

PLANO DE AÇÃO ESTADUAL DA SAÚDE INDÍGENA

2024 - 2027

DAPPS | Secretaria Estadual da Saúde



GOVERNO
DO ESTADO
**RIO
GRANDE
DO SUL**
SECRETARIA DA SAÚDE

Plano de Ação Estadual da **SAÚDE INDÍGENA**

2024 - 2027

DAPPS | Secretaria Estadual da Saúde

PORTO ALEGRE

2024



GOVERNO
DO ESTADO
**RIO
GRANDE
DO SUL**
SECRETARIA DA SAÚDE

Arita Bergmann
Secretária de Estado da Saúde

Ana Costa
Secretária de Estado da Saúde Adjunta

Tatiane Pires Bernardes
Diretora do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde - DAPPS

Marilise Fraga de Souza
Diretora Adjunta do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde - DAPPS

Gabriela Lorenzet
Coordenadora da Divisão de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde

ELABORAÇÃO

DIVISÃO DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA EQUIDADES EM SAÚDE

Área Técnica de Saúde Indígena

Guilherme de Souza Müller
Sanitarista - Especialista em Saúde

Rafaela Ribeiro Machado Oliveira
Residente em Saúde Coletiva UFRGS

Laura Inhaia Morigi
Estágio em Psicologia PUCRS

DIVISÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Raíssa Barbieri Ballejo Canto
Sanitarista - Especialista em Saúde

DIVISÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Luiza Campos Menezes
Psicóloga- Especialista em Saúde

Beatriz Raffi Lerm
Epidemiologista - Especialista em Saúde

Carla Daiane Silva Rodrigues
Enfermeira - Especialista em Saúde

DIVISÃO DE PRIMEIRA INFÂNCIA

Ágatha Santos Cunha
Sanitarista - Especialista em Saúde

Gabriela Dutra Cristiano
Assistente Social - Consultora pela
Organização Pan-americana de Saúde

APRESENTAÇÃO

A saúde dos povos indígenas, a partir da Constituição Federal de 1988, teve uma importante transformação, que garantiu a saúde como um direito universal e igualitário (art. 196). Além disso, buscou-se garantir a heterogeneidade dos povos originários com a garantia da manutenção da sua língua, costumes, crenças, tradições e o direito à posse da terra que tradicionalmente ocupam (art. 231, caput e § 6.º). Apesar dos avanços alcançados, os povos indígenas continuam enfrentando obstáculos significativos na obtenção de seus direitos, inclusive no acesso equitativo à saúde.

Com o respeito da autonomia e a participação dos indígenas nas decisões, em 1999 foi promulgada a Lei 9.836, também conhecida como Lei Arouca, que criou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). O novo subsistema, que integra o Sistema Único de Saúde, organizou a atenção à saúde indígena a partir dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, respeitando as abrangências geográficas e culturais. Além disso, as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena foram instituídas, visando o atendimento de Atenção Básica aos indígenas aldeados, respeitando o contexto intercultural dentro das aldeias. Já os indígenas que vivem fora das aldeias seguem o fluxo de atendimento da população geral, devendo ter suas particularidades trabalhadas na rede.

A legislação designou ao órgão federal a responsabilidade pela gestão do SasiSUS, com estados e municípios atuando de forma complementar. Dessa forma, lançou-se um grande desafio de articulação entre os entes para a garantia da atenção diferenciada à saúde dos indígenas, de modo que se leve em conta o conhecimento da medicina tradicional, às crenças e às práticas culturais das diversas etnias presentes em nosso país. Apesar de explicitar esta atuação em caráter complementar dos demais entes federativos, a Política de Saúde Indígena não descreve como seria a atuação dos estados e municípios.

APRESENTAÇÃO

Na Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, integrando o Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde, encontra-se a Área Técnica de Saúde Indígena, que trabalha articulando ações intra e intersetoriais, além de atuar de modo conjunto com as referências para a política de saúde indígena nas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). Além disso, apoia e orienta os municípios, e dialoga de modo constante com o Distrito Sanitário Especial Indígena - Interior Sul (DSEI-ISul) para efetivar seu papel complementar na garantia do acesso e cuidado à esta população no estado.

