.
- A homologação de novos territórios como as comunidades dos municípios de Presidente Olegário (Xukuru Kariri) e Caldas (Kiriri do Rio Verde), que se encontram em territórios em processo de homologação e não tem profissional enfermeiro para compor a equipe.
- A carência de recursos humanos em certas equipes, como no território Xakriabá/São João das Missões, dificulta a manutenção de uma política de recursos humanos que efetivamente viabilize o Subsistema de Saúde Indígena. Esse desafio está relacionado não apenas à presença do profissional enfermeiro, mas também às demais categorias que compõem a EMSI atuante na área. Além disso, é fundamental fortalecer a Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI) deste distrito por meio de uma distribuição adequada dos programas do Ministério da Saúde para as Referências Técnicas; e
- As atribuições específicas do profissional enfermeiro junto à EMSI.

Dessa forma, torna-se imperativo a contratação de mais 9 enfermeiros, com o objetivo de dar continuidade à implementação da Atenção Primária dentro das comunidades indígenas e CASAI, com um mínimo de qualidade organizacional do serviço, focada nos princípios e diretrizes do SUS, dentre os quais se destaca a

equidade, estabelecendo assim, não só a assistência, mas a prevenção e a promoção da saúde indígena.

Lotação: 3 na Casai BH, 3 na Casai MOC, 1 em São João das Missões, 1 na aldeia Ibiramã Kiriri do Acré /Caldas e 1 aldeia Renascer Wakonã/Presidente Olegário.

### **Engenheiro civil e Técnico de Edificações/Eletrotécnicos – acréscimo de 1 e 10 profissionais, respectivamente**

Atualmente muitos servidores deste DSEI atuam permanentemente na manutenção dos SAA das aldeias, em especial no território indígena Xakriabá. Todavia, muitos servidores do quadro já se aproximam do período de aposentadoria. Dessa forma, as novas contratações de técnico edificações e eletrotécnicos são imprescindíveis à manutenção do bom funcionamento dos SAA, sendo necessário o acréscimo de mais 10 profissionais.

Há de se considerar, ainda, que é crescente o número populacional e de aldeias, havendo a necessidade de ampliação de redes, bem como, a implantação de novos SAA, demandando, portanto, de maior força de trabalho para realizar as manutenções corretivas dos sistemas.

Cabe ressaltar, que a ampliação de tais sistemas e aldeias, aumentam também as demandas da equipe de engenharia do SESANI. Assim sendo, há a necessidade de reforço da equipe de engenheiros, sendo pleiteado neste PDSI mais uma vaga deste profissional. A atuação deste profissional tem sido exigida não somente nas atividades de obras e projetos executados com recurso da SESAI, mas também nos projetos realizados em parcerias com prefeituras, entidades e empresas.

Pelo exposto, não somente, é justificável a manutenção do corpo de técnicos e engenheiros, mas também a sua ampliação visando o cumprimento dos projetos e metas estabelecidas neste documento.

### **Farmacêutico - acréscimo de 15 profissionais**

De acordo com o artigo 6º da Lei 13021/2014, para o funcionamento das farmácias de qualquer natureza, exige-se, além de outras condições, ter a presença de farmacêutico durante todo o horário de funcionamento.

Segundo o relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada, criado a partir de duas oficinas nacionais no ano de 2017, com intuito de avaliar os 20 anos de políticas e propostas

para a qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS, um problema global encontrado foi a deficiência de número e qualificação das equipes de assistência farmacêutica, especialmente gestores, farmacêuticos e auxiliares. E destes problemas encontrados, citam-se alguns que fazem parte da realidade do DSEI MGES, e podem ser observados nos Polos Base e UBSI:

- Falta do profissional farmacêutico;
- Falta do técnico ou auxiliar exclusivo para farmácia.

A falta do profissional farmacêutico já foi bastante discutida entre os DSEI e o nível central da SESAI. Este, inclusive, já solicitou aos DSEI relatório contendo todos os locais que possam ser considerados "farmácias", bem como o número de farmacêuticos contratados e o impacto orçamentário das contratações atuais e futuras, além das dificuldades enfrentadas para a contratação destes profissionais.

Outras informações solicitadas pelo nível central da SESAI aos DSEI foram sobre as visitas técnicas de Conselhos Regionais de Farmácias (CRF), autos de notificação ou infração lavrados desde o ano de 2013, documentação apresentada, com data de notificação, valor da multa e recurso interposto. Assim como outros distritos, O DSEI MGES já foi notificado com o auto de infração e multa pelo CRF devido à ausência do profissional farmacêutico no Polo Base visitado.

A Assistência Farmacêutica, como ação de saúde, ainda não está totalmente inserida no planejamento da SESAI. É preciso buscar a necessária integração da Assistência Farmacêutica com o sistema de saúde e assegurar a garantia de serviços qualificados com a oferta de profissionais capacitados e em quantidade satisfatória. Os farmacêuticos são responsáveis pela execução dos processos gerenciais, assistenciais e pedagógicos que englobam toda a cadeia do ciclo da assistência farmacêutica, como forma de garantir e promover o Uso Racional de Medicamentos (URM).

Considerando a política de Assistência Farmacêutica no SUS e SASISUS e as normas relacionadas à dispensação de medicamentos e a presença do Farmacêutico, tais como:

- Portaria 344/98: Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.
- Resolução 20/2011: Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação.
- Lei 13021/2014: Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.
- Portaria 1.800/2015: Aprova as Diretrizes da Assistência Farmacêutica no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS)
- Resolução CFF 649/2017: Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS)
- Resolução CFF 730/2022: Regulamenta o exercício profissional nas farmácias das Unidades de Saúde em qualquer nível de atenção (primária, secundária e terciária) e em outros serviços de saúde de natureza pública ou privada.

Foram estabelecidos os seguintes parâmetros/critérios para a contratação de farmacêuticos no DSEI MGES:

- 1 farmacêutico, referência técnica da Assistência Farmacêutica na DIASI
- 1 farmacêutico responsável técnico para a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) do DSEI MGES
- 1 farmacêutico responsável técnico para cada farmácia pública/CAF dos Polos Base tipo II e Casai.
- 1 farmacêutico como responsável técnico para cada farmácia/dispensário de medicamentos dos Polos Base/UBSI, que realiza dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial e antimicrobianos, com população acima de 500 habitantes, tendo em vista o número de usuários desses tipos de medicamentos (sugerindo não enquadramento em unidade de pequeno porte).

Com base nesses critérios, necessita-se de um incremento de 15 farmacêuticos no quadro.

Apesar de controversa, após publicação da Lei 13021/2014, a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça (STJ) é firme no sentido de que não é obrigatória a presença de farmacêutico em dispensário de medicamentos de hospital ou de clínica de pequena unidade hospitalar. Atualmente, é considerada como pequena a unidade

hospitalar com até 50 leitos, ao teor da regulamentação específica do Ministério da Saúde. Esse entendimento tem se extrapolado para as unidades de saúde de pequeno porte, mas sem definição do que seria pequeno porte. Pacífica portanto a jurisprudência do STJ no sentido da ausência de obrigatoriedade da presença de profissionais farmacêuticos nos dispensários de medicamentos (à exceção dos medicamentos antimicrobianos e controlados, de acordo com a Portaria 344/1998). O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) emitiu uma nota em que se destaca: “Tem prevalecido o entendimento, de que não há vedação legal que impeça outros profissionais, entre eles o enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem de entregar medicamentos ao usuário, com exceção dos medicamentos antimicrobianos e controlados.

- Dessa forma, as UBSI/Polos Base (dispensários de medicamentos) onde não houver farmacêutico não poderão manter em estoque antibióticos e nem medicamentos controlados. A dispensação ocorrerá mediante apresentação da receita no município ou Polo Base mais próximo.

### **Nutricionista – acréscimo de 3 profissionais**

A inserção do profissional nutricionista no sistema de saúde indígena contribui no processo coletivo de trabalho em prol da promoção da saúde e se faz necessária para o enfrentamento do complexo perfil nutricional que a população indígena apresenta, onde a desnutrição expressa por déficit de crescimento e carências nutricionais por micronutrientes coexiste com aumento da obesidade e de outras doenças crônicas não transmissíveis associadas à alimentação (DCNT).

Sabe-se que as Casas de Saúde Indígena têm como função facilitar o acesso da população indígena ao atendimento secundário e/ou terciário, servindo de apoio entre a aldeia e a rede de serviços do SUS. Logo, nesses locais é fornecido alimentação aos pacientes e seus acompanhantes, durante o período de tratamento e, para isso, torna-se indispensável a presença do profissional nutricionista não só para administrar as Unidades de Alimentação e Nutrição, como para realizar as atividades inerentes à área de nutrição clínica.

Diante disso, faz-se necessário a contratação de mais 3 nutricionistas, visando à continuidade das ações realizadas por esses profissionais, garantindo a implementação de ações de saúde e segurança alimentar e nutricional para os indígenas e fortalecendo o Sistema de Vigilância Nutricional (SISVAN Indígena) para

acompanhamento da situação nutricional. Uma vez que, o número atual hoje é insuficiente para as demandas existentes ao analisar a distribuição do profissional proporcionalmente ao tamanho da população e à prevalência dos problemas de saúde relacionados à questão alimentar e nutricional.

Além da necessidade nas CASAI citadas, destaca-se a carência desse profissional em outras localidades, sendo necessário mais 1 profissional nutricionista, cujo local de atuação será definido posteriormente.

### **Psicólogos - acréscimo de 3 profissionais**

As ações de saúde mental/atenção psicossocial nos DSEI organizaram-se a fim de oferecer cuidados a diferentes situações de sofrimento psicossocial nas comunidades envolvendo, pessoas com problemas devido ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas e/ou outras drogas, situações de violências e suicídios, além dos agravos relacionados aos Transtornos Mentais. Outro eixo de atuação do psicólogo (a) é o de Apoio Matricial no qual estes profissionais oferecem suporte técnico e pedagógico às EMSI, além de desenvolverem ações assistenciais para os casos mais complexos encontrados nas aldeias, no Polo-Base ou na CASAI.

Considerando a peculiaridade do trabalho da psicologia em contextos interculturais, sociais, econômicos e epidemiológicos, bem como a essencial necessidade de frequência e permanência destes profissionais nos territórios, é de fundamental importância a manutenção do quantitativo de psicólogos atuantes neste Distrito. Além disso, destaca-se a importância destes profissionais na elaboração de pareceres e relatórios técnicos, na realização de ações de articulação com a Rede de Atenção Psicossocial dos municípios, e no desempenho de diversas outras atividades burocráticas e administrativas exigidas pela instituição. Portanto, considera-se necessária a contratação de mais três profissionais para atender a essas demandas.

Entende-se como impossível que sejam obtidos resultados de qualidade nas ações, melhoria na condição de saúde mental e alcançadas as metas estabelecidas e pactuadas, considerando-se que estes territórios apresentam problemáticas extremamente complexas, como a questão do uso prejudicial de álcool e outras drogas, violências autoprovocadas, alto consumo de medicamentos psicotrópicos, tendo acesso aos cuidados psicossociais com frequência mensal ou até mesmo em um espaço maior de tempo. É preciso garantir que estes profissionais tenham, no mínimo, acesso semanal a essas comunidades, para que, dessa forma, seja possível

a manutenção do cuidado, o acompanhamento adequado dos casos e a realização efetiva de ações coletivas.

Lotação: 1 na Casai BH, 1 no Escritório Local de Aracruz e 1 no Polo Base tipo II São João das Missões.

### **Técnico de enfermagem - acréscimo de 26 profissionais**

Considerando a complexidade da assistência à Saúde Indígena, para atendimento a todas as UBSI/Polos Base, visando à realização do serviço de atenção básica, em que é indispensável os serviços prestados por técnicos de enfermagem nas unidades de saúde do DSEI MGES.

Considerando a previsão de inauguração de duas Casas de Saúde Indígena (CASAI) nos municípios de Belo Horizonte e Montes Claros, com o propósito de acolher, alojar, alimentar e monitorar o estado de saúde dos pacientes indígenas e seus acompanhantes encaminhados pelos Polos Base de Minas Gerais e Espírito Santo, e a oferta de assistência de enfermagem 24 horas por dia, torna-se essencial a contratação de mais 26 técnicos de enfermagem. Este reforço tem como objetivo preservar a qualidade da assistência prestada às nossas populações indígenas, com foco na promoção e proteção da saúde.

A distribuição desses profissionais será a seguinte: 11 técnicos serão alocados nas CASAI de Belo Horizonte e Montes Claros; 4 nos Polos Base tipo I de São João das Missões; 4 nos Polos Base tipo I de Aracruz; 2 no Polo Base tipo II de Teófilo Otoni; 1 na aldeia Escola Floresta em Teófilo Otoni; 1 no Polo Base de Carmésia; 1 na aldeia Geru Tucunã em Açucena; 1 na aldeia Ibiramã Kiriri do Acré em Caldas; e 1 na comunidade Katurama em São Joaquim de Bicas.

### **Assistente Administrativo (saúde) ou Técnico de Farmácia - acréscimo de 9 profissionais**

No DSEI MGES não há recursos humanos (RH) específicos para as farmácias e dispensários de medicamentos dos Polos Base e UBSI, ficando as dispensações de medicamentos e demais atividades de Assistência Farmacêutica a cargo de várias profissionais (principalmente técnicos de enfermagem), que, ao mesmo tempo, executam outras atribuições próprias de suas funções.

Os auxiliares e técnicos de enfermagem desenvolvem suas atividades em setores específicos na unidade de saúde, como salas de vacinação, curativos, preparo

de pacientes (verificação de temperatura, peso, altura, pressão arterial e glicemia capilar), administração de medicamentos, auxílio na coleta de material citopatológico e exames laboratoriais, expurgo, esterilização de materiais dentre outros.

Atividades técnico-gerenciais e assistenciais são atividades e serviços farmacêuticos integrantes da Assistência Farmacêutica. O controle de estoque é uma atividade técnico-gerencial farmacêutica que tem como objetivo subsidiar uma boa programação e aquisição de medicamentos mantendo os níveis de estoque ideais para a manutenção dos atendimentos e evitando superposição de estoque e desabastecimento. É uma importante ferramenta também para o controle de desperdícios e de apuração de investimentos (O gasto anual do DSEI MGES com medicamentos é superior a um milhão de reais - R\$1.000.000,00/ano).

Para o gerenciamento do estoque, nas unidades em que não há acesso à internet e o sistema informatizado para gestão da AF HORUS não é utilizado, usam-se planilhas manuais. Nos locais onde não há farmacêuticos, esse processo de gerenciamento de estoque é realizado principalmente por técnicos ou auxiliares de enfermagem que se abstêm de desenvolverem suas funções como parte integrada da EMSI para realizarem atividades que diferem das suas atribuições, o que torna defasada sua produção mensal. Outros se sobrecarregam para realizarem as suas atividades técnicas de enfermagem e ainda as atividades das farmácias, mas estas, muitas vezes, ficam em segundo plano, gerando informações não fidedignas e falhas no gerenciamento dos estoques. Já outros profissionais que atuam nas farmácias não reconhecem as atividades de assistência farmacêutica como sendo de sua responsabilidade.

O Instituto Brasileiro para Práticas Seguras no Uso de Medicamento em seu boletim nº04 de 2019 demonstra que a interrupção, também chamada de *break-in-task*, distração ou ruptura, ocorre quando a tarefa principal é suspensa para a realização de atividade secundária e quando as interrupções são associadas a medicamentos, os riscos de erros são elevados. Isso porque o sistema de utilização de medicamentos é complexo, possui múltiplas etapas, bem como vários pontos frágeis suscetíveis à ocorrência de falhas que podem provocar danos graves aos pacientes.

Dessa forma a dupla função dos técnicos de enfermagem (atividades de enfermagem e de farmácia) leva a interrupções constantes e desencadeiam erros como troca de medicamentos ou dosagem, quantidade dispensada divergente da



prescrita, entre outros. Estes erros são graves, acarretam gastos para a máquina pública (gastos secundários com os pacientes que são desencadeados pelo uso inadequado do medicamento e gastos com desperdícios do medicamento) e comprometem o tratamento e a vida do paciente, contrariando as práticas de Uso Racional de Medicamentos.

Estudos evidenciam que os técnicos de farmácia podem ser aliados dos farmacêuticos no processo de identificação e resolução de problemas relacionados a medicamentos, desde que devidamente capacitados e treinados pelo farmacêutico (como todos os demais funcionários da farmácia), em conformidade ao que determina a legislação vigente.

Foram estabelecidos os seguintes parâmetros/critérios para a contratação de Assistente Administrativo (saúde) ou Técnico de Farmácia no DSEI MGES:

- 1 profissional para os Polos Base tipo II;
- 1 profissional para as farmácias/dispensários de medicamentos dos Polos Base tipo I e UBSI, com população acima de 200 habitantes e que não tenham farmacêutico;

Com base nesses critérios, e considerando que a quantidade de farmacêuticos seja atendida, necessita-se contratar 9 profissionais. Nas unidades com população inferior a 200 habitantes, o técnico de enfermagem ou enfermeiro continuarão como responsáveis pela entrega, registro, acompanhamento e monitoramento do uso de medicamentos e demais atividades relacionadas à Assistência Farmacêutica.

### **Assistente administrativo e analista de suprimentos - acréscimo de 12 e 2 profissionais, respectivamente**

Considerando que a força de trabalho atual não é suficiente para atender a demanda e levando em conta o volume de processos que serão instruídos com base nas demandas estabelecidas no PDSI 2024/2027, torna-se indispensável e proporcional o aumento da área administrativa para viabilizar o atendimento decorrente de novas contratações.

### **Auxiliar de serviços gerais – acréscimo de 16 profissionais**

Acrescentado o posto onde ainda não tem este serviço, aliado à metragem (IN nº 05/2017) de cada unidade de lotação do novo posto.

### **Cozinheira – acréscimo de 9 profissionais**

Para atendimento aos usuários, as Casai Montes Claros e Belo Horizonte estão sendo construídas/reformadas para disporem de uma Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) que funciona 24h, com cozinheira em regime de plantão, responsável por preparar todas as refeições, obedecendo às prescrições dietéticas, cardápio e horários estabelecidos.

Este profissional desempenha um papel crucial na promoção da saúde dos pacientes, garantindo que as refeições atendam as necessidades médicas e nutricionais específicas, observando a rotina de boas práticas de manipulação de alimentos, segurança alimentar e prevenção de infecções. Considerando o exposto acima e baseando em critérios de assistência integral e ininterrupta prestada nas CASAI Montes Claros e Belo Horizonte, é fundamental que a UAN seja contemplada com 4 profissionais em cada uma dessas unidades, em escala 12x36h, plantões diurno e noturno, qualificados para atuar no setor respeitando a cultura e costume de cada etnia.

A contratação de cozinheira também será necessária na aldeia Escola Floresta, em razão do Programa de Recuperação Nutricional (PRN), que foi desenvolvido com objetivo de reduzir a taxa de mortalidade infantil e a desnutrição nas comunidades indígenas da etnia Maxakali. Esta aldeia foi criada em 2021 e teve sua unidade de saúde inaugurada em abril de 2022. Logo, no contrato de serviços de cozinheiro existente no DSEI, não havia vaga sobressalente para possibilitar o funcionamento do PRN na aldeia Escola Floresta. Assim, o distrito está se organizando para iniciar as atividades do programa nessa aldeia e, dentre as necessidades para iniciar o programa na aldeia, faz-se necessário a contratação de cozinheira.