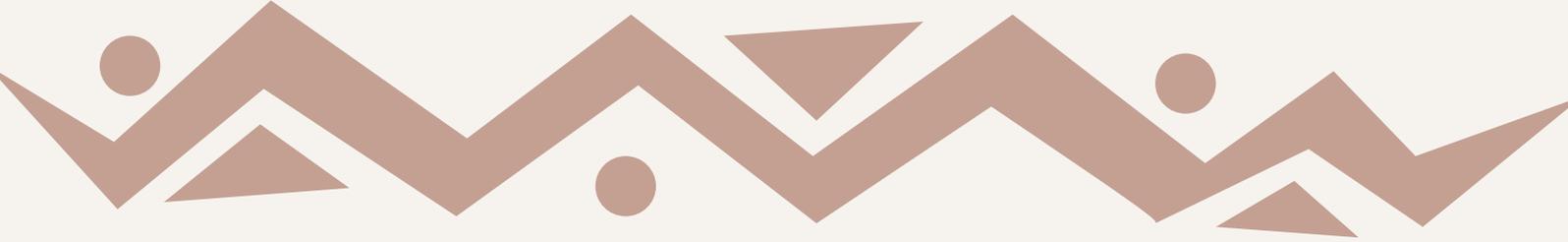
Este Plano de Ação Estadual para Saúde Indígena no Rio Grande do Sul - 2024-2027 apresenta aos gestores municipais, estaduais e sociedade civil, a situação de saúde dos povos indígenas do estado, a partir de dados demográficos e epidemiológicos. Além disso, aborda os programas desenvolvidos que visam reduzir a situação de vulnerabilidade e promover saúde junto às comunidades e possibilidades de construções de respostas sociais entre diferentes atores políticos.

Tem como objetivo propor atribuições do Estado, Municípios e Distrito Sanitário Especiais Indígena - Interior Sul (DSEI-ISul) para efetivação do papel do estado e dos municípios no desenvolvimento da Política de Saúde Indígena. A definição destas competências visa a garantia do acesso e atendimento integral aos povos indígenas, a partir de uma atuação em rede integrada e corresponsável.

Chama-se atenção para a importância da inserção dos indígenas nos cadastros e sistemas de informação como o Cartão Nacional de Saúde, a fim da visibilização desta população no planejamento de ações e serviços de saúde. Ainda, apresenta-se a situação da regularização das terras indígenas, uma vez que a terra é um fator protetivo e de saúde para esses povos.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| Capítulo I: Análise de Situação de Saúde..... | 7 |
| Terras indígenas no RS..... | 8 |
| Dados Demográficos..... | 10 |
| Cadastro..... | 18 |
| Morbidade..... | 21 |
| Mortalidade Infantil..... | 22 |
| Mortalidade Materna..... | 23 |
| Mortalidade por causas..... | 24 |
| Dengue..... | 29 |
| Saúde Mental e Violências..... | 31 |
| Violência Contra a Mulher..... | 32 |
| Estado Nutricional..... | 33 |
| Análise Situacional..... | 35 |
| A rede de atenção à saúde indígena no estado..... | 36 |
| Capítulo II: Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde do Rio Grande do Sul (POPES)..... | 37 |
| POPES..... | 38 |
| Capítulo III: Responsabilidades da esfera federal, estadual e municípios na saúde indígena..... | 39 |
| Responsabilidades..... | 40 |
| Ministério da Saúde..... | 41 |
| DSEI..... | 43 |
| Secretaria Estadual de Saúde..... | 45 |
| Secretaria Municipal de Saúde..... | 47 |
| Capítulo IV: Estratégias para o fortalecimento e qualificação da saúde indígena desenvolvidas pela SES..... | 49 |
| Monitoramento do Bolsa Família..... | 51 |
| Primeira Infância Melhor..... | 54 |
| Financiamento..... | 56 |
| Capítulo V: metas pactuadas e plano de ação..... | 61 |
| Metas POPES..... | 62 |
| Metas PES..... | 63 |
| Ações Necessárias..... | 64 |
| Plano de Ação..... | 65 |
| Referências..... | 67 |



Capítulo I

ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

TERRAS INDÍGENAS NO RS

A delimitação de terras, além de ser um direito fundamental dos povos indígenas, deve ser considerada uma importante questão de saúde pública, por diversas razões que interligam seu bem-estar físico, mental e social ao território e ao meio ambiente. Além de preservar os modos de vida e cultura dos indígenas, ela pode proporcionar o acesso aos determinantes sociais e ambientais essenciais para uma vida saudável. Trata-se de um reconhecimento da soberania dos povos indígenas e é um passo crucial para uma mínima reparação das injustiças históricas.