### **Lavadeira – acréscimo de 2 profissionais**

Para o atendimento dos usuários, as CASAI Montes Claros e Belo Horizonte irão dispor de um Setor de Lavanderia que é um dos principais serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, no qual é responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação. Todo o processo de lavar e manusear os lençóis, cobertores e roupas deve ser feito com muito cuidado para não haver contaminação/infecção cruzada e fazer com que alguma bactéria, vírus ou fungo se prolifere na instituição, causando maiores danos aos usuários.

Este profissional desempenha um papel crucial na promoção da saúde dos pacientes, garantindo controlar/minimizar as infecções, auxiliar na recuperação, conforto e segurança do paciente, facilidade, segurança e conforto da equipe de trabalho, racionalização de tempo e material e redução dos custos operacionais. Considerando o exposto acima e baseando em critérios de assistência integral e ininterrupta prestada pelas CASAI Montes Claros e Belo Horizonte, é fundamental que o Setor de Lavanderia seja contemplado com 1 profissional em cada unidade.

#### **Técnico em informática – acréscimo de 1 profissional**

O DSEI MGES conta com 1 técnico em informática para atender toda a demanda do distrito. Justifica-se a contratação de mais 1 profissional, considerando a limitação para deslocamentos entre todas as unidades de abrangência do órgão. A ausência da sede, quando ocorre, também prejudica o andamento dos serviços.

#### **Tradutor da língua guarani – contratação de 1 profissional**

O idioma falado pelos indígenas Guaranis residentes na TI Tupiniquim e Guarani é a língua Guarani, sendo necessário contratar 1 tradutor para melhor comunicação entre os trabalhadores e usuários, para a unidade de saúde que atende indígenas que falam predominantemente a língua guarani.

#### **Barqueiro, motorista, recepcionista/secretária, vigilante/vigia/porteiro**

Foi acrescentado o posto onde ainda não tem este serviço ou onde a força de trabalho existente não consegue atender a totalidade da demanda.

- Barqueiro 12x36h - acréscimo de 2 profissionais
- Motorista - acréscimo de 10 profissionais
- Motorista 12x36h - acréscimo de 6 profissionais
- Recepcionista/secretária - acréscimo de 2 profissionais
- Vigilante/vigia/porteiro - acréscimo de 9 profissionais

### 5.3.2 Qualificação profissional

Apresenta-se o número de profissionais qualificados para atenção à saúde, e interculturalidade, visando identificar a aprendizagem significativa dos processos e práticas do dia a dia dos serviços, à qualificação e aperfeiçoamento das ações realizadas e ao desenvolvimento de pessoas para trabalhar na perspectiva de atuação no contexto intercultural.

Tabela 20 - Trabalhadores da EMSI/DIASI qualificados para o aperfeiçoamento do trabalho em saúde

Ano	Nº de profissionais qualificados	Nº de profissionais contratados	Proporção (%)
2020	165	445	37,08
2021	250	478	52,30
2022	219	478	45,82
2023	114	481	47,82

Fonte: SICONV/DSEI MGES/SESAI/MS, 2024.

Tabela 21 - Trabalhadores da EMSI/DIASI qualificados para o trabalho em contexto intercultural

Ano	Nº de profissionais qualificados	Nº de profissionais contratados	Proporção (%)
2020	44	445	9,89
2021	18	478	3,77
2022	121	478	25,31
2023	4	481	4,57

Fonte: SICONV/DSEI MGES/SESAI/MS, 2024.

Tabela 22 - Número de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural (PPA)

Categoria	2020	2021	2022	2023
Agente de Combate a Endemias	0	0	1	0
Agente Indígena de Saneamento	0	0	5	0
Agente Indígena de Saúde	0	0	57	11
Apoiador Técnico em Atenção à Saúde	1	1	0	0
Apoiador Técnico em Saneamento	0	0	1	0
Assistente Social	3	2	1	1
Auxiliar em Saúde Bucal	0	0	2	0
Cirurgião Dentista	5	1	5	1
Enfermeiro	9	6	16	4
Farmacêutico	7	3	2	0
Médico	0	0	0	1
Nutricionista	3	2	4	1
Psicólogo	4	2	4	1
Tec. Edificações	1	0	0	0
Técnico de enfermagem	11	1	23	1

Fonte: SICONV/DSEI MGES/SESAI/MS, 2024

Quadro 8 - Previsão das principais temáticas/prioridades para formação profissional em contexto intercultural

Temáticas	Ano
Oficina de fortalecimento das práticas medicinais indígenas no cotidiano da Casa da Medicina Tradicional Xakriabá (CAMETXA)	2024
Oficina de aperfeiçoamento para atuação em contexto intercultural	2024
Oficina sobre medicinas indígenas e cuidadores tradicionais	2025
Oficina de construção com o povo Maxakali de um modelo de identificação e orientação do uso correto de medicamentos	2025
Capacitação das parteiras nos cuidados gestacional e durante parto	2025
1ª Semana da Saúde Ambiental voltada para os AISAN	2025
2ª Semana da Saúde Ambiental voltada para os AISAN	2026
Qualificação dos profissionais na temática de Indígenas com deficiência e as especificidades interculturais da deficiência no território	2026
3ª Semana da Saúde Ambiental voltada para os AISAN	2027

Fonte: SICONV/DSEI MGES/SESAI/MS, 2024.

Tabela 23 - Número de trabalhadores da atenção qualificados para o aprimoramento do trabalho em saúde

Categoria	2020	2021	2022	2023
Agente de Combate a Endemias	0	0	1	0
Agente Indígena de Saneamento	1	75	49	15
Agente Indígena de Saúde	2	100	14	49
Apoiador Técnico em Atenção à Saúde	1	1	1	1
Apoiador Técnico em Saneamento	1	0	0	0
Assistente Social	5	3	6	6
Auxiliar em Saúde Bucal	5	23	0	22
Cirurgião Dentista	13	22	11	20
Enfermeiro	39	14	41	36
Engenheiro Civil	2	0	0	0
Farmacêutico	7	2	9	8
Fisioterapeuta	0	0	0	0
Médico	6	0	5	0
Nutricionista	5	1	3	3
Psicólogo	6	4	6	6
Tec. Edificações	2	0	0	0
Técnico de Enfermagem	68	5	73	56
Técnico de Laboratório	2	0	0	0

Fonte: SICONV/DSEI MGES/SESAI/MS, 2024.

Quadro 9 - Previsão das principais temáticas/prioridades para formação profissional para o aprimoramento do trabalho em saúde

Temáticas	Ano
Capacitação técnica do corpo técnico do SESANI de todo o DSEI MGES	2024
Capacitação técnica dos AISAN do DSEI MGES das aldeias da cidade de Araçuaí/MG, Caldas/MG, Campanário/MG, Carmésia/MG e Guanhães/MG	2024
Atualização em Sala de Vacina	2024
Capacitação em Doenças Crônicas Não Transmissíveis nos municípios de Teófilo Otoni/MG São João das Missões/MG e Aracruz/ES	2024
Agosto Dourado - Proteger e incentivar a amamentação: um cuidado de todos!	2024

<b>Temáticas</b>	<b>Ano</b>
Valorização da vida e bem viver - "Setembro Amarelo 2024"	2024
"A prevenção não tem idade" - Campanha do Outubro Rosa	2024
Oficina do Grupo Técnico em Vigilância do Óbito (3 vezes ao ano)	2024
Reunião Técnico Científica da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) do DSEI/MGES	2024
Capacitação sobre Prática Baseada em Evidência (PBE)	2024
Oficina para proposição de mapeamento de competências profissionais	2025
Coleta do esfregaço cervico uterino	2025
Reunião do grupo técnico de vigilância do óbito (2 vezes ao ano)	2025
Capacitação para investigação dos óbitos infantis, materno, mulheres idade fértil e óbito fetal.	2025
Reunião técnica do NASI (nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos)	2025
Capacitação em linhas de cuidado em saúde mental - Monitoramento do uso prejudicial de álcool	2025
Reunião Técnico Científica da Comissão de Farmácia e Terapêutica do DSEI MGES	2025
Prescrição e acesso a medicamentos no SUS e SASISUS	2025
Urgências e Emergências odontológicas na Atenção Primária à Saúde	2025
Capacitação em Sala de Vacina e rede de Frio	2025
Capacitação sobre dados antropométricos em serviços de saúde	2025
2ª Semana de integração e capacitação da equipe técnica do SESANI	2025
Simpósio Hanseníase e Geo-Helmintíase	2026
Reunião do grupo técnico de vigilância do óbito (2 vezes ao ano)	2026
Avaliação das crianças na puericultura	2026
Reunião técnica do NASI (nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos)	2026
Capacitação em linhas de cuidado em saúde mental - Vigilância do uso de medicamentos psicotrópicos	2026
Reunião Técnico Científica da Comissão de Farmácia e Terapêutica do DSEI MGES	2026
Estomatologia oral: Diagnóstico e tratamento	2026
Boas Práticas em Imunização e Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI)	2026
3ª Semana de integração e capacitação da equipe técnica do SESANI	2026
Pré natal de baixo risco	2027
Reunião do grupo técnico de vigilância do óbito (2 vezes ao ano)	2027
Capacitação em primeiros cuidados em saúde mental: Monitoramento do uso prejudicial de bebidas alcoólicas	2027
Reunião Técnico Científica da Comissão de Farmácia e Terapêutica do DSEI MGES	2027
Qualificação da equipe de Assistência Farmacêutica	2027
Atualização dos Profissionais de Saúde sobre as Práticas Educativas em Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial	2027
Atenção à saúde bucal de pacientes com necessidades específicas	2027
Capacitação em Sala de Vacina/Calendário Vacinal	2027
Saneamento básico e saúde pública: impactos na qualidade de vida.	2027
Reunião técnica do NASI (nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos)	2027

Fonte: SICONV/DSEI MGES/SESAI/MS, 2024.

#### **5.4 Infraestrutura de saneamento**

O Distrito Sanitário Especial Indígena Minas Gerais e Espírito Santo tem o objetivo constante de melhorar a qualidade de vida das comunidades indígenas. A organização se dedica a avançar na oferta de água potável, na gestão adequada de resíduos sólidos, no eficaz esgotamento sanitário nos territórios indígenas e na melhoria das unidades de saúde para atender às necessidades das comunidades.

Apesar do aumento no número de aldeias nos últimos anos, a instituição mantém um foco constante na identificação e resolução dos problemas mais críticos em cada local, utilizando as ferramentas internas à sua disposição e estabelecendo parcerias com instituições públicas e privadas quando necessário.

Sabe-se que a relação dos indígenas com a água é muito profunda e sagrada. A água é vista como um elemento vital e essencial para a vida, sendo reverenciada e respeitada pelos indígenas, que a consideram uma entidade viva. Ela é utilizada para rituais, cerimônias, purificação e também como fonte de alimento e subsistência. Os indígenas possuem um profundo conhecimento sobre os rios, lagos e nascentes, e acreditam na necessidade de preservar e cuidar dos recursos hídricos para garantir a harmonia e o equilíbrio da natureza.

Os povos indígenas têm diferentes práticas e culturas em relação ao uso de banheiros, variando de acordo com suas tradições e condições locais. Alguns povos indígenas utilizam banheiros convencionais, enquanto outros preferem métodos tradicionais, como banhos em rios ou a utilização de estruturas específicas para o descarte de resíduos. É importante respeitar e valorizar a diversidade cultural e as escolhas de cada comunidade indígena.

A relação dos indígenas com os resíduos sólidos varia de acordo com cada comunidade e suas práticas tradicionais. Muitas comunidades indígenas possuem conhecimentos ancestrais sobre a gestão sustentável dos resíduos, utilizando técnicas de reciclagem, compostagem e reutilização. Além disso, algumas comunidades têm adotado práticas modernas de manejo de resíduos, como a coleta seletiva e a conscientização sobre a importância da preservação ambiental. É fundamental respeitar e valorizar essas práticas tradicionais e apoiar as iniciativas das comunidades indígenas na gestão sustentável dos resíduos sólidos, estar sempre em busca de parceria com os municípios para que seja realizada a coleta e destinação final adequada desses resíduos e assim buscar conscientizar as comunidades das etnias onde se encontra maior resistência na coleta e retirada desses resíduos da

comunidade, evidenciando a importância do descarte adequado daqueles que não se pode reutilizar ou reciclar.

Reconhecendo a alta demanda enfrentada pelo setor e a escassez de profissionais para atender às necessidades das comunidades indígenas, o Distrito Sanitário Especial Indígena Minas Gerais e Espírito Santo trabalhou diligentemente para aumentar sua equipe. Recentemente, foram incorporados cinco novos técnicos, um gestor de saneamento e um engenheiro civil ao corpo de profissionais.

Além do reforço de pessoal, o SESANI/MGES, juntamente com o DSEI/MGES, tem se empenhado em estabelecer parcerias para a realização de projetos importantes. O objetivo é não apenas atender às metas estabelecidas no PDSI vigente, mas também buscar recursos adicionais para projetos que vão além das metas estabelecidas. É amplamente reconhecida a deficiência em saneamento básico, e a organização está implementando várias estratégias para mitigar essa deficiência ao longo do tempo. Isso inclui o estabelecimento de parcerias com instituições públicas e privadas. Exemplos desses financiamentos incluem emendas parlamentares e recursos compensatórios de empresas localizadas próximas às reservas, bem como colaborações com prefeituras municipais e aproveitamento de recursos provenientes de resoluções estaduais.

Atualmente, o DSEI MG/ES é apoiado pelo Serviço de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena (SESANI/MGES), cujas principais atribuições incluem:

- Planejar, acompanhar, supervisionar, fiscalizar e avaliar a execução de obras e serviços de engenharia relacionados ao saneamento ambiental e edificações de saúde pública sob a responsabilidade do DSEI;
- Operar e manter diretamente, ou por meio de parcerias, incluindo a contratação de prestadores de serviços, os sistemas de saneamento ambiental nas áreas indígenas;
- Realizar, diretamente ou em parceria, incluindo a contratação de prestadores de serviços, atividades de controle da qualidade da água para consumo humano nos sistemas de abastecimento de água das aldeias indígenas.



Tabela 24 - 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
Resplendor	8	8	8	0	1	5
Itapecerica	1	1	1	0	1	1
Água Boa	13	0	13	13	13	8
Pradinho	8	0	8	8	8	1
Bela Vista	2	2	2	0	2	1
Araçuaí	2	0	2	2	1	0
Rancharia	2	0	2	2	1	1
Pindaíba	6	0	6	6	6	1
Brejo Mata Fome	8	0	8	8	8	1
Prata	2	0	2	2	2	1
Itapicuru	4	0	4	4	4	1
Santa Cruz	2	0	2	2	2	1
Sumaré	4	0	4	4	4	1
Barreiro	1	0	1	1	1	1
Sumaré III	3	0	3	3	3	1
Várzea Grande	2	2	2	0	2	1
Capão do Zezinho	2	1	1	1	1	1
Carmésia	8	7	8	0	8	2
Campanário	1	1	1	0	1	1
Ladainha	6	6	6	0	6	1
Topázio	2	0	2	2	2	1
Caieiras Velhas	2	1	2	1	2	1
Irajá	2	2	2	0	2	1
Boa Esperança	4	3	4	1	4	1
Comboios	2	2	2	0	2	1
Pau Brasil	4	4	4	0	4	1
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>91</b>	<b>37</b>

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

Tabela 25 - Tecnologias de tratamento de água mais utilizada no DSEI MGES

Polo Base	Nº de aldeias	Nº de aldeias com clorador	Nº de aldeias que sem tratamento	Nº de aldeias que são atendidas por concessionária	Nº de aldeias com Caminhão Pipa / infraestrutura	Nº de aldeias com filtração
Resplendor	8	1	0	0	8	1
Itapecerica	1	0	0	1	0	0
Água Boa	13	0	13	0	0	0
Pradinho	8	0	8	0	0	0
Bela Vista	2	1	1	0	0	0
Araçuaí	2	1	0	0	1	0
Rancharia	2	1	1	0	0	0
Pindaíba	6	2	4	0	0	0

Polo Base	Nº de aldeias	Nº de aldeias com clorado	Nº de aldeias que sem tratamento	Nº de aldeias que são atendidas por concessionária	Nº de aldeias com Caminhão Pipa / infraestrutura	Nº de aldeias com filtração
Brejo Mata Fome	8	8	0	0	0	0
Prata	2	0	2	0	0	0
Itapicuru	4	4	0	0	0	0
Santa Cruz	2	0	2	0	0	0
Sumaré	4	2	2	0	0	0
Barreiro	1	0	1	0	0	0
Sumaré III	3	2	1	0	0	0
Várzea Grande	2	0	2	0	0	0
Capão do Zezinho	2	1	1	0	0	0
Carmésia	8	2	3	1	1	1
Campanário	1	0	0	0	1	0
Ladainha	6	0	6	0	0	0
Topázio	2	0	1	0	0	1
Caeiras Velhas	2	0	0	2	0	0
Irajá	2	0	0	2	0	0
Boa Esperança	4	0	1	3	1	0
Comboios	2	0	0	0	0	1
Pau Brasil	4	4	0	0	0	0

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

Tabela 26 - Tecnologias de tratamento e disposição final de esgotamento mais utilizadas

Polo Base	Nº de aldeias	Nº de aldeias com fossa séptica e sumidouro	Nº de aldeias com tanque de evapotranspiração	Nº de aldeias com fossas rudimentares	Nº de aldeias atendidas por concessionária	Nº de aldeias corpos hídricos
Resplendor	8	5	0	8	0	8
Itapecerica	1	1	0	1	0	0
Água Boa	13	8	0	13	0	13
Pradinho	8	1	0	8	0	8
Bela Vista	2	1	0	2	0	0
Araçuaí	2	0	0	2	0	2
Rancharia	2	1	0	2	0	0
Pindaíba	6	1	0	6	0	1
Brejo Mata Fome	8	1	0	8	0	2
Prata	2	1	0	2	0	0
Itapicuru	4	1	0	4	0	1
Santa Cruz	2	1	0	2	0	2
Sumaré	4	1	0	4	0	1
Barreiro	1	1	0	1	0	1
Sumaré III	3	1	0	3	0	1
Várzea Grande	2	1	0	2	0	0
Capão do Zezinho	2	1	0	2	0	2

Polo Base	Nº de aldeias	Nº de aldeias com fossa séptica e sumidouro	Nº de aldeias com tanque de evapotranspiração	Nº de aldeias com fossas rudimentares	Nº de aldeias atendidas por concessionária	Nº de aldeias corpos hídricos
Carmésia	8	2	0	8	0	8
Campanário	1	1	0	1	0	1
Ladainha	6	1	0	6	0	3
Topázio	2	1	0	2	0	2
Caieiras Velhas	2	1	0	2	1	2
Irajá	2	1	0	2	1	2
Boa Esperança	4	1	0	4	0	3
Comboios	2	1	0	2	0	2
Pau Brasil	4	1	0	4	0	4

Fonte: SESANI/DSEI MGES/SESAI/MS, 2023

\*Todas aldeias do DSEI/MGES possuem residências com fossas negras.

Tabela 27 - 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
Teófilo Otoni	Escola Floresta	330	2024

Fonte: DSEI MGES, s/d.