Os indígenas aldeados e não aldeados diferenciam-se principalmente pelo estilo de vida que levam. Os aldeados residem em comunidades tradicionais, muitas vezes localizadas em terras indígenas oficialmente reconhecidas ou em processo de reconhecimento, onde preservam suas práticas culturais, espirituais e sociais ancestrais. Em contraste, os não aldeados vivem fora dessas aldeias, muitas vezes em áreas urbanas ou rurais não indígenas, adaptando-se às circunstâncias da sociedade mais ampla, o que pode influenciar sua conexão com tradições culturais. Apesar dessas diferenças, ambos mantêm uma forte identidade cultural, enfrentando desafios únicos na interação com a sociedade não indígena e na luta pela preservação de sua cultura e direitos.

TABELA 1. FASES DO PROCEDIMENTO DEMARCATÓRIO DE TERRAS INDÍGENAS DO RIO GRANDE DO SUL.

| Fase do procedimento demarcatório | Quantidade de Terra(s) Indígenas | Superfície (ha) |
|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------|
| Em estudo | 17 | 0,0000 |
| Delimitada | 3 | 10.207,0000 |
| Declarada | 5 | 33.950,7578 |
| Homologada | 1 | 711,7018 |
| Regularizada | 17 | 63.943,4293 |
| Reserva Indígena | 3 | 145,8293 |
| Total | 46 | 108.958,7182 |

Fonte: FUNAI, 2023.

TERRAS INDÍGENAS NO RS

DEFINIÇÃO DAS FASES

Em estudos →

Realização de estudos antropológicos, históricos, fundiários, cartográficos e ambientais que fundamentam a delimitação da terra indígena;

Delimitadas →

Terras que tiveram a conclusão dos estudos publicados no Diário Oficial da União pela FUNAI e se encontram em análise pelo Ministério da Justiça para expedição de Portaria Declaratória da Posse Tradicional Indígena;

Declaradas

Terras que obtiveram a expedição da Portaria Declaratória e estão autorizadas para serem demarcadas;



Reservas Indígenas

São terras doadas por terceiros, adquiridas ou desapropriadas pela União que não se confundem com as de posse tradicional e, por esse motivo, as fases não se aplicam.

← Regularizadas ←

Terras que, após a homologação de seus limites, foram registradas em cartório em nome da União e no Serviço de Patrimônio da União.

← Homologadas

Terras que foram demarcadas e tiveram seus limites homologados pela Presidência da República.

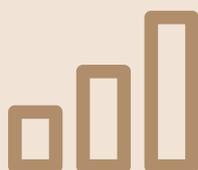
Os povos indígenas detêm o direito originário e o usufruto exclusivo sobre as terras que tradicionalmente ocupam, segundo a Constituição Federal de 1988. Entretanto, muitas disputas judiciais e territoriais estão em andamento no país. Segundo o Conselho Indigenista Missionário (CIMI), no “Relatório Violência contra os Povos Indígenas no Brasil - Dados de 2022”, o RS atualmente é o estado com o maior número de conflitos relativos a direitos territoriais e o terceiro em casos de omissão e morosidade na regularização de terras.

DADOS DEMOGRÁFICOS

De acordo com o último censo, realizado em 2022, o Rio Grande do Sul possui 36.096 indígenas autodeclarados, sendo 25.705 aldeados.



Houve um aumento de 12% de população indígena autodeclarada com relação ao censo de 2010. Dentre os 27 estados da federação, o RS ocupa a 12ª posição em número de indígenas. Os indígenas representam 0,3% da população do RS, distribuídos em 79% dos municípios do Estado (364).



O Rio Grande do Sul ocupa o 12º (décimo segundo) lugar no ranking dos estados com maior número de indígenas do Brasil;



2,17% dos indígenas do Brasil estão no Rio Grande do Sul (1.693.535 indígenas no Brasil);



Indígenas do Rio Grande do Sul representam 0,33% da população do Estado (População do RS: 10.880.506).

DADOS DEMOGRÁFICOS - ÍNDIGENAS ALDEADOS

Os indígenas aldeados vivem em 150 aldeias, que fazem parte de 72 municípios, a maior concentração populacional se dá na região norte do estado. A maior parte dos indígenas do RS pertencem a etnia Kaingang (88%), também se faz presente no território as etnias Guarani (12%), Charrua (0,2%) e Xokleng (0,05%).

OS INDÍGENAS ALDEADOS ESTÃO:

Imagem 1: Mapa da distribuição dos povos indígenas aldeados no RS.

72 municípios

150 aldeias

4 etnias

88 % - KAIKANG

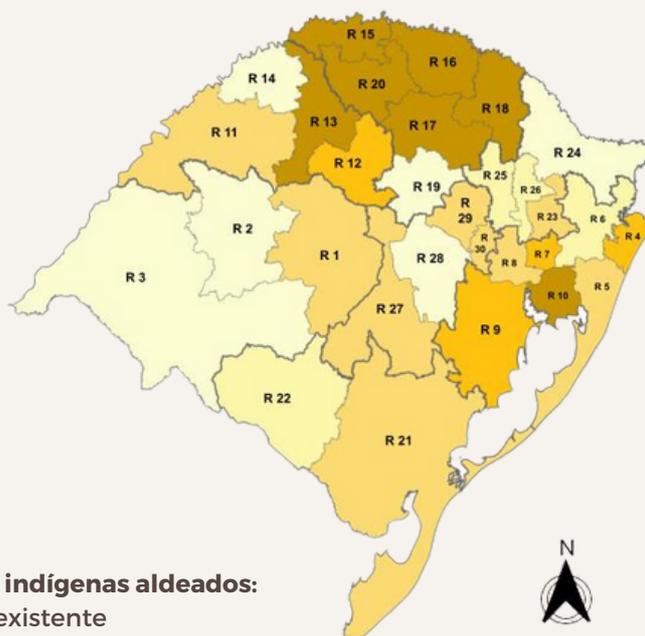
12% - GUARANI

0,2% - CHARRUA

0,05% - XOKLENG

Distribuição dos povos indígenas aldeados:

- Aldeia indígena inexistente
- Aldeia indígena com 1 a 99 pessoas
- Aldeia indígena com 100 a 199 pessoas
- Aldeia indígena com 200 a 999 pessoas
- Aldeia indígena com 1.000 a 6.744 pessoas