Tabela 28 - 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
Itapicuru	Itapicuru	373	2026
Itapicuru	Barra do Sumaré	291	2025
Carmésia	Imbiruçu	164	2025
Itapicuru	Sapé	185	2026
Santa Cruz	São Domingos	149	2026
Sumaré	Sumaré II	283	2027
Sumaré III	Custódio	117	2024
Brejo Mata Fome	Brejo Mata Fome	542	2026
Santa Cruz	Santa Cruz	292	2026
Carmésia	Kanã Mihay	87	2024
Carmésia	Sede	126	2024
Carmésia	Encontro das Águas	97	2024

Fonte: DSEI MGES, s/d.

Tabela 29 - Previsão de sistema de esgotamento sanitário por aldeia.

Polo Base	Aldeia	População	Ano de previsão de implantação de infraestrutura de esgotamento sanitário
Pau Brasil	Pau Brasil	165	2027

Fonte: DSEI MGES, s/d.

## 5.5 Meio de transporte

O DSEI MGES possui um plano logístico de distribuição de medicamentos e insumos, elaborado pela DIASI, mas não possui um plano de transporte geral, para ser utilizado como instrumento de gestão, sendo necessária a sua elaboração.

O monitoramento e o acompanhamento de todos os contratos administrativos relacionados ao transporte atualmente são realizados em duas frentes. A primeira é uma PLANILHA DE CONTRATOS, na qual é atualizada/alimentada durante o mês e no dia 1º de cada mês encaminhada à coordenação e todas as chefias, áreas técnicas, fiscais e trabalhadores envolvidos no processo de contratação. Nela consta a relação de Contratos, Contratos Ordinários, Atas de Registro de Preços, Anexo das Notas de Empenho e Notas de Empenho (vigentes e encerrados) para cada área demandante possa acompanhar a vigência dos seus respectivos contratos. Essa planilha tem indicação de cores para cada tipo de ação de forma que o monitoramento fique mais visível e facilite a identificação. Além desse acompanhamento, o Chefe do SELOG e demais chefias recebem do Comprasnet (contrato.gov) via e-mail, rotinas de alerta dos contratos da UASG. A gestão do saldo do contrato de manutenção de veículos é realizada através do acompanhamento nas empresas contratadas, juntamente com os fiscais, balanceando o saldo do mês e ano a fim de que o valor estimado suporte a demanda de manutenções.

O DSEI MGES possui dois trabalhadores para fazer a gestão e o acompanhamento de todas as demandas do setor de transporte, estes são terceirizados que auxiliam o único servidor público lotado no SELOG/MGES que é o Chefe do setor. A atual força de trabalho é insuficiente, visto o atual e crescente volume de trabalho. Apenas o Chefe do setor é instituído formalmente através de sua designação, os dois terceirizados auxiliam este servidor nas demandas do setor que por sua vez está sobrecarregado e em diversos momentos não conseguem atender todas as demandas. Abaixo algumas atribuições do setor de transporte de forma auxiliar o chefe do setor:

- Planilha de diárias dos motoristas;
- Controle e distribuição de combustível;
- Processo de pagamento da Trivalle;
- Recebimento e arquivamento das PCDS de viagem;
- Identificação e notificação dos condutores das infrações de trânsito;

- Cadastramento de veículos, motoristas e equipamento no sistema SIAG Vale;
- Cadastramento de pedágios;
- Acompanhamento do contrato de oficina;
- Escala de viagens dos motoristas;
- Logísticas para otimização de rotas de viagem;
- Inserção de BDTS no SEI;
- Planejamento e controle de equipamentos para os veículos oficiais; e
- Acompanhamento dos contratos de locação de veículos.

Quadro 10 - Caracterização do meio de transporte entre as unidades de abrangência do DSEI MGES

Polo Base	Distância da sede do DSEI ao Polo Base	Aldeias / CASAI	Distância do Polo Base à CASAI / Aldeia / UBSI	Acesso terrestre	Acesso fluvial	Acesso aéreo	Observações do acesso
Resplendor	114 km	Atorã	5,5 km	x			Acesso 114 km de asfalto e 5,5 km estrada de terra
		Bakã	2,2 km	x			Acesso 114 km de asfalto e 2,20 km estrada de terra
		Uatú	3 km	x			Acesso 114 km de asfalto e 3 km estrada de terra
		Krenak	2,2 km	x			Acesso 114 km de asfalto e 2,2 km estrada de terra
		Naknenuk	13 km	x			Acesso 114 km de asfalto e 13 km estrada de terra
		Buram Ererré	4 km	x			Acesso 114 km de asfalto e 4 km estrada de terra
		Takruk	6 km	x			Acesso 114 km de asfalto e 6 km estrada de terra
		CASAI/GVR	140 km	x			Acesso 110 km asfalto, 30 km estrada de terra
		CASAI/BH	478 km	x			Acesso 448 km asfalto, 30 km estrada de terra
Itapecerica	486 km	Muã Mimatxi	100 m	x			Acesso 486 km de asfalto e 100 m estrada de terra
		CASAI/BH	521 km	x			Acesso 515 km asfalto e 6 km de estrada de terra
Água Boa	345 km	Amãxux (Amantchui)	2 km	x			Acesso 345 km de asfalto e 2 km estrada de terra
		Bade	2 km	x			Acesso 345 km de asfalto e 2 km estrada de terra
		Gilmar	2,5 km	x			Acesso 345 km de asfalto e 2,5 km estrada de terra
		Iara	1,5 km	x			Acesso 345 km de asfalto e 1,5 km estrada de terra
		Joviel	500 m	x			Acesso 345 km de asfalto e 500 m estrada de terra
		Kokiti	2,5 km	x			Acesso 345 km de asfalto e 2,5 km estrada de terra
		Major	300 m	x			Acesso 345 km de asfalto e 300 m estrada de terra
		Marcelo	500 m	x			Acesso 345 km de asfalto e 500 m estrada de terra
		Nova Raízes	1 km	x			Acesso 345 km de asfalto e 1 km estrada de terra
		Mariazinha	500 m	x			Acesso 345 km de asfalto e 500 m estrada de terra
		Tomé	700 m	x			Acesso 345 km de asfalto e 700 m estrada de terra
		Valdemar	1,5 km	x			Acesso 345 km de asfalto e 1,5 km estrada de terra
		Zé Pirão	600 m	x			Acesso 345 km de asfalto e 600 m estrada de terra
		CASAI/GVR	344 km	x			Acesso 312 km, 32 km estrada de terra
		CASAI/BH	652 km	x			Acesso 620 km asfalto e 32 km estrada de terra
Pradinho	356 km	Boa Vida	3 km	x			Acesso 356 km de asfalto e 3 km estrada de terra
		Cachoeira	3,5 km	x			Acesso 356 km de asfalto e 3,5 km estrada de terra
		Maravilha	3 km	x			Acesso 356 km de asfalto e 3 km estrada de terra
		Nova	2,5 km	x			Acesso 356 km de asfalto e 2,5 km estrada de terra

Polo Base	Distância da sede do DSEI ao Polo Base	Aldeias / CASAI	Distância do Polo Base à CASAI / Aldeia / UBSI	Acesso terrestre	Acesso fluvial	Acesso aéreo	Observações do acesso
		Novila	1,5 km	x			Acesso 356 km de asfalto e 1,5 km estrada de terra
		Nova Boa	500 m	x			Acesso 356 km de asfalto e 500 m estrada de terra
		Vila Nova	0 km	x			Acesso 356 km de asfalto
		Vila Vila	1 km	x			Acesso 356 km de asfalto e 1 km estrada de terra
		CASAI/GVR	356Km	x			Acesso 356 km asfalto e 50 km estrada de terra
		CASAI/BH	670Km	x			Acesso 620 km asfalto e 50 km estrada de terra
Bela Vista	770 km	Ibiramã Kiriri Do	0 km	x			Acesso 770 km de asfalto
		Acré	16 km	x			Acesso 770 km de asfalto e 16 km estrada de terra
		Xakuru	18 km	x			Acesso 770 km de asfalto e 18 km estrada de terra
		CASAI/BH	470Km	x			Acesso 462 km de asfalto e 88 km estrada de terra
Araçuaí	309 km	Apukaré	39 km	x			Acesso 309 km de asfalto e 39 km estrada de terra
		Cinta Vermelha Jundiba	17 km	x			Acesso 309 km de asfalto e 17 km estrada de terra
		CASAI/GVR	326 km	x			Acesso 309 km de asfalto e 17 km estrada de terra
		CASAI/BH	610 km	x			Acesso 593 km de asfalto e 17 km estrada de terra
Rancharia	748 km	Buqueirão	8 km	x			Acesso 748 km de asfalto e 8 km estrada de terra
		Tenda	1 km	x			Acesso 748 km de asfalto e 1 km estrada de terra
		CASAI/MOC	266 km	x			Acesso 256 km de asfalto e 10 km estrada de terra
		CASAI/BH	686 km	x			Acesso 676 km de asfalto e 10 km estrada de terra
Pindaíba	760 km	Pindaiba	500 m	x			Acesso 760 km de asfalto e 500 m estrada de terra
		Forges	10 km	x			Acesso 760 km de asfalto e 10 km estrada de terra
		Itacarambizinho	12 km	x			Acesso 760 km de asfalto e 12 km estrada de terra
		Riacho Dos Buritis	6 km	x			Acesso 760 km de asfalto e 6 km estrada de terra
		Olhos D'água	6 km	x			Acesso 760 km de asfalto e 6 km estrada de terra
		Pedrinha	5 km	x			Acesso 760 km de asfalto e 5 km estrada de terra
		CASAI/MOC	316 km	x			Acesso 256 km de asfalto e 60 km estrada de terra
		CASAI/BH	736 km	x			Acesso 676 km de asfalto e 60 km estrada de terra
Brejo Mata Fome	778 km	Brejo Mata Fome	2 km	x			Acesso 778 km de asfalto e 2 km estrada de terra
		Imbauba	6 km	x			Acesso 778 km de asfalto e 6 km estrada de terra
		Riacho Do Brejo	4 km	x			Acesso 778 km de asfalto e 4 km estrada de terra

Polo Base	Distância da sede do DSEI ao Polo Base	Aldeias / CASAI	Distância do Polo Base à CASAI / Aldeia / UBSI	Acesso terrestre	Acesso fluvial	Acesso aéreo	Observações do acesso
		Riachinho	4 km	x			Acesso 778 km de asfalto e 4 km estrada de terra
		Riacho Comprido	4 km	x			Acesso 778 km de asfalto e 4 km estrada de terra
		Riachão	5 km	x			Acesso 778 km de asfalto e 5 km estrada de terra
		Pedra Redonda	4 km	x			Acesso 778 km de asfalto e 4 km estrada de terra
		Terra Preta	5 km	x			Acesso 778 km de asfalto e 5 km estrada de terra
		CASAI/MOC	285 km	x			Acesso 256 km de asfalto e 29 km estrada de terra
		CASAI/BH	705 km	x			Acesso 681 km de asfalto e 29 km estrada de terra
Prata	765 km	Prata	1 km	x			Acesso 765 km de asfalto e 1 km estrada de terra
		Morro Vermelho	4 km	x			Acesso 765 km de asfalto e 4 km estrada de terra
		CASAI/MOC	266 km	x			Acesso 256 km de asfalto e 10 km estrada de terra
		CASAI/BH	676 km	x			Acesso 676 km de asfalto e 10 km estrada de terra
Itapicuru	778 km	Itapicuru	2 km	x			Acesso 778 km de asfalto e 4 km estrada de terra
		Sapé	5 km	x			Acesso 778 km de asfalto e 5 km estrada de terra
		Morro Falhado	8 km	x			Acesso 778 km de asfalto e 8 km estrada de terra
		Barra Do Sumaré	8 km	x			Acesso 778 km de asfalto e 8 km estrada de terra
		CASAI/MOC	288Km	x			Acesso 256 km de asfalto e 32 km estrada de terra
		CASAI/BH	708Km	x			Acesso 676 km de asfalto e 32 km estrada de terra
Santa Cruz	777 km	Santa Cruz	500 m	x			Acesso 777 km de asfalto e 500 m estrada de terra
		São Domingos	6 km	x			Acesso 777 km de asfalto e 6 km estrada de terra
		CASAI/MOC	278 km	x			Acesso 256Km de asfalto e 22 km estrada de terra
		CASAI/BH	698 km	x			Acesso 676 km de asfalto e 22 km estrada de terra
Sumaré	763 km	Vargem	5 km	x			Acesso 763 km de asfalto e 5 km estrada de terra
		Caatinguinha	6 km	x			Acesso 763 km de asfalto e 6 km estrada de terra
		Sumare I	5 km	x			Acesso 763 km de asfalto e 5 km estrada de terra
		Sumare II	4 km	x			Acesso 763 km de asfalto e 4 km estrada de terra
		CASAI/MOC	288 km	x			Acesso 256 km de asfalto e 32 km estrada de terra
		CASAI/BH	708 km	x			Acesso 681 km de asfalto e 32 km estrada de terra
Barreiro	766 km	Barreiro Preto	2 km	x			Acesso 766 km de asfalto e 2 km estrada de terra
		CASAI/MOC	288 km	x			Acesso 256 km de asfalto e 32 km estrada de terra
		CASAI/BH	708 km	x			Acesso 681 km de asfalto e 32 km estrada de terra
Sumaré III	764 km	Custódio	10 km	x			Acesso 764 km de asfalto e 10 km estrada de terra



Polo Base	Distância da sede do DSEI ao Polo Base	Aldeias / CASAI	Distância do Polo Base à CASAI / Aldeia / UBSI	Acesso terrestre	Acesso fluvial	Acesso aéreo	Observações do acesso
		Peruaçu	8 km	x			Acesso 764 km de asfalto e 8 km estrada de terra
		Sumaré III	1 km	x			Acesso 764 km de asfalto e 1 km estrada de terra
		CASAI/MOC	288 km	x			Acesso 256 km de asfalto e 32 km estrada de terra
		CASAI/BH	708 km	x			Acesso 681 km de asfalto e 32 Km estrada de terra
Várzea Grande	758 km	Várzea Grande	2 km	x			Acesso 758 km de asfalto e 2 km estrada de terra
		Caraibas	8 km	x			Acesso 758 km de asfalto e 8 km estrada de terra
		CASAI/MOC	288 km	x			Acesso 256 km de asfalto e 32 km estrada de terra
		CASAI/BH	708 km	x			Acesso 681 km de asfalto e 32 km estrada de terra
Capão do Zezinho	493 km	Capão do Zezinho	0 km	x			Acesso 493 km de asfalto
		Fundinho	49,9 km	x	x		Acesso 213 km de asfalto, 49,9 km estrada de terra. Acesso 30 min. de barco
		CASAI/BH	238 km	x			Acesso 206 km de asfalto e 32 estrada de terra
Carmésia	213 km	Encontros Das Águas	3 km	x			Acesso 213 km de asfalto e 3 km estrada de terra
		Imbiruçu	2,5 km	x			Acesso 213 km de asfalto e 2,5 km estrada de terra
		Sede	700 m	x			Acesso 213 km de asfalto e 700 m estrada de terra
		Kanã Mihay	700 m	x			Acesso 213 km de asfalto e 700 m estrada de terra
		CASAI/GVR	224 km	x			Acesso 214Km de asfalto e 10 km estrada de terra
		CASAI/BH	216 km	x			Acesso 206 km de asfalto e 10 km estrada de terra
Campanário	95 km	Córrego Do Pezinho	0 km	x			Acesso 95 km de asfalto
		CASAI/GVR	127 km	x			Acesso 95 km de asfalto e 32 km estrada de terra
		CASAI/BH	441 km	x			Acesso 409 km de asfalto e 32 km estrada de terra
Ladainha	194 km	Delcida	26 km	x			Acesso 194 km de asfalto e 26 km estrada de terra
		Erismar Maxakali	26 km	x			Acesso 194 km de asfalto e 26 km estrada de terra
		Juraci	25 km	x			Acesso 194 km de asfalto e 25 km estrada de terra
		Noemia	25 km	x			Acesso 194 km de asfalto e 25 km estrada de terra
		Pinheiro	24 km	x			Acesso 194 km de asfalto e 24 km estrada de terra
		Toto Maxakali	23 km	x			Acesso 194 km de asfalto e 23 km estrada de terra
		CASAI/GVR	256 km	x			Acesso 205Km de asfalto e 700 m estrada de terra
		CASAI/BH	564 km	x			Acesso 513 km de asfalto e 51 km estrada de terra
Topázio -	194 km	Cachoeirinha	0 km	x			Acesso 194 km de asfalto

Polo Base	Distância da sede do DSEI ao Polo Base	Aldeias / CASAI	Distância do Polo Base à CASAI / Aldeia / UBSI	Acesso terrestre	Acesso fluvial	Acesso aéreo	Observações do acesso
Cachoeirinha		CASAI/GVR	223 km	x			Acesso 173 km de asfalto e 50 km estrada de terra
		CASAI/BH	529 km	x			Acesso 479 km de asfalto e 50 km estrada de terra
Topázio - Escola Floresta	183 km	Escola Floresta	0 km	x			Acesso 183 km de asfalto
		CASAI/GVR	160 km	x			Acesso 138 km de asfalto e 22 km estrada de terra
		CASAI/BH	466 km	x			Acesso 444 km de asfalto e 22 km estrada de terra
Polo Base Tipo I - Caieiras Velhas	310 km	Amarelos	12 km	x			Acesso 310 km de asfalto e 12 km estrada de terra
		Caieiras Velha	0 km	x			Acesso 310 km de asfalto
		CASAI/GVR	310Km	x			Acesso 310 km de asfalto
		CASAI/BH	585Km	x			Acesso 585 km de asfalto e 20 km estrada de terra
Irajá	304 km	Areal	10 km	x			Acesso 304 km de asfalto e 10 km estrada de terra
		Irajá	0 km	x			Acesso 304 km de asfalto
		CASAI/GVR	304Km	x			Acesso 304 km de asfalto
		CASAI/BH	587Km	x			Acesso 587 km de asfalto
Boa Esperança	316 km	Boa Esperança	0 km	x			Acesso 316 km de asfalto
		Nova Esperança	10 km	x			Acesso 316 km de asfalto e 10 km estrada de terra
		Piraqueaçu	1 km	x			Acesso 316 km de asfalto e 1 km estrada de terra
		Três Palmeiras	1 km	x			Acesso 316 km de asfalto e 1 km estrada de terra
		CASAI/GVR	316 km	x			Acesso 316 km de asfalto
		CASAI/BH	575 km	x			Acesso 575 km de asfalto
Comboios	343 km	Comboios	0 km	x	x		Acesso 343 km de asfalto. Acesso de barco
		Córrego Do Ouro	10 km	x			Acesso 343 km de asfalto e 10 km estrada de terra
		CASAI/GVR	297 km	x			Acesso 297 km de asfalto
		CASAI/BH	575 km	x			Acesso 575 km de asfalto
Pau Brasil	315 km	Olhos D'água	5 km	x			Acesso 315 km de asfalto e 5 km estrada de terra
		Pau Brasil	0 km	x			Acesso 343 km de asfalto
		Guaxindiba	1 km	x			Acesso 315 km de asfalto e 1 km estrada de terra
		Novo Brasil	1 km	x			Acesso 315 km de asfalto e 1 km estrada de terra
		CASAI/GVR	315 km	x			Acesso 315 km de asfalto
		CASAI/BH	597 km	x			Acesso 597 km de asfalto
Carmésia	213 km	Gerú Tucunã	161 km	x			Acesso 161 km de asfalto
		Mirueira Pataxó/Serra	170 km	x			Acesso 170 km de asfalto

Polo Base	Distância da sede do DSEI ao Polo Base	Aldeias / CASAI	Distância do Polo Base à CASAI / Aldeia / UBSI	Acesso terrestre	Acesso fluvial	Acesso aéreo	Observações do acesso
		Da Candonga					
		Naô - Xohã	280 km	x			Acesso 280 km de asfalto
		Renascer Wakonã	280 km	x			Acesso 280 km de asfalto

Fonte: SELOG/DSEI MGES/SESAI/MS, 2023.