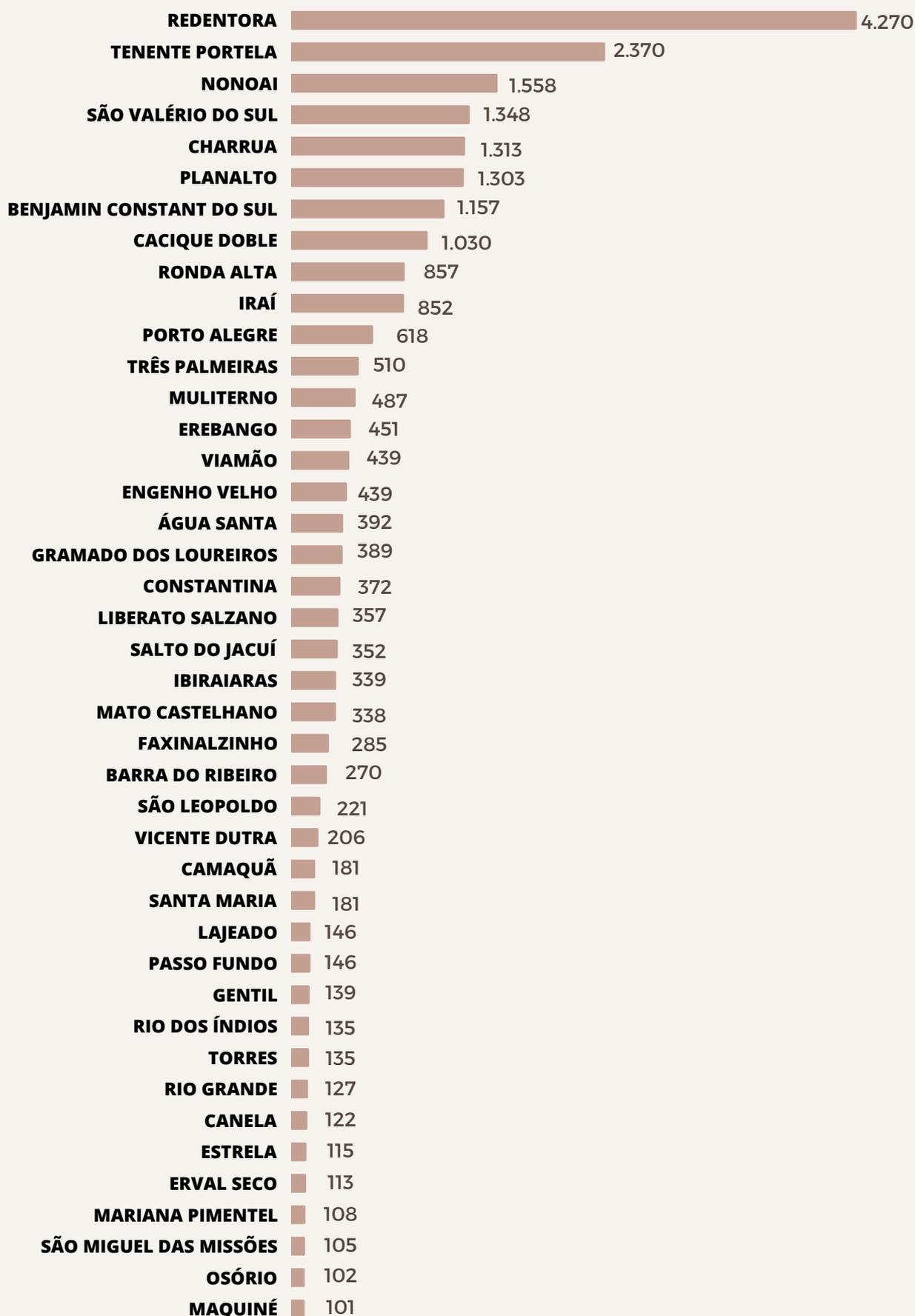


Fonte: SIASI/SESAI/MS, 2023 e IBGE, 2022.

A distribuição dos indígenas aldeados nos municípios se dá de modo heterogêneo, tanto em número absoluto, quanto em proporção. Em números absolutos há municípios com 4270 indígenas, como Redentora, enquanto outros, como Caraá e São Francisco de Paula, possuem menos de 10 indígenas aldeados (Gráfico 1).

DADOS DEMOGRÁFICOS - ÍNDIGENAS ALDEADOS

GRÁFICO 1: DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE POPULAÇÃO INDÍGENA ALDEADA NO RS POR MUNICÍPIO (2023).



DADOS DEMOGRÁFICOS - ÍNDIGENAS ALDEADOS

GRÁFICO 1: DISTRIBUIÇÃO DE POPULAÇÃO INDÍGENA ALDEADA NO RS POR MUNICÍPIO (ANO)