Quadro 11 - Caracterização do meio de transporte da CASAI para os estabelecimentos de saúde

CASAI	Estabelecimento de Saúde	Meio de transporte	Tempo de deslocamento
MOC – Montes Claros	Santa Casa de Misericórdia de Montes Claros (SUS)	Terrestre	4h
	Hospital das Clínicas Dr Mário Ribeiro da Silveira (SUS)	Terrestre	
	Fundação Dilson Godinho (SUS)	Terrestre	
	Hospital Universitário Clemente de Faria (SUS)	Terrestre	
	Hospital Aroldo Tourinho (SUS)	Terrestre	
	Hospital Pronto Socor de Montes Claros (Ipsemg)	Terrestre	
	Centro de Referência de Doenças Infecciosas (Policlínica Alto São João) SMS – Montes Claros (SUS)	Terrestre	
MOC p/ Belo Horizonte/MG	UPA CENTRO SUL _ Rua Domingos Vieira 447	Terrestre	5h e 55min, 425 km
	Hospital Odilon Berherens	Terrestre	
	Hospital Luxemburgo	Terrestre	
	Hospital Odete Valadares	Terrestre	
	Hospital Sofia Feldman	Terrestre	
	Ambulatório São Geraldo (oftalmologista)	Terrestre	
	Instituto dos olhos (oftalmologista)	Terrestre	
	Centro oftalmológico	Terrestre	
	Santa Casa Olhos	Terrestre	
	Hospital Julia Kubitschek	Terrestre	
	SMU IPSEMG	Terrestre	
	HOSPITAL JOÃO XXIII	Terrestre	
	Hospital das clínicas Rede Sarah	Terrestre	
	Hospital Eduardo de Menezes	Terrestre	
	Hospital Metropolitano Felipe de Castro	Terrestre	
Hospital Metropolitano Felipe de Castro	Terrestre		
GVR	Hospital Municipal de Governador Valadres/MG	Terrestre	7,5 km, 20 min.
	Hospital Bom Samaritano	Terrestre	6,5 km, 15 min.
GVR p/ Belo horizonte/MG	UPA CENTRO SUL _ Rua Domingos Vieira 447	Terrestre	5h, 14min, 314 km
	Hospital Odilon Berherens	Terrestre	
	Hospital Luxemburgo	Terrestre	
	Hospital Odete Valadares	Terrestre	
	Hospital Sofia Feldman	Terrestre	
	Ambulatório São Geraldo	Terrestre	

CASAI	Estabelecimento de Saúde	Meio de transporte	Tempo de deslocamento
	(oftalmologista)		
	Instituto dos olhos (oftalmologista)	Terrestre	
	Centro oftalmologico	Terrestre	
	Santa casa Olhos	Terrestre	
	Hospital Julia Kubstcheck	Terrestre	
	SMU IPSEMG	Terrestre	
	HOSPITAL JOÃO XXIII	Terrestre	
	Hospital das clínicas Rede Sarah	Terrestre	
	Hospital Eduardo de Menezes	Terrestre	
	Hospital Metropolitano Felipe de Castro	Terrestre	
	Hospital Metropolitano Felipe de Castro	Terrestre	
	Hospital Metropolitano Felipe de Castro	Terrestre	
SEL-ES**	Vitória	Terrestre	80 km, 1:40h
	Colatina	Terrestre	80 km, 1:20h
	Linhares	Terrestre	60 km, 1:07
	Baixo Guandú	Terrestre	127 km, 2h
Caieras Velha**	Vitória	Terrestre	65 km, 1:40h
	Colatina	Terrestre	100 km, 1:30h
	Linhares	Terrestre	80 km, 1:30h
	Baixo Guandú	Terrestre	150 km, 2:30h
Boa Esperança**	Vitória	Terrestre	60 km, 1:30h
	Colatina	Terrestre	105 km, 1:40h
	Linhares	Terrestre	85 km, 1:40h
	Baixo Guandú	Terrestre	150 km, 2:30h
Comboios**	Vitória	Terrestre	90 km, 2:30h
	Colatina	Terrestre	102 km, 1:40h
	Linhares	Terrestre	58 km, 1h
	Baixo Guandú	Terrestre	150 km, 2:40h
Pau Brasil**	Vitória	Terrestre	73 km, 2h
	Colatina	Terrestre	150 km, 2:30h
	Linhares	Terrestre	72 km, 1:15h
	Baixo Guandú	Terrestre	150 km, 2:30h
Irajá**	Vitória	Terrestre	70 km, 1:50h
	Colatina	Terrestre	110 km, 1:30h
	Linhares	Terrestre	70 km, 1:20h
	Baixo Guandú	Terrestre	140 km, 2:20h

Fonte: SELOG/DSEI MGES/SESAI/MS, 2023.

\*Tempo de deslocamento em horas e minutos

\*\* No Espírito Santo não há CASAI

Tabela 30 - Caracterização resumida do acesso às aldeias por tipo de transporte no DSEI MGES

Meios de Acesso às aldeias indígenas	Número de aldeias	Percentual de aldeias
Fluvial	2*	1,98%
Terrestre	101	100%
Aéreo	0	0
Total de aldeais	101	100%

Fonte: SELOG/DSEI MGES/SESAI/MS, 2023.

\*Duas aldeais têm acesso fluvial e terrestre

Tabela 31 - Número de equipamentos de transporte por tipo

<b>Tipo</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Previsão Anual da necessidade</b>
Picape	59	0
Carro passeio	7	0
Van / Utilitário	12	0
Caminhão	1	1
Ônibus / Micro-ônibus	0	0
Voadeira	0	0
Barco / lancha	1	0
Motor de popa 40 Hp	2	0

Fonte: SELOG/DSEI MGES/SESAI/MS, 2023.

## 5.6 Insumos e recursos para execução das ações de saúde

Os insumos, assim como os recursos para a execução das ações de saúde, estão descritos na planilha de recursos orçamentários.

## 5.7 Controle social

O Conselho Local de Saúde Indígena de Minas Gerais e Espírito Santo (CLSI/MGES), foi criado 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 previsto 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 nº 3.021, de 4 de novembro de 2020. O CLSI/MGES é um órgão colegiado, consultivo, propositivo e de natureza permanente dedicado ao exercício do controle social das ações de saúde indígena nas Aldeias/Comunidades Indígenas, estando jurídica e administrativamente vinculado aos Polos Base dos municípios adstritos ao Distrito Sanitário Especial Indígena Minas Gerais e Espírito Santo.

De modo similar, o Conselho Distrital de Saúde Indígena de Minas Gerais e Espírito Santo (CONDISI/MGES), foi estabelecido alinhado às diretrizes, propostas e políticas definidas pela Lei nº 9836, de 23 de setembro de 1999, que dispõe sobre o SasiSUS, também baseado 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 nº 3.021, de 4 de novembro de 2020. O CONDISI/MGES é um órgão colegiado, deliberativo e de natureza permanente, responsável pelo controle social das ações de saúde indígena, estando jurídica e administrativamente vinculado ao DSEI MGES.

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

Conselhos Locais, com um total de 210 usuários indígenas.

Conselho Distrital com um total de:

- 36 Usuários;
- 18 Trabalhadores;
- 18 Gestores.

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

Tabela 32 - Total de conselheiros Locais, Distritais e assessor indígena no DSEI MGES

Descrição	2023	2024	2025	2026	2027	Total
Conselheiro Local	210	10	10	10	10	250
Conselheiro Distrital	72	4	0	0	0	76
Assessor indígena	3	0	0	0	0	0

Fonte: Controle Social/DSEI MGES/SESAI/MS, 2023.

Considerando que o DSEI MGES contabiliza 34 aldeias, e com probabilidade para abertura de novas comunidades, observa-se a necessidade no acréscimo da quantidade de conselheiros locais, tendo em vista que, as comunidades sem representantes no conselho já vem solicitando a oportunidade de participação.

Tabela 33 - Previsão de capacitação anual de conselheiros Distritais e Locais de saúde Indígena

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

Fonte: DSEI MGES, s/d.

Nota: Para os conselheiros locais haverá uma capacitação anual por conselho CLSI.

O CONDISI/MGES organiza um cronograma para execução anual, contemplando as reuniões do CLSI e Conselho Distrital, bem como as capacitações voltadas para qualificação e fortalecimento do Controle Social. Além de abranger as atividades específicas dos conselhos estabelecidas regimentalmente, os integrantes dos conselhos e demais usuários indígenas, participam com assento assegurado nos conselhos de saúde municipais e estaduais, as quais são de grande valia para garantia de atendimentos de qualidade aos usuários indígenas advindos do SASISUS. Abaixo, apresenta-se o plano de previsão de participação anual nas ações mencionadas.

Quadro 12 - Previsão de participação em eventos do CONDISI, CLSI e conselhos de saúde municipais e estaduais

Denominação do evento	Local	Período
Reunião de Conselho Distrital	Local a definir	03 por ano (2024 a 2027)
Capacitação de Conselho Distrital	Local a definir	01 por ano (2024 a 2027)
Reunião de Conselho Local	Aldeia a definir	02 por ano (2024 a 2027)
Capacitação de Conselho Local	Aldeia a definir	01 por ano (2024 a 2027)
Reunião Conselho Municipal de Saúde de MG/ES	Local a definir	Conforme definição do calendário do conselho municipal (2024 a 2027)
Reunião Conselho Estadual de Saúde de MG/ES	Local a definir	Conforme definição do calendário do conselho municipal (2024 a 2027)

Fonte: Controle Social/DSEI MGES/SESAI/MS, 2023.

Nota: Os quantitativos das reuniões dos Conselhos Municipal e Estadual de Saúde serão ajustados posteriormente no decorrer dos anos de execução do PDSI 2024-2027.

Tabela 34 - Previsão de reuniões dos conselhos distritais e locais de saúde Indígena

Reuniões: CLSI, CONDISI	Total de participantes	Local	Período/Quantidade			
			2024	2025	2026	2027
CONDISI	72	Local a definir	3	3	3	3
CLSI	210	Aldeia a definir	2	2	2	2

Fonte: Controle Social/DSEI MGES/SESAI/MS, 2023.

Tabela 35 - Descrição dos Conselhos Locais de saúde indígena e previsão de reuniões

Reuniões: CLSI	Total de participantes	Local	Período/Quantidade			
			2024	2025	2026	2027
CLSI Pankararu e Pataxó - Araçuaí	6	Araçuaí/MG	2	2	2	2
CLSI Mokuriñ - Campanário	3	Campanário/MG	2	2	2	2
CLSI Pataxó - Açucena	6	Açucena/MG	2	2	2	2
CLSI Pataxó - Carmésia	9	Carmésia/MG	2	2	2	2
CLSI Pataxó - Guanhães	3	Guanhães/MG	2	2	2	2
CLSi Pataxó - Itapecerica	3	Itapecerica/MG	2	2	2	2
CLSI Pataxó Hã-Hã-Hãe - São Joaquim de Bicas	3	São Joaquim de Bicas/MG	2	2	2	2
CLSI Kaxixó - Martinho Campos	4	Martinho Campos/MG	2	2	2	2
CLSI Xukuru-Kariri - Caldas	6	Caldas/MG	2	2	2	2
CLSI Xukuru-Kariri - Presidente Olegário	4	Presidente Olegário/MG	2	2	2	2
CLSI Xukuru-Kariri - Brumadinho	4	Brumadinho/MG	2	2	2	2
CLSI Ibiramã Kiriri do Acré - Caldas	3	Caldas/MG	2	2	2	2
CLSI Maxakali - Água	11	Santa Helena de	2	2	2	2



Reuniões: CLSI	Total de participantes	Local	Período/Quantidade			
			2024	2025	2026	2027
Boa/Santa Helena de Minas (2 vagas)		Minas/MG				
CLSI Maxakali – Aldeia Verde - Ladainha	9	Ladainha/MG	2	2	2	2
CLSI Maxakali – Cachoeirinha - Topázio	3	Topázio/MG	2	2	2	2
CLSI Maxakali- Pradinho - Bertópolis	4	Bertópolis/MG	2	2	2	2
CLSI Maxakali - Escola Floresta	3	Teófilo Otoni/MG	2	2	2	2
CLSI Xakriabá - Tenda	10	São João das Missões/MG	2	2	2	2
CLSI Xakriabá - Brejo Mata Fome	9	São João das Missões/MG	2	2	2	2
CLSI Xakriabá – Sumaré I	10	São João das Missões/MG	2	2	2	2
CLSI Xakriabá – Sumaré III	6	São João das Missões/MG	2	2	2	2
CLSI Xakriabá - Pindaíba	10	São João das Missões/MG	2	2	2	2
CLSI Xakriabá - Itapicuru	6	São João das Missões/MG	2	2	2	2
CLSI Xakriabá - Morro Vermelho	4	São João das Missões/MG	2	2	2	2
CLSI Xakriabá – Barreiro Preto	11	São João das Missões/MG	2	2	2	2
CLSI Xakriabá - Prata	5	São João das Missões/MG	2	2	2	2
CLSI Xakriabá - Santa Cruz e São Domingos	6	São João das Missões/MG	2	2	2	2
CLSI Xakriabá - Várzea Grande e Caraíbas	10	São João das Missões/MG	2	2	2	2
CLSI Xakriabá – Riacho do Brejo	8	São João das Missões/MG	2	2	2	2
CLSI Tupiniquim - Comboios	3	Aracruz/ES	2	2	2	2
CLSI Tupiniquim - Pau Brasil	7	Aracruz/ES	2	2	2	2
CLSI Tupiniquim - Caieiras Velha	6	Aracruz/ES	2	2	2	2
CLSI Tupiniquim - Irajá	7	Aracruz/ES	2	2	2	2
CLSI Guarani - Boa Esperança	8	Aracruz/ES	2	2	2	2

Fonte: Controle Social/DSEI MGES/SESAI/MS, 2023.

Nota: Serão duas as reuniões anuais do CLSI e a previsão é que ocorra 1 no primeiro semestre e outra no segundo semestre.

O acompanhamento das atividades realizadas pelo Controle Social é realizado por planilhas mensais, das quais contemplam informações detalhadas sobre a execução das atividades, bem como são inseridas nos sistemas SEI e na plataforma Transferegov, sendo estas: Relatórios de Acompanhamentos, Relatórios Técnicos e outros. É importante destacar que o acompanhamento da efetividade das ações de atenção integral às aldeias, assim como da execução financeira, é realizado de forma

assídua, especialmente considerando que o CONDISI/MGES é notavelmente ativo e engajado. Esse conselho participa ativamente em visitas técnicas e de supervisão aos Polos Base e às aldeias, além de se envolver em outras atividades exercidas pelo DSEI/MGES, tais como licitações, processos seletivos, acompanhamento e visitas a pacientes, entre outras atividades rotineiras e fundamentais para o desenvolvimento da saúde indígena.

Considerando o exposto e em consonância com as diretrizes da PNASPI, o CONDISI tem como principais atribuições apresentar e operar políticas estratégicas para o fortalecimento da assistência, assim como: acompanhar, monitorar, debater e fiscalizar a execução das ações de atenção integral e determinantes ambientais.

Segue abaixo o descritivo com as atividades previstas pelo Controle Social para o efetivo cumprimento de seu papel, quanto ao acompanhamento, fiscalização e monitoramento dos serviços de saúde desenvolvidos pelo DSEI/MGES.

Quadro 13 - Acompanhamento, fiscalização e monitoramento pelo CONDISI dos serviços de saúde desenvolvidos pelo DSEI MGES

Denominação do Evento	Local	Período
Visita de apoio e supervisão nos Polos MG/ES	A definir	Continuamente e/ou conforme necessidade e surgimento de demandas. (2024 a 2027)
Participação em Processos Seletivos	A definir	Continuamente e/ou conforme necessidade e surgimento de demandas. (2024 a 2027)
Acompanhamento de pacientes nos ambientes hospitalares e/ou Casas de Saúde Indígena – CASAs	A definir	Continuamente e/ou conforme necessidade e surgimento de demandas (2024 a 2027)
Participação em ações em saúde realizadas pelo DSEI/MGES	A definir	Continuamente e/ou conforme necessidade e surgimento de demandas. (2024 a 2027)
Participação em ações em saúde realizadas por parceiro (Órgãos municipais e estaduais, entre outros parceiros)	A definir	Conforme definição da instituição idealizadora/organizadora (2024 a 2027)

Fonte: Controle Social/DSEI MGES/SESAI/MS, 2023.

Nota: Os quantitativos das participações nos eventos: Processo seletivo; Acompanhamento de pacientes; participações em ações de saúde e Visita de apoios e supervisão, serão ajustados no decorrer dos anos de execução do PDSI 2024-2027.

O Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) de Minas Gerais e Espírito Santo é uma estrutura representativa essencial para as populações indígenas e composto por 72 conselheiros distritais. A representatividade indígena também ocorre por meio dos 34 conselhos locais, constituídos por 210 conselheiros. Mandatos de 2 anos garantem a renovação e representação constante das comunidades.

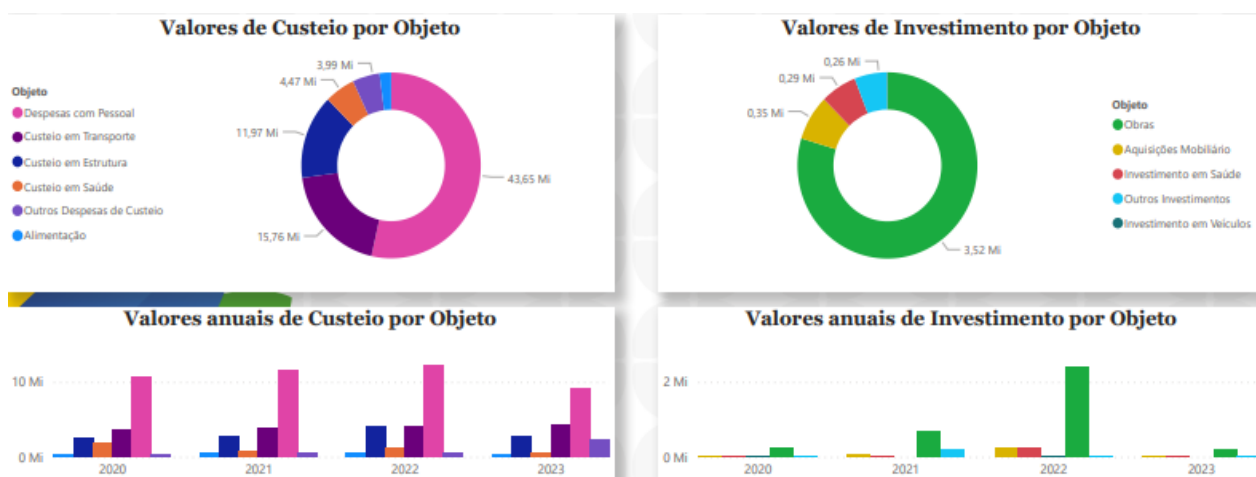
O CONDISI realiza reuniões ordinárias três vezes ao ano e reuniões extraordinárias conforme a necessidade. A composição do conselho é paritária: 50%

dos membros são representantes dos usuários indígenas, 25% são profissionais de saúde indígena e 25% representantes governamentais. Essa estrutura assegura a efetividade das ações de atenção integral à saúde, refletindo o compromisso do conselho com a promoção da saúde indígena. Além disso, o CONDISI supervisiona as ações de saúde e garante que as necessidades dos povos indígenas sejam atendidas de maneira eficiente e democrática.

## 5.8 Recursos financeiros

Na Figura 4 estão descritos os dados orçamentários, as principais despesas/valores de execução por objeto (custeio e investimento), no período de 2020 a 2023.

Figura 4 - Gráficos com dados orçamentários do DSEI MGES, 2020-2023



Fonte: Painel SIASI, 2023.

Os recursos orçamentários para o financiamento do DSEI MGES, no período de 2024 a 2027, estão descritos e detalhados em planilha anexa, com a relação dos contratos vigentes e previsão de novos contratos.

Importante destacar que a realização de novos contratos dependerá da disponibilidade orçamentária, a cada ano, e as prioridades serão definidas conforme as diretrizes da atenção primária à saúde indígena, em consonância com as decisões do CONDISI.

Como estratégia para melhorar a execução financeira dos recursos empenhados nos contratos continuados, Atas de Registro de Preço (ARP) e demais instrumentos celebrados no âmbito do DSEI MGES será realizado o monitoramento orçamentário, cujas ações e produtos estão descritos no plano anual anexo.

## 6. AVALIAÇÃO DO PDSI 2020-2023

### 6.1 Estratégia 1 - Atenção à Saúde

#### QUADRO 51. RESULTADO 1. ALCANÇAR, EM 2023, 95,40% DAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS COM ESQUEMA VACINAL COMPLETO DE ACORDO COM O CALENDÁRIO INDÍGENA DE VACINAÇÃO (PNS)

2020		2021		2022		2023	
Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado
95,10%	96,72%	95,20%	95,28%	95,30%	94,24%	95,40%	96,15%

Fonte: DSEI, 2023.

#### ANÁLISE CRÍTICA:

A meta foi alcançada graças à eficiente organização do serviço de imunização e ao comprometimento dos profissionais envolvidos. Contribuíram para esse sucesso a manutenção do fornecimento de insumos e imunobiológicos, bem como estratégias para assegurar altas coberturas vacinais homogêneas, como a vacinação extra muro e o planejamento colaborativo com as EMSI, as Secretarias Municipais de Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde de Minas Gerais e Espírito Santo. Estas colaborações foram cruciais durante as Campanhas Nacionais e o Mês de Vacinação dos Povos Indígenas (MVPI).

Outra estratégia relevante foi a adoção da "Planilha de Levantamento de Vacinas Atrasadas", que fortaleceu a busca ativa por indígenas com esquemas vacinais incompletos, focando especialmente em crianças menores de 5 anos. A análise detalhada dos dados de cobertura vacinal permitiu priorizar comunidades com deficiências significativas, visando a implementação de ações para melhoria dos resultados. A SESAI adotou sistemas oficiais como o SIASI e o SIPNI (a partir de junho de 2023), incluindo a disponibilização de alimentadores para garantir a atualização das informações em consonância com os cartões de vacina. No entanto, os registros frequentemente sofrem atrasos devido a desafios com a infraestrutura de internet, insuficiência de recursos humanos e o comprometimento variável de alguns profissionais devido às inúmeras demandas.

Quanto às fragilidades, destaca-se a logística de acesso às áreas, visto que os veículos destinados ao trabalho das equipes são também utilizados para o transporte de pacientes para centros de média e alta complexidade, retardando o acesso às aldeias para a realização de busca ativa. A alta rotatividade de profissionais e a necessidade de treinamento dos novos em técnicas de vacinação, juntamente com a

suspensão das capacitações, resultaram em atrasos e redução nas coberturas vacinais. Além disso, a escassez de alguns imunobiológicos atrasou a vacinação conforme o calendário vacinal, impactando negativamente o alcance da meta. O percentual alcançado em 2022 foi de 94,24%; infelizmente, a meta não foi totalmente alcançada, em parte devido à resistência ou recusa de alguns pais em vacinar seus filhos, influenciados por fake news sobre vacinação ou pela quantidade de vacinas programadas, com alguns pais optando por postergar algumas aplicações. Intensificaram-se as ações de sensibilização e desenvolvidas estratégias para superar essas fragilidades, visando cumprir a meta estabelecida.

<b>QUADRO 13 - RESULTADO 2. ALCANÇAR, EM 2023, 70,00% DAS GESTANTES INDÍGENAS COM ACESSO A, NO MÍNIMO, 6 CONSULTAS DE PRÉ-NATAL (PNS)</b>							
2020		2021		2022		2023	
Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado
63,00%	76,1% <sup>1</sup>	65,00%	64,7 <sup>2</sup>	67,00%	62,7 <sup>3</sup>	70,00%	66,2 <sup>4</sup> (2º trimestre)

\*Dado referente ao primeiro semestre 01/01/2023 a 30/06/2023.

<sup>1</sup> Fonte: SIASI, extração 23/03/2021, período de referência: 01/01/2020 a 31/12/2020.

<sup>2</sup> Fonte: SIASI, extração 25/02/2022, período de referência: 01/01/2021 a 31/12/2021.

<sup>3</sup> Fonte: SIASI, extração 28/03/2023, período de referência: 01/01/2022 a 31/12/2022.

<sup>4</sup> Fonte: SIASI, extração 25/08/2023, período de referência: 01/01/2023 a 30/06/2023.

### **ANÁLISE CRÍTICA:**

Durante o período pandêmico, a paralisação de diversas atividades de atenção primária afetou significativamente o acompanhamento de gestantes. Apesar das orientações sobre a importância da continuidade do pré-natal, muitas gestantes recusaram-se a receber visitas para avaliação ou a ir às unidades de saúde para acompanhamento. Essa situação resultou em um indicador satisfatório em 2020, mas em uma baixa adesão nos anos de 2021 e 2022. A dificuldade em captar gestantes precocemente, especialmente na população da etnia Maxakali, que representa um terço das gestantes deste distrito, também contribuiu para o não alcance dos resultados esperados.

Com o objetivo de melhorar a qualidade do pré-natal, está prevista para outubro a realização de uma Capacitação sobre Pré-Natal de Risco Habitual e Urgências e Emergências Obstétricas, que incluirá a participação de um profissional enfermeiro ou

médico de cada polo. Além dessa estratégia, a área técnica fortalece as atividades, por meio de visitas *in loco*, o estabelecimento de parcerias com os municípios para garantir a realização de exames laboratoriais e de imagem, e realização de reuniões trimestrais para avaliação de indicadores e correções no sistema de informação.

Outras atividades visando aprimorar o acompanhamento do pré-natal incluem a busca ativa de gestantes e puérperas, com a realização de teste rápido de gravidez, visitas domiciliares às gestantes e puérperas, realização de pré-natal mensal até a 28ª semana de gestação, com consultas alternadas entre médicos e enfermeiros (Risco Habitual), e a partir da 28ª semana, consultas quinzenais também intercaladas. Há ainda a articulação com entidades parceiras e/ou conveniadas para manter a prática da medicina tradicional com as parteiras e realizar apoio matricial conforme as demandas e insumos solicitados.

QUADRO 14 - RESULTADO 3. ALCANÇAR, EM 2023, 60,00% DAS CRIANÇAS INDÍGENAS MENORES DE 1 ANO COM ACESSO ÀS CONSULTAS PRECONIZADAS DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO (PPA E PNS)							
2020		2021		2022		2023	
Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado
40,00%	15% <sup>1</sup>	45,00%	23,1% <sup>2</sup>	52,00%	31,3% <sup>3</sup>	60,00%	37,9% <sup>4</sup> (1º semestre)

\*Dado referente ao primeiro semestre 01/01/2023 a 30/06/2023.

<sup>1</sup> Fonte: SIASI, extração 23/03/2021, período de referência: 01/01/2020 a 31/12/2020.

<sup>2</sup> Fonte: SIASI, extração 25/02/2022, período de referência: 01/01/2021 a 31/12/2021.

<sup>3</sup> Fonte: SIASI, extração 28/03/2023, período de referência: 01/01/2022 a 31/12/2022.

<sup>4</sup> Fonte: SIASI, extração 25/08/2023, período de referência: 01/01/2023 a 30/06/2023.

### ANÁLISE CRÍTICA:

Durante o período de quatro anos, o DSEI MGES enfrentou desafios para alcançar o indicador estabelecido para o acompanhamento das consultas de crescimento e desenvolvimento em crianças menores de um ano. Diversos fatores contribuíram para isso, incluindo a falta de rotina dos genitores em levar as crianças para acompanhamento na unidade de saúde, a dificuldade dos profissionais em aderir a essa atividade devido às numerosas demandas, e um sistema de informação desatualizado que dificulta a identificação precisa do número de crianças conforme a realidade do território.

Apesar de não alcançar a meta estabelecida, a análise dos indicadores revela que o distrito vem melhorando sua taxa de acesso às consultas de puericultura. O ano de 2022 marcou uma retomada significativa pós-pandemia, com a reconstrução da agenda dos programas de atenção primária. Para fortalecer esse processo, foram implementadas reuniões periódicas com a equipe, a implantação de formulários específicos para crescimento e desenvolvimento (C&D), distribuição de kits para avaliação, apresentação da análise de indicadores e envio de listas para busca ativa.

Adicionalmente, foram adotadas novas estratégias para melhorar a rotina de acompanhamento. Isso inclui a realização de visitas domiciliares às crianças menores de um ano, a criação de um dia dedicado a palestras para os genitores sobre a importância da puericultura, busca ativa dos faltosos com visitas dos agentes indígenas de saúde, e a sensibilização dos pais sobre a relevância do acompanhamento da caderneta da criança. Essas ações foram realizadas em conjunto com outras áreas técnicas de saúde, incluindo imunização, planejamento familiar e programas sociais como o Bolsa Família.

<b>QUADRO 15 - RESULTADO 4. ALCANÇAR, EM 2023, 94,20% DAS CRIANÇAS INDÍGENAS MENORES DE 5 ANOS COM ACOMPANHAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL (PNS)</b>							
2020		2021		2022		2023	
Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado
93,90%	84,2% <sup>1</sup>	94,00%	76,3% <sup>2</sup>	94,10%	90,2% <sup>3</sup>	94,20%	87,8% <sup>4</sup> (2º trimestre)

<sup>1</sup> Fonte: SIASI, extração 23/03/2021, período de referência: 01/01/2020 a 31/12/2020. Dados sujeitos à alteração.

<sup>2</sup> Fonte: SIASI, extração 25/02/2022, período de referência: 01/01/2021 a 31/12/2021. Dados sujeitos à alteração.

<sup>3</sup> Fonte: SIASI, extração 28/03/2023, período de referência: 01/01/2022 a 31/12/2022. Dados sujeitos à alteração.

<sup>4</sup> Fonte: SIASI, extração 25/08/2023, período de referência: 01/01/2023 a 30/06/2023. Dados sujeitos à alteração.

### **ANÁLISE CRÍTICA:**

Após o decreto de situação de pandemia de COVID-19 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020, o distrito direcionou toda sua força de trabalho para as seguintes ações:

- Identificação, notificação e manejo de casos suspeitos de COVID-19.

- Busca ativa domiciliar de casos de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

- Suspensão temporária da coleta de peso e altura, impactando o não alcance da meta estipulada.

Conforme a situação epidemiológica nas aldeias foi se estabilizando, as atividades de vigilância alimentar e nutricional foram retomadas, resultando em um aumento no desempenho ao longo dos anos. Para potencializar o acompanhamento nutricional de crianças menores de 5 anos, o distrito implementou estratégias, incluindo:

- Utilização de espaços coletivos, como escolas, centros comunitários e associações, para realizar as pesagens.

- Ações integradas com outras áreas técnicas de saúde, como puericultura, saúde bucal e vacinação.

- Realização de rodas de conversas e visitas domiciliares para conscientizar as famílias sobre a importância do acompanhamento alimentar e nutricional das crianças.

Além disso, a realização de um curso de atualização para Agentes Indígenas de Saúde (AIS), incluindo a entrega de kits com equipamentos, contribuiu significativamente para a melhoria no desempenho de suas atividades. Até o segundo trimestre de 2023, o distrito executou 87,8% da meta de acompanhamento alimentar e nutricional das crianças menores de 5 anos.

QUADRO 16 - RESULTADO 5. ALCANÇAR, EM 2023, 95,0% DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO INFANTIL (PNS)							
2020		2021		2022		2023	
Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado
92,00%	100% <sup>1</sup>	93,00%	90% <sup>2</sup>	94,00%	85,71% <sup>3</sup>	95,00%	66,6% <sup>4</sup> (2º trimestre)

<sup>1</sup> Fonte: SIASI, extração 27/09/2023, período de referência: 01/01/2020 a 31/12/2020.

<sup>2</sup> Fonte: SIASI, extração 27/09/2023, período de referência: 01/01/2021 a 31/12/2021.

<sup>3</sup> Fonte: SIASI, extração 27/09/2023, período de referência: 01/01/2022 a 31/12/2022.

<sup>4</sup> Fonte: SIASI, extração 27/09/2023, período de referência: 01/01/2023 a 30/06/2023.

### ANÁLISE CRÍTICA:

Considerando o prazo estabelecido para realizar a investigação de óbitos e as dificuldades impostas pelo período pandêmico, enfrentamos significativos obstáculos para efetuar essas investigações. Os familiares frequentemente se recusavam a



responder ou aceitar entrevistas domiciliares, agravados pela distância do hospital referenciado e a inexistência de leitos disponíveis na região de abrangência. Apesar desses desafios, a investigação foi realizada na maioria dos óbitos. Atualmente, o DSEI MGES está trabalhando na reorganização dos fluxos e prazos para as investigações, incluindo a capacitação de profissionais, a criação de um grupo técnico, o estabelecimento de parcerias com comitês estaduais e a realização de reuniões periódicas para fortalecer as práticas de vigilância.

<b>QUADRO 17 - RESULTADO 6. ALCANÇAR, EM 2023, 100,00% DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO MATERNO (PNS)</b>							
<b>2020</b>		<b>2021</b>		<b>2022</b>		<b>2023</b>	
<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>
100,00%	100% <sup>1</sup>	100,00%	N/A <sup>2</sup>	100,00%	100% <sup>3</sup>	100,00%	N/A <sup>4</sup> (2º trimestre)

<sup>1</sup> Fonte: Planilha de Monitoramento e SIASI, extração 27/09/2023, período de referência: 01/01/2020 a 31/12/2020.

<sup>2</sup> Fonte: Planilha de Monitoramento e SIASI, extração 27/09/2023, período de referência: 01/01/2021 a 31/12/2021.

<sup>3</sup> Fonte: Planilha de Monitoramento e SIASI, extração 27/09/2023, período de referência: 01/01/2022 a 31/12/2022

<sup>4</sup> Fonte: Planilha de Monitoramento e SIASI, extração 27/09/2023, período de referência: 01/01/2023 a 30/06/2023

### **ANÁLISE CRÍTICA:**

Nos anos de 2020 e 2022, o DSEI MGES registrou um caso de óbito materno por ano na etnia Xacriabá, ambos devidamente investigados. O procedimento organizacional adotado está integrado com os municípios; o distrito é responsável pelo preenchimento das fichas de investigação de óbito materno, que incluem: entrevista domiciliar AV3.1; Serviço de Saúde Ambulatorial M1; Serviço de Saúde Hospitalar M2; síntese, conclusões e recomendações M5. Após o preenchimento, esses formulários são encaminhados para a área de vigilância do óbito para inserção no SIASI e ao município responsável pela inserção no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), construção do relatório executivo e codificação da causa básica com o fechamento do caso.

Em 2022, foi realizada uma capacitação em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, envolvendo 23 profissionais, com o objetivo de aprimorar

a vigilância dos óbitos maternos, infantis e fetais. Essa iniciativa visa esclarecer as causas das mortes, classificar sua evitabilidade e sugerir a implementação de ações para reduzir as causas evitáveis. Além disso, foi implantado o Regimento Interno do Grupo Técnico de Vigilância do Óbito Materno e Infantil.

A primeira reunião do grupo técnico de vigilância do óbito do DSEI MGES está agendada para ocorrer no último trimestre de 2023.

<b>QUADRO 18 - RESULTADO 7. ALCANÇAR, EM 2023, 60,00% DA POPULAÇÃO INDÍGENA COM PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA (PNS)</b>							
<b>2020</b>		<b>2021</b>		<b>2022</b>		<b>2023</b>	
<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>
45,00%	19,00% <sup>1</sup>	50,00%	25,00% <sup>2</sup>	55,00%	46,00% <sup>3</sup>	60,00%	31,35% <sup>4</sup> (1º semestre)

<sup>1</sup> Fonte: SIASI extração 21/09/2023, período de referência: 01/01/2020 a 31/12/2020. Dados sujeitos à alteração.

<sup>2</sup> Fonte: SIASI, extração 21/09/2023, período de referência: 01/01/2021 a 31/12/2021. Dados sujeitos à alteração.

<sup>3</sup> Fonte: SIASI, extração 12/05/2023, período de referência: 01/01/2022 a 31/12/2022. Dados sujeitos à alteração.

<sup>4</sup> Fonte: SIASI, extração 21/09/2023, período de referência: 01/01/2023 a 30/06/2023. Dados sujeitos à alteração.

<b>QUADRO 19 - RESULTADO 8. ALCANÇAR, EM 2023, 60% DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO BÁSICO CONCLUÍDO NA POPULAÇÃO INDÍGENA COM PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA (PNS)</b>							
<b>2020</b>		<b>2021</b>		<b>2022</b>		<b>2023</b>	
<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>
55,00%	37,00% <sup>1</sup>	56,00%	44,00% <sup>2</sup>	58,00%	44,00% <sup>3</sup>	60,00%	38,70% <sup>4</sup> (1º semestre)

<sup>1</sup> Fonte: SIASI, extração 21/09/2023, período de referência: 01/01/2020 a 31/12/2020. Dados sujeitos à alteração.

<sup>2</sup> Fonte: SIASI, extração 21/09/2023, período de referência: 01/01/2021 a 31/12/2021. Dados sujeitos à alteração.

<sup>3</sup> Fonte: SIASI, extração 12/05/2023, período de referência: 01/01/2022 a 31/12/2022. Dados sujeitos à alteração.

<sup>4</sup> Fonte: SIASI, extração 21/09/2023, período de referência: 01/01/2023 a 30/06/2023. Dados sujeitos à alteração.

### ANÁLISE CRÍTICA DOS RESULTADOS 7 E 8:

Ao analisar os dados, observa-se um baixo percentual de primeiras consultas odontológicas no ano de 2020, impactado pela pandemia da COVID-10. Nas primeiras semanas da pandemia, o Ministério da Saúde (MS, 2020) recomendou a suspensão dos atendimentos de saúde bucal eletivos e a manutenção apenas dos atendimentos às urgências odontológicas em todo o território nacional. Essa medida restringiu significativamente a realização de primeiras consultas, impedindo o alcance das metas pactuadas.

No ano de 2021, com a retomada gradual dos atendimentos odontológicos eletivos, orientada pelo Guia de Orientações para Atenção Odontológica no Contexto da COVID-19 e considerando o cenário epidemiológico de cada localidade, houve um aumento no número de primeiras consultas odontológicas. Entretanto, a suspensão dos atendimentos clínicos anteriores criou uma alta demanda reprimida, impactando diretamente o indicador de tratamento concluído.

Diversos fatores contribuíram para as dificuldades em alcançar as metas, incluindo a distância de algumas aldeias até a unidade de saúde, logística insuficiente, pacientes faltosos, falta de manutenção preventiva e corretiva dos consultórios odontológicos, baixa adesão do indígena ao plano de tratamento proposto, dificuldade de retorno ao consultório, especialmente em casos assintomáticos, e morosidade nos processos de aquisição de insumos odontológicos. Para enfrentar esses desafios, a área técnica realiza reuniões periódicas com as equipes de saúde bucal, visando aprimorar o alcance dos indicadores e propor estratégias eficazes adaptadas às especificidades de cada localidade.

**QUADRO 20 - RESULTADO 9. REDUZIR EM 5% O NÚMERO DE ÓBITOS POR SUICÍDIO**

2020		2021		2022		2023	
Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado
-2,00%	1 caso	-3,00%	5 casos	-4,00%	2 casos	-5,00%	2 casos

### ANÁLISE CRÍTICA:

Tendo em vista o registro de um óbito por suicídio no ano de 2019, o DSEI MGES não conseguiu alcançar a meta estabelecida, uma vez que em 2020 ocorreu novamente um caso. Em 2021, o número aumentou para cinco casos, seguido por dois casos em cada um dos anos de 2022 e 2023. Apesar desses números, as ações

de prevenção ao suicídio continuam sendo uma constante na rotina das equipes, incluindo treinamentos e ações de matricialmente, bem como iniciativas interculturais que promovem a valorização da vida e reforçam as estratégias de prevenção ao suicídio.

Considerando que o suicídio é influenciado por uma ampla gama de fatores, que variam desde sociológicos, econômicos, políticos e culturais até psicológicos, psicopatológicos, genéticos e biológicos, é necessário revisar esta meta para futuras análises. É essencial considerar os contextos históricos, sociais, culturais, políticos e de saúde específicos das sociedades envolvidas.

Adicionalmente, é importante que a área técnica de Saúde Mental do nível central desenvolva uma abordagem mais eficaz para este indicador, a fim de que ele possa refletir adequadamente a realidade dos DSEI que não registram um alto número de casos de óbito por suicídio. No caso do DSEI MGES, a meta de redução em 0,5% de um único caso, até alcançar zero, é praticamente inatingível, necessitando de uma reformulação para que possa ser alcançada de maneira realista.

<b>QUADRO 21 - RESULTADO 10. REDUZIR EM 8% A INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE</b>							
<b>2020</b>		<b>2021</b>		<b>2022</b>		<b>2023</b>	
<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>
-2,00%	-6,50%	-4,00%	-53,00%	-6,00%	-21,60%	-8,00%	61,53%

<sup>1</sup> Fonte: SIASI, extração 09/08/2021, período de referência: 01/01/2020 a 31/12/2020.

<sup>2</sup> Fonte: SIASI, extração 12/01/2022, período de referência: 01/01/2021 a 31/12/2021.

<sup>3</sup> Fonte: SIASI, extração 05/01/2023, período de referência: 01/01/2022 a 31/12/2022.

<sup>4</sup> Fonte: SIASI, extração 04/10/2023, período de referência: 01/01/2023 a 04/10/2023. Dados sujeitos à alteração.

### **ANÁLISE CRÍTICA:**

Os dados do SIASI revelam os coeficientes de incidência de tuberculose de 2020 a 2023, que são os seguintes:

- 2020: 6 casos em uma população de 17.950 pessoas, resultando em um coeficiente de 33,43 por 100.000 habitantes.

- 2021: 3 casos em uma população de 17.848 pessoas, resultando em um coeficiente de 16,80 por 100.000 habitantes.

- 2022: 5 casos em uma população de 17.854 pessoas, resultando em um coeficiente de 28,00 por 100.000 habitantes.

- 2023: 11 casos em uma população de 19.055 pessoas, resultando em um coeficiente de 57,73 por 100.000 habitantes.

A linha de base de 2018 foi de 35,74 por 100.000 habitantes.

Entre 2020 e 2022, observou-se uma redução na incidência de tuberculose em comparação à linha de base de 2018. No entanto, até outubro de 2023, o DSEI registrou o maior coeficiente de incidência (57,73) com 11 casos. O primeiro diagnóstico realizado na CASAI de Governador Valadares desencadeou a intensificação da busca ativa de sintomáticos respiratórios, o que levou à constatação de um surto no período.

Para aprimorar o programa de tuberculose e melhorar os dados, toda a equipe do DSEI MGES recebeu orientações sobre o Manejo Clínico da Tuberculose. Foi enfatizada a necessidade de intensificar a busca ativa de sintomáticos respiratórios, seguindo o protocolo estabelecido e implementando intervenções tempestivas nos casos identificados.

Resultado 11. Não se aplica

<b>QUADRO 22 - RESULTADO 12. ALCANÇAR EM 50% A PARTICIPAÇÃO DE TRABALHADORES DO DSEI EM AÇÕES EDUCATIVAS DE QUALIFICAÇÃO PARA ATUAÇÃO EM CONTEXTO INTERCULTURAL</b>							
<b>2020</b>		<b>2021</b>		<b>2022</b>		<b>2023</b>	
<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>
35,00%	9,89%	40,00%	3,77%	45,00%	25,31%	50,00%	4,57%

### **ANÁLISE CRÍTICA:**

Apesar dos esforços realizados na divulgação de cursos ofertados, o alcance dessa meta não foi possível devido à baixa adesão dos profissionais aos cursos online disponibilizados. Outro ponto que dificulta, ou mesmo impossibilita o alcance dessa meta, deve-se ao fato do baixo valor disponibilizado pelo nível central às ações da “ETAPA 04 - Apoio à elaboração e implementação de práticas integrativas de saúde voltadas a valorização de práticas e saberes tradicionais”, impossibilitando que fossem realizados cursos que atingissem mais trabalhadores.

<b>QUADRO 23 - RESULTADO 13. QUALIFICAR 70% DOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO PARA O APRIMORAMENTO DO TRABALHO EM SAÚDE</b>							
2020		2021		2022		2023	
Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado
55,00%	37,08%	60,00%	52,30%	65,00%	45,82%	70,00%	47,82%

### **ANÁLISE CRÍTICA:**

Foi verificado por meio do envio mensal dos certificados e pelos relatórios de capacitações realizadas pelo DSEI que as metas pactuadas para os anos em questão não foram alcançadas, como pode ser observado no quadro acima. Diversas oportunidades de cursos foram amplamente divulgadas aos profissionais e outros foram realizados pelo DSEI, no entanto, apesar dos esforços, o quantitativo necessário de profissionais capacitados não foi atingido. Outro ponto a ser considerado, deve-se a demora na aprovação do Plano de Trabalho e conseqüente envio dos recursos ao DSEI. A maioria das capacitações só foram executadas nos últimos meses do ano, quando muitos profissionais foram orientados pela conveniada a solicitar férias devido à proximidade do final dos contratos.

<b>QUADRO 24 - RESULTADO 14. ALCANÇAR 100,00% DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE INDÍGENA COM SUA RESPECTIVA FORÇA DE TRABALHO CADASTRADOS NO CNES E SESAI RH</b>							
2020		2021		2022		2023	
Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado
40,00%	65,00%	60,00%	65,00%	80,00%	70,00%	100,00%	70,00%

Fonte: CNES, 2023.

### **ANÁLISE CRÍTICA:**

O DSEI MGES possui atualmente 34 estabelecimentos de saúde indígena cadastrados no CNES e 02 estabelecimentos com pendência de cadastro (aguardando o município de Teófilo Otoni cadastrar), o que totalizará 36 estabelecimentos de saúde indígena neste DSEI. Isso perfaz o percentual de 94,44% de estabelecimentos cadastrados. Ocorre que a força de trabalho não está cadastrada na mesma proporção. Em torno de 70% dos estabelecimentos encontram-se com a respectiva força de trabalho atualizada no CNES.

O cadastro no CNES não está sob a gestão dos DSEI, sendo este um grande dificultador, tendo em vista que o apoiador tem que fazer um ofício à gestão municipal solicitando alteração do CNES do profissional, bem como a criação do CNES para

novo estabelecimento de saúde indígena. Posteriormente, é necessário, ainda, monitorar se o município realizou a atualização. Compreende-se que a efetividade fica comprometida mediante o retrabalho do apoiador e da gestão municipal.

Em relação ao Sesai RH não foi possível realizar o monitoramento entre os anos 2020 e 2022, visto que a responsabilidade de atualização é compartilhada entre setores internos do DSEI MGES e externos (conveniada responsável pela contratação de profissionais). O sistema foi atualizado, em 2023, dessa forma, os resultados apresentados, a cada ano, representam somente os profissionais cadastrados no CNES.

<b>QUADRO 25 - RESULTADO 15. REALIZAR 80,00% DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS NECESSIDADES SOCIAIS E DE SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA</b>							
2020		2021		2022		2023	
Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado
50,00%	0	60,00%	0	70,00%	0	80,00%	0

#### **ANÁLISE CRÍTICA:**

A realização do diagnóstico situacional seria feita com base nos questionários aplicados, para coleta de dados, em quase toda a população deste distrito (em torno de 80%), porém, os relatórios, com a consolidação dos dados, não foram produzidos, devido à dificuldade encontrada pelos apoiadores de saúde e de saneamento em tabular os questionários familiares. Foram 6071 famílias, totalizando, no mínimo, cerca de 5 mil questionários preenchidos manualmente. Logo, por inviabilidade de tabular manualmente e por não conseguir junto à SESAI recurso para pagar digitador, tornou-se impraticável manter essa ação. Como o resultado seriam os relatórios conclusivos, nosso percentual alcançado foi zero.

<b>QUADRO 26 - RESULTADO 16. ACOMPANHAR 80,40% DOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO IDENTIFICADOS</b>							
2020		2021		2022		2023	
Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado
80,10%	79,0%	80,20%	85,9%	80,30%	91,8%	80,40%	84,3%

Fonte: DCNT/DIASI/ DSEI MGES, 2023.

QUADRO 27 - RESULTADO 17. ACOMPANHAR 80,40% DOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS IDENTIFICADOS							
2020		2021		2022		2023	
Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado
80,10%	85,3%	80,20%	89,5%	80,30%	97,6%	80,40%	86,0%

Fonte: DCNT/DIASI/ DSEI MGES, 2023.

### ANÁLISE CRÍTICA (Resultados 16 e 17):

Apesar do êxito durante todo o período no alcance das metas, vale ressaltar a importância dos cuidados primários para que todos os usuários possam usufruir de uma vida saudável.

Aos usuários, ações para promoção da alimentação saudável foram realizadas pelas EMSI com o apoio das nutricionistas.

A EMSI necessita de capacitação, no que tange ao diagnóstico e manejo aos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, visto que a situação no mundo é de subnotificação das doenças crônicas não transmissíveis, não sendo diferente na população indígena. O diagnóstico precoce evita maiores danos.

Ainda não é possível trabalhar com informações exclusivas do SIASI, tornando necessária a introdução de planilha para o seguimento do trabalho.

Atualmente, o acompanhamento das informações inseridas no SIASI vem sendo fortalecido.

QUADRO 28 - RESULTADO 18. GARANTIR O ABASTECIMENTO REGULAR* DE MEDICAMENTOS EM 100% DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE COM FARMÁCIA							
2020		2021		2022		2023	
Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado
70,00%	75,00%	80,00%	82,00%	90,00%	75,00%	100,00%	50,00% (jan a set)

Fonte: AF/DIASI/ DSEI MGES, 2023.

### ANÁLISE CRÍTICA:

O indicador selecionado pelo DSEI MG/ES é da dimensão do acesso, em que é verificada a disponibilidade do medicamento, tendo por base a lista de medicamentos padronizados no Distrito e a lista de medicamentos traçadores de cada unidade (selecionados por demanda), todos constantes na Rename. O cálculo da proporção de estabelecimentos de saúde com farmácia com abastecimento regular de medicamentos = número de estabelecimentos com farmácia com média de



abastecimento anual superior a 70% / número total de estabelecimentos de saúde com farmácia. A meta foi atingida nos anos de 2020 e 2021, mas não foi atingida em 2022 e provavelmente não será atingida em 2023 (análise de janeiro a setembro de 2023). Os medicamentos são adquiridos tanto pelo DSEI MG/ES, quanto pelo nível central da Sesai (10 a 20% dos itens padronizados). Os maiores desafios estão relacionados à morosidade dos processos licitatórios, itens fracassados ou cancelados após o certame e descompromisso das empresas na entrega dos medicamentos. Além disso, não há no DSEIMG/ES um responsável para a aplicação de sanções às empresas, por descumprimento de cláusulas previstas em edital, o que faz com que empresas que não entregaram itens continuem participando das licitações, provocando um acúmulo de itens não entregues.

<b>QUADRO 29 - RESULTADO 19. ALCANÇAR, EM 2023, 70% DA POPULAÇÃO SEXUALMENTE ATIVA COM TESTES RÁPIDOS (SÍFILIS, HIV E HEPATITES) REALIZADOS</b>							
<b>2020</b>		<b>2021</b>		<b>2022</b>		<b>2023</b>	
<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>
55,00%	44,53%	60,00%	33,95%	65,00%	59,25%	70,00%	51,81%

Fonte: IST/DIASI/ DSEI MGES, 2023.

### **ANÁLISE CRÍTICA:**

Fatores críticos e/ou dificultadores, rede lógica não funcional em todo o DSEI, a falta de ferramentas como gerar relatórios pelo SIASI, bem como em razão da situação de emergência em saúde pública ocasionada pela pandemia de COVID-19, as ações coletivas foram suspensas e/ou paralisadas e as demais ações de saúde sofreram um impacto negativo considerável, haja vista os desafios durante a situação pandêmica, considera-se parcialmente satisfatório o quase alcance da meta. Além de ter havido a falta de insumos a saber: Testes Rápidos TRs. Ressalvo que para o ano de 2023 está contabilizado o 1º semestre.

<b>QUADRO 30 - RESULTADO 20. ALCANÇAR 100% DE BUSCA ATIVA DE SINTOMÁTICO DERMATOLÓGICO E SUSPEITO DE HANSENÍASE, PARA O PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE DO DSEI MGES</b>							
<b>2020</b>		<b>2021</b>		<b>2022</b>		<b>2023</b>	
<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>
25,00%	27,80%	50,00%	71,30%	75,00%	83,20%	100,00%	69,30%

### **ANÁLISE CRÍTICA:**

Houve boa avaliação quanto à busca ativa de contatos intradomiciliares e de pacientes em situação de abandono de tratamento.

Devido dificuldades relacionadas a referência e o deslocamento dos usuários para outros serviços especializados, situados em outros municípios, agregando obstáculos ao acesso, como disponibilidade do usuário de ausentar de sua residência durante um período muito longo do dia para aguardar o atendimento e também logística de volta à aldeia no final do dia, faz com que a adesão ao acompanhamento e tratamento sejam prejudicados.

A EMSI necessita de ser capacitada quanto ao manejo da Hanseníase no tocante às ações de promoção, educação em saúde e comunicação, sendo essas estratégias efetivas para o bom desempenho dentro das aldeias.

## **6.2 Estratégia 2 - Saneamento Ambiental**

<b>QUADRO 31 - RESULTADO 1. AMPLIAR EM 7% A COBERTURA DE ÁGUA POTÁVEL NAS ALDEIAS INDÍGENAS ATÉ 2023</b>							
<b>2020</b>		<b>2021</b>		<b>2022</b>		<b>2023</b>	
<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>
91,00%	45,23%	93,00%	45,23%	95,00%	45,23%	96,00%	65,26%

### **ANÁLISE CRÍTICA:**

Foi inserido no PDSI somente uma obra para melhorias de infraestruturas para abastecimento de água, essa obra continua em fase de execução. Em razão do PDSI contemplar apenas uma aldeia está relacionada à limitação de recursos ou até mesmo por decisão das comunidades. No entanto, foram necessárias realizar parcerias com prefeituras no intuito de buscar melhorias para implantação de infraestruturas de abastecimento de água como está sendo feito nos municípios de Santa Helena e Bertópolis.

<b>QUADRO 32 - RESULTADO 2. REALIZAR, ATÉ 2023, O TRATAMENTO DA ÁGUA EM 100% DAS ALDEIAS COM INFRAESTRUTURAS DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA EXISTENTE</b>							
2020		2021		2022		2023	
Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado
75,00%	50,00%	85,00%	50,00%	95,00%	50,00%	100,00%	72,09%

### **ANÁLISE CRÍTICA:**

Devido às infraestruturas não terem sido contempladas, da mesma forma não foi possível atingir a meta estabelecida de 100% das aldeias com infraestrutura de abastecimento de água, pois se faz necessária que esteja contemplada no PDS, no entanto, foram necessárias realizar parcerias com prefeituras no intuito de buscar melhorias para implantação de infraestruturas de abastecimento de água como está sendo feito nos municípios de Santa Helena e Bertópolis.

<b>QUADRO 33 - RESULTADO 3. AMPLIAR, ATÉ 2023, EM 15% A COBERTURA DE ALDEIAS COM O MONITORAMENTO DA QUALIDADE DA ÁGUA</b>							
2020		2021		2022		2023	
Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado
45,00%	100%	49,00%	100%	53,00%	100%	56,00%	97,03%

### **ANÁLISE CRÍTICA:**

O DSEI MGES realiza um monitoramento assíduo, conforme programado no Plano de Monitoramento da Qualidade da Água. Dessa maneira, permite-se atingir integralmente as metas propostas dentro do Programa.

O DSEI MGES conta com dois profissionais que se deslocam semanalmente para os territórios monitorados. Estes realizam coletas de água em todas as aldeias programadas anualmente e, sempre que possível, efetuam visitas pontuais em aldeias recém-formadas. Essas aldeias pontuais não foram incluídas no programa inicial devido ao surgimento delas após a elaboração do plano.

<b>QUADRO 34 - RESULTADO 4. AMPLIAR, ATÉ 2023, EM 15% A COBERTURA DE ALDEIAS COM GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS DOMÉSTICOS IMPLEMENTADO</b>							
<b>2020</b>		<b>2021</b>		<b>2022</b>		<b>2023</b>	
<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>
5,00%	5,00%	8,00%	8,00%	11,00%	11,00%	15,00%	15,00%

### **ANÁLISE CRÍTICA:**

Foi possível atingir integralmente a meta estabelecida para o período, na ampliação da cobertura de aldeias com implementação do gerenciamento de resíduos sólidos domésticos. O DSEI MGES, além da profissional responsável, que esteve semanalmente presente nas aldeias realizando as atividades voltadas para o GRS, até mesmo em aldeias que não estavam contempladas no programa para o ano, também contou com o trabalho dos AISAN que, uma vez instruídos pela equipe técnica do SESANI/MGES, realizaram atividades em suas comunidades conforme solicitado.

<b>QUADRO 35 - RESULTADO 5. AMPLIAR EM 15% A COBERTURA DE ALDEIAS COM DESTINO ADEQUADO DE RESÍDUOS SÓLIDOS DOMÉSTICOS</b>							
<b>2020</b>		<b>2021</b>		<b>2022</b>		<b>2023</b>	
<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>
55,00%	54,25%	59,00%	54,25%	63,00%	54,25%	67,00%	54,25%

### **ANÁLISE CRÍTICA:**

Para que a destinação final adequada dos resíduos seja realizada, o distrito depende de o município efetuar sua coleta e destinação apropriada. No município de São João das Missões/MG, onde cerca de 29,70% das aldeias estão localizadas, o município não executa essa tarefa, o que impossibilita a realização dos serviços. Foi estabelecida uma parceria com o município, porém, a administração alegou não ter recursos viáveis para a realização dessa atividade, devido à vastidão de sua área territorial.

Nos municípios de Santa Helena de Minas e Bertópolis, onde cerca de 20,79% das aldeias do distrito se encontram, existe a particularidade de que os indígenas da etnia Maxakali não permitem, por razões culturais, que os resíduos sejam retirados do interior de seus territórios.

QUADRO 36 - RESULTADO 6. AMPLIAR ATÉ 2023, EM 7,00% ÀS MELHORIAS DAS INFRAESTRUTURAS DE SANEAMENTO DE ÁGUA EXISTENTES NAS ALDEIAS INDÍGENAS							
2020		2021		2022		2023	
Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado
1,75%	1%	3,50%	3%	5,25%	5%	7,00%	6,58%

### ANÁLISE CRÍTICA:

O Serviço de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena dos estados de Minas Gerais e Espírito Santo trabalhou nos últimos quatro anos com o intuito de cumprir todas as metas estabelecidas pelo PDSI. No entanto, alguns fatores influenciaram a necessidade de modificar metas internas durante esse período. Isso ocorreu devido a algumas influências externas. Por exemplo, vários serviços e obras previstos para o território indígena localizado no município de Aracruz/ES ficaram a cargo da Fundação Renova e ainda não foram executados.

O distrito recebeu emendas parlamentares direcionadas para fins que não condiziam com a lista prevista no PDSI, o que ocasionou a mudança de foco da equipe. No entanto, em contrapartida, várias unidades de saúde que não estavam previstas anteriormente foram reformadas ou edificadas. Exemplos disso incluem a CASAI/GV, CASAI/BH, UBSI da aldeia Boa Esperança, UBSI da aldeia Caieiras Velha e UBSI da aldeia Escola Floresta.

Sendo assim, o SESANI/MGES empenhou-se em atender todas as metas, mas, devido ao mencionado acima, o setor não conseguiu concluir todos os itens previstos. No entanto, executou várias outras tarefas não previstas no PDSI, encerrando este ciclo 2020/2023 de forma positiva e produzindo ainda mais do que o planejado.

### 6.3 Estratégia 3 - Controle Social

QUADRO 37 - RESULTADO 1. 100% DO DSEI COM A ESTRUTURA DE INSTÂNCIAS DE PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL APRIMORADA							
2020		2021		2022		2023	
Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado
25,00%	20,00%	50,00%	17,00%	75,00%	50,00%	100,00%	100,00%

### ANÁLISE CRÍTICA:

Foi verificado por meio do envio mensal relatórios SICONV que as metas pactuadas para o período de 2020 a 2022 não foram alcançadas, como pode ser

observado nos dados acima. A pandemia COVID-19 demandou adaptações rápidas para garantir a segurança das comunidades indígenas, sendo necessária a implementação de medidas essenciais, o que prejudicou a estruturação de instâncias de participação e o aprimoramento do controle social.

<b>QUADRO 38 - RESULTADO 2. 100% DAS ATIVIDADES DE PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL EXECUTADAS</b>							
<b>2020</b>		<b>2021</b>		<b>2022</b>		<b>2023</b>	
<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>
100,00%	20,00%	100,00%	17,00%	100,00%	50,00%	100,00%	95,00%

#### **ANÁLISE CRÍTICA:**

A análise do PDSI de 2020-2023 revela um cenário misto com desafios e conquistas. A pandemia COVID-19 e a resistência das lideranças à Portaria 3.021 tiveram impactos negativos, afetando a execução dos trabalhos nos anos de 2021 e 2022. A resistência das lideranças, embora motivada por preocupações legítimas, dificultou a implementação de medidas essenciais, prejudicando assim o alcance das metas nesse período.

<b>QUADRO 39 - RESULTADO 3. 100% DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE INDÍGENA QUALIFICADOS</b>							
<b>2020</b>		<b>2021</b>		<b>2022</b>		<b>2023</b>	
<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Executado</b>
25,00%	70,00%	50,00%	30,00%	75,00%	60,00%	100,00%	90,00%

#### **ANÁLISE CRÍTICA:**

Não houve a qualificação de todos os conselheiros de saúde indígena conforme programado no PDSI de 2020-2023, no entanto, mesmo diante das adversidades na promoção da saúde indígena conseguiu-se obter avanços consideráveis, em alguns períodos, conforme pode ser observado nos dados acima, o que reflete um compromisso contínuo com a causa indígena.

QUADRO 40 - RESULTADO 4. 3 REUNIÕES DO CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA REALIZADAS							
2020		2021		2022		2023	
Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado	Esperado	Executado
3	3 (100%,00)	3	1 (33,33%)	3	2 (66,66%)	3	3 (100,00%)

### ANÁLISE CRÍTICA:

Durante o PDSI 2020-2023 foram realizadas 9 (nove) reuniões do CONDISI e houve também contribuição para a 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Nos anos de 2021 e 2022, devido ao momento pandêmico da COVID-19, as reuniões do CONDISI ficaram prejudicadas, o que impossibilitou o alcance das metas propostas neste período.

#### 6.4 Dificuldades e desafios gerais identificados em relação à execução das metas pactuadas no PDSI 2020-2023 pelo DSEI MGES

- Em razão da situação de emergência em saúde pública ocasionada pela Pandemia da Covid-19, as ações coletivas foram suspensas e/ou paralisadas e as demais ações de saúde sofreram um impacto negativo considerável.
- Suspensão dos encontros presenciais, desta forma os cursos e capacitações ficaram prejudicados, a modalidade EaD foi a opção encontrada para tentativa de alcance do indicador, apesar do acesso à internet, equipamentos como computador e celulares, o manejo dessas tecnologias (principalmente pelas categorias AIS e AISAN) foram também um desafio a ser enfrentado. Além da limitação orçamentária para os eventos promovidos pelo DSEI via conveniada, restringindo o quantitativo de participantes e eventos a serem realizados.
- Falta de capacitação dos profissionais das equipes multidisciplinares em aspectos socioculturais dos povos indígenas. Os povos indígenas possuem complexas formas de compreender o processo saúde-doença e diversos sistemas terapêuticos, desconhecidos pela maioria dos profissionais de saúde, influenciando no processo de cuidado e levando a alguns conflitos e choque entre profissionais e usuários.

- Falta de processo de manutenção preventiva e/ou corretiva dos consultórios odontológicos instalados nas UBSI em âmbito do DSEI MG/ES.
- A articulação entre o Subsistema e a rede SUS (atenção secundária e terciária) encontra diversos problemas ainda a serem superados. Os usuários e corpo técnico relatam dificuldades no acesso aos serviços de saúde à rede SUS: vagas insuficientes, discriminação, falta de sensibilidade cultural.
- Meios de comunicação (internet e telefone) insuficientes e/ou inexistentes nos Polos Base e UBSI, dificultando sobremaneira as atividades das EMSI.
- Questões como a necessidade de articulação com outros setores estaduais e municipais, regulação, infraestrutura, logística, insuficiência de recursos humanos também interferiram no alcance dos indicadores de saúde.
- Alta demanda de obras em comparação ao reduzido corpo técnico disponível no SESANI.
- No que tange o gerenciamento de resíduos sólidos, o SESANI enfrentou diversos desafios na gestão de resíduos sólidos em seus territórios. As coletas de resíduos nas comunidades foram obstaculizadas pela falta de estrutura nas prefeituras de alguns municípios, comprometendo a coleta e destinação adequada dos resíduos devido à necessidade de adaptação das práticas de gestão aos recursos limitados disponíveis nas áreas rurais, responsabilidade atribuída aos municípios.
- O tempo de execução dos processos licitatórios (média de um ano) é superior ao de outros órgãos, o que faz com que ocorra falta de insumos e medicamentos.
- Dependência de recursos orçamentários e financeiros enviados em prazos incertos e em quantidades inferiores à necessidade, faz com que o DSEI tenha menos poder de ação na conquista de melhores resultados.
- Necessidade de incluir critérios de inovação nas licitações para estimular o desenvolvimento de soluções criativas e tecnologicamente avançadas.
- Dificuldade de monitoramento pós-contrato, sendo necessário implementar um sistema eficaz de monitoramento para assegurar que os fornecedores cumpram suas obrigações e que a qualidade dos serviços ou produtos seja mantida.



- Insuficiência de recursos humanos (terceirizado e servidor) para tornar os processos de aquisições mais eficientes.
- Crescente aumento da necessidade de logística (veículos e motoristas) para o deslocamento de pacientes para média e alta complexidade.
- Necessidade de adequação do DSEI, especialmente do SELOG, nas implementações das funcionalidades do sistema PGC, bem como no âmbito abrangente do Comprasnet. Isso destaca a importância de gerenciar cuidadosamente as mudanças e fortalecer a capacitação da equipe, a fim de perpetuar o êxito do setor.
- Crescimento contínuo de demanda no Distrito, concomitante ao aumento da população indígena, e, adicionalmente, a fragmentação dessas comunidades em diversas localidades no estado de Minas Gerais e Espírito Santo tem sido desafiador para diversas áreas do DSEI, especialmente na garantia de contratos em tempo hábil.

### **6.5 Análise geral do PDSI 2020-2023 pelo DSEI MGES**

O DSEI MG/ES tem priorizado fortalecer o cuidado integral dos usuários, com a adoção de estratégias assistenciais diferenciadas, que respeita os saberes e práticas indígenas, inserindo ações que colocam como ponto central o planejamento de saúde, saneamento básico e a qualificação dos serviços prestados à comunidade.

Destaca-se a necessidade de maior integração entre os setores que planejam, executam e monitoram as ações.

É também importante a sensibilização das lideranças, comunidades indígenas, CONDISI, trabalhadores, chefes de setores (DIASI, SESANI, SELOG e SEOFI) e gestores dos três entes (DSEI, estados e municípios) para o desenvolvimento de ações conjuntas visando a melhoria das condições de assistência à saúde das populações indígenas, principalmente as mais vulneráveis.

### **6.6 Experiências Exitosas do DSEI MGES**

- Retorno, no ano 2022 e 2023, dos cursos presenciais, com execução do plano de trabalho, pelo qual foi possível capacitar, nesse período, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem; dentistas e ASB, psicólogos,

nutricionistas, assistentes sociais, farmacêuticos, AIS e AISAN, evidenciando-se:

- Capacitação das equipes de saúde bucal para levantamento de inquérito epidemiológico
- Atualização em sala de vacina
- Vigilância do óbito
- Agosto Dourado
- Setembro Amarelo
- Reunião Técnico Científica da Comissão de Farmácia e Terapêutica
- Qualificação do atendimento ao usuário indígena nas farmácias do DSEI MGES (CAF, Casai, Polos Base e UBSI)
- AIDIPI – Atenção Integrada às Doenças prevalentes na Infância
- Reunião Técnica dos nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais
- Avaliação dos macros de desenvolvimento
- Início de uma Nova Vida - Pré natal de baixo risco
- Mulher por inteiro - prevenção câncer de mama e de útero
- Crescer com saúde com ênfase a caderneta da criança
- Capacitação dos AIS – Agentes Indígenas de Saúde
- Implantação do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) no DSEI MGES.
- Ampliação de serviços multiprofissionais a gestantes, puérperas, hipertensos, diabéticos, idosos e crianças vulneráveis.
- Instituição da Comissão de Farmácia e Terapêutica, elaboração de plano de trabalho anual e conclusão de ações como:
- Revisão da relação de medicamentos padronizados no DSEI MG/ES (a cada 2 anos)
- Sensibilização de prescritores visando à qualidade da prescrição (carta direcionada aos prescritores, divulgação da lista padronizada)
- Elaboração de protocolos de tratamento em serviço
- Padronização de medicamentos e MMH para urgência e emergência
- Elaboração do guia farmacoterapêutico, baseado nos itens padronizados do DSEI MG/ES, e da cartilha para a promoção do URM e ampla divulgação
- Parceria com universidade (UFJF) e publicação de artigo na Revista da Ciência e Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva sobre

Consumo de medicamentos não padronizados na saúde indígena: uso racional?

- Inserção de um indicador local no PDSI 2020-2023 com o objetivo de medir e permitir análise e monitoramento do abastecimento de medicamentos em todas as unidades que distribuem e/ou dispensam medicamentos (CAF, Casai, Polos Base e UBSI).
- Ampliação da oferta de consultas de pré-natal e a realização testes rápidos de gravidez e IST nas aldeias.
- Fortalecimento do Controle Social e inserção de uma gestão compartilhada/participativa.
- Articulação para o fortalecimento e a participação ativa do DSEI nas relações institucionais, buscando estreitamento das relações com todas as Secretarias Municipais de Saúde e demais órgão no âmbito do Distrito para discutir fluxos assistenciais com as Redes de Atenção e Proteção Social.
- Por meio da pactuação do IAE-PI com o hospital Homem do Campo em Manga/MG e da série histórica que está sendo feita para pactuação do IAE-PI com a UNIVALE/GV e o Hospital São Vicente de Paulo em Águas Formosas, este DSEI está levando consultas e exames especializados para serem feitos dentro dos territórios indígenas Xacriaba e Maxakali.
- Implantação do Regimento Interno do Grupo Técnico de Vigilância do Óbito Materno e Infantil.
- Melhorias sanitárias, como manejo e destinação final dos resíduos sólidos;
- Distribuição de filtro cerâmico, juntamente com hipoclorito, monitoramento e avaliação da qualidade da água.
- Articulação Interfederativa através dos apoiadores em saúde, promovendo reuniões com municípios, grupos de trabalho para apoio aos Maxakali e Xacriabá, etnias que apresentam os maiores desafios deste distrito, reuniões com estado, tanto na Secretaria Estadual de Saúde, quanto nas regionais de saúde.
- Reunião com diversas instituições de saúde visando à habilitação no IAE-PI (18 estabelecimentos em diálogo, dos quais, 7 já foram habilitados e 7 em avançado diálogo).
- Reuniões e grupos de discussão com Ministério Público Federal e Estadual, Defensoria Pública e universidades parceiras.

- Foram alcançados progressos em comunidades onde a coleta de resíduos não existia anteriormente e agora é realizada regularmente, apesar das dificuldades. Esse êxito foi obtido por meio da conscientização (palestras, rodas de conversa, mutirões e outras atividades, permitindo a participação ativa de escolas e comunidades e contribuindo para essas iniciativas).
- No que se refere ao monitoramento da qualidade da água em aldeias indígenas (MQAI), o setor envolveu a busca por soluções para o tratamento de água em locais onde a qualidade não atende aos padrões de potabilidade.
- Foi realizada a execução de projetos por meio de parcerias com prefeituras, podendo assim realizar implantações de estações de tratamento de água em locais onde a água apresentava parâmetros importantes fora dos percentuais aceitáveis dentro da portaria.
- Contratação de profissional para compor a equipe de monitoramento da qualidade da água, permitindo maior abrangência do território monitorado.
- União da equipe de licitação, melhorando a dinâmica do trabalho e instrução de processo com a troca de experiências.
- O SELOG/MGES consolidou-se como uma referência na elaboração e execução do PCA (Plano de Contratações Anual). Destaca-se a notável capacidade de observância das diretrizes e cumprimento rigoroso dos prazos estabelecidos, culminando em um histórico de êxitos.
- Promoção do desenvolvimento da equipe de gerenciamento logístico, junto à SESAI, garantindo que a equipe esteja atualizada com as melhores práticas do setor.
- Mesmo com muitas demandas e apesar de suas limitações, o SELOG conseguiu lidar com a maioria delas. Isso mostra que a equipe tentou administrar bem um grande número de processos, demonstrando resiliência e habilidade operacional em situações desafiadoras. Essa experiência na maioria positiva destaca o comprometimento do SELOG em manter um bom desempenho, mesmo diante de dificuldades.
- Fortalecimento do Serviço de Orçamento e Finanças – SEOFI/MGES, com o propósito de busca constante de aperfeiçoamento dos conhecimentos e habilidades ligados à condução do recurso público, por meio de:

- Análise minuciosa dos processos de pagamento, comparando-os com os normativos vigentes, emitindo alertas e peças informativas/educativas para elucidar possíveis descumprimentos de preceitos legais.
- Participação em reuniões, lives, encontros das Setoriais Contábeis a fim de estar atualizados com as orientações mais recentes.
- Estreitamento da comunicação com o Fundo Nacional de Saúde (FNS) por meio dos contadores e servidores incumbidos de prestar auxílios técnicos ao SEOFI/MGES.
- As ações em si não garantem o êxito desejado, mas contribuem muito, especialmente em um cenário de grande rotatividade de profissionais, tanto no Nível Central quanto no DSEI MGES.

## **7. RESULTADOS ESPERADOS**

Apesar da forte articulação interfederativa, garantir a integralidade das ações em todos os níveis de atenção do SUS tem sido um desafio, devido aos próprios gargalos deste sistema de saúde.

Para mitigar tais desafios, o DSEI MGES tem participado dos grupos de trabalho de planejamento regional integrado. São grupos estaduais organizados nas macrorregiões de saúde, com base nas necessidades de saúde expressas nos planos municipais de saúde e pactuado, monitorado e avaliado pela Comissão Intergestores Regional – CIR.

Objetiva-se apontar primeiramente os maiores vazios assistenciais nas redes de média e alta complexidade, bem como construir alternativas de forma coletiva (DSEI MGES, estados e municípios).

As trocas constantes de gestores nas gestões municipais também é uma barreira a ser superada, cabendo ao Distrito a renovação das pactuações e acordos pertinentes às discussões de saúde indígena, com os gestores municipais, a cada alteração.

Para atuar na promoção e prevenção dos fatores apresentados nos perfis de saúde, é importante haver uma comunicação eficiente entre equipe de saúde e usuários, investimento em qualificação dos profissionais, assim como, na educação em saúde junto à população assistida.

Para que se tenha uma melhoria da qualidade de vida das comunidades indígenas, é necessário conhecer e executar as políticas de saúde do SUS e SASISUS, superar a barreira da língua e promover ações que visam o equilíbrio do meio ambiente nos territórios.

O monitoramento e a avaliação das ações, produtos e resultados presentes neste plano distrital permitem identificar os pontos críticos do processo de trabalho e propor as melhorias necessárias.

Os quadros a seguir apresentam os resultados esperados por estratégias e indicadores. A descrição completa das metas, assim como os produtos e ações do plano anual, para melhoria da situação de saúde dos povos indígenas, encontram-se em planilha anexa.

Tabela 36 - Estratégia 1 - Atenção à Saúde: Qualificação das ações e equipes de saúde indígena que atuam nos DSEI/SESAI.

Resultado	Linha de Base DSEI MGES 2022	2024		2025		2026		2027	
		Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI
E1.R1. Reduzir em 30,0%, até 2027, a Taxa de mortalidade infantil indígena por causas evitáveis (PPA)	24,34 <sup>1</sup>	17,58	22,51	16,15	20,69	14,25	18,86	13,3	17,04
E1.R2. Alcançar, em 2027, 90% de recém-nascidos indígenas com pelo menos 1 (uma) consulta até o 28º dia de vida.	78,09% <sup>2</sup>	75%	78,1%	80%	80%	85%	86,8%	90%	92,8%
E1.R3. Alcançar, em 2027, 60% das crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento (PPA).	31,3% <sup>2</sup>	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)	49,5% <sup>2</sup>	67%	51,93%	70%	57,12%	75%	62,83%	80%	69,11%
E1.R5. Alcançar, até 2027, 88% das crianças menores de 6 meses em aleitamento materno exclusivo.	76,90% <sup>2</sup>	82%	77,62%	84%	79,95%	86%	81,55%	88%	85,63%
E1.R6. Alcançar, até 2027, 35% de mulheres indígenas, com idade entre 25 e 64 anos, com 1 (uma) coleta de exame citopatológico no ano	Sem informação	20%	20%	25%	25%	30%	30%	35%	35%
R1.07. Alcançar, em 2027, 65% das gestantes indígenas com acesso a 6 ou mais consultas de pré-natal (PPA).	62,7% <sup>2</sup>	50%	64%	55%	67,2%	60%	73,92%	65%	81,31%
E1.R8. Reduzir, em 2027, 12% de gestantes indígenas com	25,8%	18%	11%	16%	10%	14%	10%	12%	10%

Resultado	Linha de Base DSEI MGES 2022	2024		2025		2026		2027	
		Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI
gestações finalizadas entre 22 e 36 semanas de gestação.									
E1.R9. Alcançar, em 2027, 35% das gestantes indígenas com no mínimo 1 consulta odontológica durante o pré-natal.	51% <sup>2</sup>	8%	55%	12%	58%	20%	60%	35%	65%
E1.R10. Alcançar, em 2027, 60% da população indígena com primeira consulta odontológica programática.	46,37 <sup>2</sup>	45%	50%	50%	55%	55%	60%	60%	62%
E1.R11. Alcançar, até 2027, 60% de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica programática.	44,25 <sup>2</sup>	52%	50%	55%	55%	58%	60%	60%	62%
E1.R12. Alcançar, em 2027, 40% da população indígenas portadoras de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com no mínimo 2 consultas ao ano.	Sem informação	10%	11%	20%	21%	30%	31%	40%	41%
E1.R13. Reduzir, até 2027, em 5% o número de óbitos por suicídio nos 34 DSEI.	2 <sup>2</sup>	2%	Reduzir nº de casos de suicídio e manter vigilância	3%	Reduzir nº de casos de suicídio e manter vigilância	4%	Reduzir nº de casos de suicídio e manter vigilância	5%	Reduzir nº de casos de suicídio e manter vigilância
E1.R14. Alcançar, até 2027, 100% dos DSEI com no mínimo uma Rede Intersetorial de Atenção Psicossocial implementada.	0	50%	1	70%	1	90%	1	100%	1
E1.R15. Alcançar, em 2027, 84% das crianças menores de 1 ano com esquema vacinal completo.	86,7% <sup>3</sup>	78%	87,57%	80%	88,44%	82%	89,33%	84%	90,22%
E1.R16. Alcançar, em 2027, 90% de óbitos infantis indígenas	78,6% <sup>4</sup>	82%	82,5%	85%	84,98%	87%	86,67%	90%	92,74%



Resultado	Linha de Base DSEI MGES 2022	2024		2025		2026		2027	
		Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI
investigados (PPA).									
E1.R17 Alcançar, em 2027, 95% de óbitos maternos indígenas investigados.	100% <sup>4</sup>	90%	90,5%	92%	92%	93,5%	93,5%	95%	95%
E1.R18. Reduzir, até 2027, em 8% a incidência de tuberculose por todas as formas nos 34 DSEI.	28,17 <sup>2</sup>	2%	2%	4%	4%	6%	6%	8%	8%
E1.R19. Reduzir, até 2027, em 40% o número de casos autóctones de malária nos DSEI endêmicos.	Não se aplica	10%	Não se aplica	20%	Não se aplica	30%	Não se aplica	40%	Não se aplica
E1.R20 Alcançar, até 2027, pelo menos 70% de casos novos de hanseníase com incapacidade física grau zero no diagnóstico.	Sem informação	50%	50%	55%	55%	60%	60%	70%	70%
E1.R21. Alcançar, até 2027, em 55% a participação de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural (PPA).	25,31% <sup>5</sup>	25%	25%	35%	35%	45%	45%	55%	55%
E1.R22. Qualificar, até 2027, 70% dos trabalhadores do DSEI para o aprimoramento do trabalho em saúde.	45,82% <sup>5</sup>	55%	55%	60%	60%	65%	65%	70%	70%

<sup>1</sup> Fonte: SIASI, extração em 24/04/2023. Nascidos vivos: extração em 19/04/2023. Referência: 01/01 a 31/12/2022. \*Dados sujeitos a alterações.

<sup>2</sup> Fonte: SIASI, extração em 28/03/2023. Referência: 01/01 a 31/12/2022. \*Dados sujeitos a alterações.

<sup>3</sup> Fonte: Planilhas padronizadas de imunização. 4º trimestre de 2022. Dados sujeitos à revisão. Óbito: extração em 24/04/2023. Nascidos vivos: extração em 19/04/2023. Referência: 01/01 a 31/12/2022

<sup>4</sup> Fonte: Manual do Plano Distrital de Saúde Indígena – PDSI 2024-2027: Resultados Esperados – 1ª versão/2023

<sup>5</sup> Fonte: Planilha DASI 8 e Planilha EP SICONV/DSEI MGES/SESAI/MS

Tabela 37 - Estratégia 2. Infraestrutura e Saneamento: Melhorias das infraestruturas de saúde e dos serviços de saneamento nas áreas indígenas.

Resultado	Linha de Base DSEI MGES 2023	2024		2025		2026		2027	
		Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI
E2.R1. Aumentar, até 2027, 217 aldeias com novas infraestruturas de abastecimento de água.	41	51	0	89	1	153	1	217	1
E2.R2. Aumentar, até 2027, 69 aldeias com reforma de infraestrutura de abastecimento de água existente.	Sem informação	17	5	29	7	49	14	69	17
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.	90,1%	25%	97,03%	28%	100%	32%	100%	35%	100%
E2.R4. Ampliar, até 2027, para 95% o percentual de amostras de água coletadas em infraestruturas de abastecimento no ponto de consumo com ausência de Escherichia Coli (E. Coli).	44,55%	92%	70%	93%	72%	94%	74%	95%	76%
E2.R5. Aumentar, até 2027, em 80 aldeias com novos estabelecimentos de saúde.	Sem informação	15	2	26	3	52	4	80	5
E2.R6. Aumentar, até 2027, em 50 aldeias com reformas e/ou ampliação dos estabelecimentos existentes.	Sem informação	9	1	22	2	38	3	50	3
E2.R7. Alcançar, até 2027, 15% de cobertura de aldeias com ações voltadas à temática de resíduos sólidos domésticos.	30,69%	10%	32,67%	12%	35,64%	13%	37,62%	15%	38,61%

Resultado	Linha de Base DSEI MGES 2023	2024		2025		2026		2027	
		Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI
E2.R8. Reduzir, até 2027, em 5% o percentual de aldeias que praticam a queima como destinação final de resíduos sólidos.	46,53%	1%	1%	2%	2%	4%	4%	5%	5%
E2.R9. Aumentar, até 2027, em 8% o percentual de aldeias com realização de ações voltadas ao esgotamento sanitário.	13,86%	2%	1%	4%	2%	6%	5%	8%	8%

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

Tabela 38 - Estratégia 3: Planejamento de bens e serviços adequados à execução das ações de saúde indígena pelos DSEI.

Resultado	Linha de Base DSEI MGES 2022	2024		2025		2026		2027	
		Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI
E3.R1. Reduzir, até 2027, 80% das despesas oriundas de contratos emergenciais.	21 (2019 a 2022) 1	10%	10%	30%	30%	60%	60%	80%	80%
E3.R2. Estruturar, até 2027, 80% do serviço de transporte nos DSEI.	Sem informação	20%	33%	40%	66%	60%	66%	80%	100%
E2.R3. Estruturar, até 2027, 80% da gestão farmacêutica nos DSEI.	Sem informação para o novo parâmetro estabelecido	20%	33%	40%	66%	60%	66%	80%	100%

<sup>1</sup>Fonte: PDSI 2024-2027: Resultados Esperados – 1ª versão/2023

Tabela 39 - Estratégia 4: Monitoramento da execução orçamentária dos recursos empenhados nos Contratos continuados, Atas de Registro de Preços e demais instrumentos celebrados no âmbito dos DSEI.

Resultado	Linha de Base DSEI MGES 2022	2024		2025		2026		2027	
		Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI
E4.R1. Ampliar, até 2027, a execução orçamentária em 98% nos DSEI.	74,73%	91%	84%	93%	89%	95%	93%	98%	98%

Fonte: SIAFI/HOD/DSEI MGES/SESAI/MS, 2023.

Tabela 40 - Estratégia 5: Ampliação da articulação Interfederativa e Intersetorial com vistas à integralidade das ações de Atenção à Saúde Indígena.

Resultado	Linha de Base DSEI MGES 2022	2024		2025		2026		2027	
		Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI
E5.R1. Atingir, até 2027, 60% da atualização do cadastro dos estabelecimentos de saúde junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES das unidades de saúde dos DSEI.	34 estabelecimentos cadastrados e 36 estabelecimentos existentes	30%	94% (34)	40%	97% (35)	50%	97% (35)	60%	100% (36)

Fonte: SIASI/DSEI MGES/SESAI/MS, 2023; CNES, 2023.

Tabela 41 - Estratégia 6: Fortalecimento das instâncias de controle social do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Resultado	Linha de Base DSEI MGES 2022	2024		2025		2026		2027	
		Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI
E6.R.01. Alcançar, até 2027, 46% dos conselheiros locais capacitados por DSEI.	35%	35%	42%	38%	49%	43%	50%	46%	55%
E6.R.02. Alcançar, até 2027, 58% dos conselheiros distritais capacitados.	48%	48%	50%	50%	55%	55%	58%	58%	60%
E6.R.03. Alcançar, até 2027, 70% das reuniões de Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI) realizadas.	60%	60%	65%	65%	67%	67%	68%	70%	70%
E6.R.04. Alcançar, até 2027, 80% das reuniões de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) realizadas.	70%	70%	73%	73%	76%	76%	78%	80%	80%

Fonte: Planilhas Controle Social/DSEI MGES/SESAI/MS

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Indígena. Painel Gerencial/Sistema de Informação da Atenção da Atenção à Saúde Indígena. Versão 4.0.8. Brasília. 2023. Disponível em: <http://10.33.202.64/dashboard/painelsesaiger/>.

Acesso em: 15/07/2023; 05/10/2023; 09/10/2023; 01/11/2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Guia de orientações para atenção odontológica no contexto da Covid-19 / Brasília, 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação: relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada [recurso eletrônico] / Brasília, 2018.

BRASILEIRO, Shiela, 2003, 'Kiriri', Povos Indígenas do Brasil, Instituto Socioambiental, São Paulo. [pib.socioambiental.org/pt/povo/kiriri](http://pib.socioambiental.org/pt/povo/kiriri).

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, jan./abr. 2007.

CAMARGO, Pablo Matos. Povos indígenas em Minas Gerais. Centro de Documentação Eloy Ferreira da Silva - Cedefes, 2020. Disponível em: [cedefes.org.br/artigo-povos-indigenas-em-minas-gerais/](http://cedefes.org.br/artigo-povos-indigenas-em-minas-gerais/). Acesso em: 27 de novembro de 2023.

CARVALHO, Maria Rosário, 2013, 'Pataxó', Povos Indígenas do Brasil, Instituto Socioambiental, São Paulo. [pib.socioambiental.org/pt/povo/pataxo](http://pib.socioambiental.org/pt/povo/pataxo).

CARVALHO, Maria Rosário e SOUZA, Jurema Machado de Andrade, 2005, 'Pataxó Hãhãhãe', Povos Indígenas do Brasil, Instituto Socioambiental, São Paulo. [pib.socioambiental.org/pt/povo/pataxo-ha-ha-hae](http://pib.socioambiental.org/pt/povo/pataxo-ha-ha-hae).

CORRÊA. S. N. Relato de Experiência - Organização do Povo Xakriabá para o Enfrentamento da Pandemia de COVID-19. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

DAI/AMTB 2010, 'Relatório 2010 – Etnias Indígenas do Brasil', Organizador: Ronaldo Lidório, Instituto Antropos -<http://instituto.antropos.com.br>.

FREIRE, Carlos Augusto da Rocha, 1998, 'Tupiniquim', Povos Indígenas do Brasil, Instituto Socioambiental, São Paulo. [pib.socioambiental.org/pt/povo/tupiniquim](http://pib.socioambiental.org/pt/povo/tupiniquim).

Fundação Oswaldo Cruz, Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade, Rio de Janeiro, Brasil. Paula, EaD/Ensp, 2013.

GASPAR, Lúcia, 2009, Índios Pankararu. Pesquisa Escolar Online, Fundação Joaquim Nabuco, Recife. Disponível em: <[basilio.fundaj.gov.br/pesquisaescolar](http://basilio.fundaj.gov.br/pesquisaescolar)>.

IPHAN, 2014 - Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional Disponível: <http://portal.iphan.gov.br/pagina/detalhes/1931#:~:text=O%20Mbya%20%C3%A9%20uma%20das,de%20modo%20estaque%20e%20consensual>.

ISA, equipe, 2011, 'Guarani', Povos Indígenas do Brasil, Instituto Socioambiental, São Paulo. [pib.socioambiental.org/pt/povo/guarani](http://pib.socioambiental.org/pt/povo/guarani)

ISA, equipe, 2021, 'Tupiniquim', Povos Indígenas do Brasil, Instituto Socioambiental, São Paulo. <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Tupiniquim>

LADEIRA, Maria Inês, 2003, 'Guarani Mbya', Povos Indígenas do Brasil, Instituto Socioambiental, São Paulo. [pib.socioambiental.org/pt/povo/guarani-mbya](http://pib.socioambiental.org/pt/povo/guarani-mbya)

SIL 2009, Lewis, M. Paul (ed), Ethnologue: Languages of the World, Sixteenth Edition. Dallas, Tex: SIL International. Versão on line: [www.ethnologue.com](http://www.ethnologue.com)

LOPES, Luzionira de Sousa. Loas e versos Xakriabá: tradição e oralidade. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016. Habilitação em Línguas, Artes e Literatura.

MOKURIÑ. In: WIKIPÉDIA: a enciclopédia livre. Wikimedia, 2023. Disponível em: [https:// Mokuriñ – Wikipédia, a enciclopédia livre \(wikipedia.org\)](https://Mokuriñ – Wikipédia, a enciclopédia livre (wikipedia.org)). Acesso em: 27 nov. 2023

MOREIRA, Gilvander Luis. Povo Indígena Kiriri, em Caldas, MG: O sagrado direito de viver na terra que lhes pertence. CEDEFES Centro de Documentação Eloy Ferreira da Silva, 2019. Disponível em: <[cedefes.org.br/povo-indigena-kiriri-em-caldas-mg-o-sagrado-direito-de-viver-na-terra-que-lhes-pertence-despejo-nao-video-1/](http://cedefes.org.br/povo-indigena-kiriri-em-caldas-mg-o-sagrado-direito-de-viver-na-terra-que-lhes-pertence-despejo-nao-video-1/)>. Acesso em: 28, novembro de 2023.

PARAÍSO, Maria Hilda Baqueiro, 1998, 'Krenak', Povos Indígenas do Brasil, Instituto Socioambiental, São Paulo. [pib.socioambiental.org/pt/povo/krenak](http://pib.socioambiental.org/pt/povo/krenak).

PARAÍSO, Maria Hilda Baqueiro, 1999, 'Maxakali', Povos Indígenas do Brasil, Instituto Socioambiental, São Paulo, SP, [pib.socioambiental.org/en/povo/maxakali](http://pib.socioambiental.org/en/povo/maxakali).

PENA, João, Heller Leo, Dias Júnior, Cláudio Santiago, 2009, 'A população Xakriabá, Minas Gerais: aspectos demográficos, políticos, sociais e econômicos' in *Revista Brasileira de Estudos da População*, Vol 26, no. 1, São Paulo junho 2009, [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-30982009000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982009000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)

PIB (Equipe de edição da Enciclopédia Povos Indígenas no Brasil) 2013, 'Xukuru-Kariri', Povos Indígenas do Brasil, Instituto Socioambiental, São Paulo. <http://pib.socioambiental.org/pt/povo/xukuru-kariri/>

PIB, 2006, Equipe da edição da Enciclopédia dos Índios do Brasil, Kiriri, Povos Indígenas do Brasil, Instituto Socioambiental, São Paulo. <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Kiriri>.



PIB, 2006, Equipe da edição da Enciclopédia dos Índios do Brasil, Xakriabá, Povos Indígenas do Brasil, Instituto Socioambiental, São Paulo. [pib.socioambiental.org/pt/povo/xakriaba](http://pib.socioambiental.org/pt/povo/xakriaba).

POPOVICH, Frances Blok 1984. 'The Sun and Moon: A Maxakali Text' em Estudos sobre Línguas e Culturas Indígenas: Trabalhos linguísticos realizados no Brasil (edição especial) Gudschinsky, Sarah C., editor, Brasília: Instituto Linguístico de Verão, 1971, 29-59. [www.sil.org/americas/brasil/publcns/ling/MXSunMoo.pdf](http://www.sil.org/americas/brasil/publcns/ling/MXSunMoo.pdf)

POPOVICH, Frances Blok, 1980, 'A Organização Social dos Maxakali', Dissertação Apresentada ao Departamento de Sociologia da Universidade do Texas em Arlington como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Sociologia. Tradução de Helena Vera Flor [www.sil.org/americas/brasil/publcns/anthro/MXSocOrg.pdf](http://www.sil.org/americas/brasil/publcns/anthro/MXSocOrg.pdf)

RABBEN, Linda, 2004, *Brazil's Indians and the Onslaught of Civilisation*, Seattle and London: University of Washington Press.

RÊGO, Lilane Sampaio: 2012, 'O Lugar Encantado do Croá no Saber/Fazer Indígena Pankararé Raso da Catarina Bahia.', Salvador: Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado da Bahia, Faculdade de Educação.

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG) / Belo Horizonte, 2020

Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo. Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Espírito Santo (PDR/ES) / Vitória, 2016 (atualizado)

SIL, 2013, Lewis, M. Paul, Gary F. Simons, e Charles D. Fennig (eds.). 2013. *Ethnologue: Languages of the World*, Seventeenth edition. Dallas, Texas: SIL International. Online version: [www.ethnologue.com](http://www.ethnologue.com).

SILVA, Cácio Evangelista de, 2008, Fenomenologia da Religião compreendendo as ideias religiosas a partir das suas manifestações, Anápolis, GO: transcultural Editora e Livraria Ltda.

SILVA, Cácio, 2007, 'Kaxixó', Povos Indígenas do Brasil, Instituto Socioambiental, São Paulo. [pib.socioambiental.org/pt/povo/kaxixo](http://pib.socioambiental.org/pt/povo/kaxixo).

SILVA, Cácio Evangelista, 2002, 'Minas Indígena: Levantamento Sociocultural e Possibilidades de Abordagens Missionárias nos Grupos Indígenas de Minas Gerais', Viçosa, MG, Dissertação apresentada ao Programa Pós-Graduação da Escola de Missões Transculturais do Centro Evangélico de Missões, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Missiologia.

SIMÕES, Celso Cardoso da Silva. Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

SURVIVAL 2013, 'The Guarani', Survival for tribal peoples, [www.survivalinternational.org/tribes/guarani](http://www.survivalinternational.org/tribes/guarani) acesso em novembro de 2023.