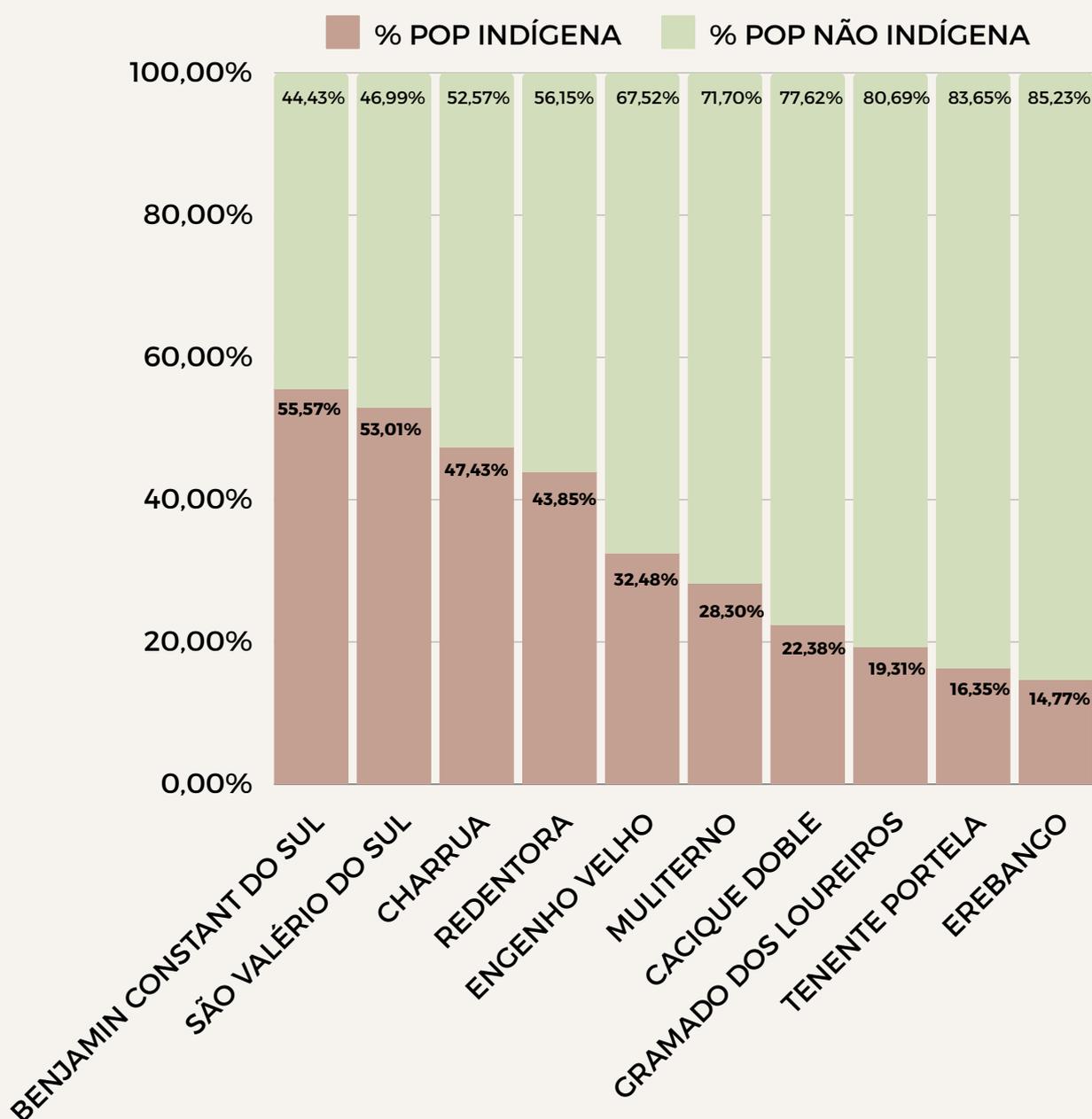
| | |
|------------------------|----|
| CACHOEIRA DO SUL | 98 |
| CHARQUEADAS | 93 |
| LAJEADO DO BUGRE | 88 |
| CAPELA DE SANTANA | 84 |
| SERTÃO | 74 |
| PELOTAS | 70 |
| CARAZINHO | 68 |
| FARROUPILHA | 68 |
| SANTO ÂNGELO | 56 |
| ESTRELA VELHA | 45 |
| BENTO GONÇALVES | 42 |
| TERRA DE AREIA | 41 |
| TABAÍ | 40 |
| SÃO PEDRO DAS MISSÕES | 38 |
| CRUZEIRO DO SUL | 35 |
| BAGÉ | 33 |
| CRISTAL | 33 |
| CAPIVARI DO SUL | 28 |
| PALMARES DO SUL | 26 |
| GUAÍBA | 25 |
| CANGUÇU | 22 |
| CAXIAS DO SUL | 22 |
| RIOZINHO | 21 |
| ERECHIM | 20 |
| RODEIO BONITO | 18 |
| ACEGUÁ | 14 |
| ELDORADO DO SUL | 13 |
| CAÇAPAVA DO SUL | 12 |
| SÃO FRANCISCO DE PAULA | 9 |
| CARAÁ | 8 |

Fonte: SIASI/SESAI/MS, 2023.

DADOS DEMOGRÁFICOS - ÍNDIGENAS ALDEADOS

Em relação a proporção de indígenas nos municípios, a menor se deu no município de Caxias do Sul, que possui 22 indígenas, representando 0,005% de sua população, e a maior proporção se deu no município de Benjamin Constant do Sul, que possui 1157 indígenas (55,6% de sua população). O gráfico apresentado a seguir (Gráfico 2) aponta os dez municípios com as maiores proporções de população indígena. Essa distribuição heterogênea resulta em grandes desafios para garantir a implementação da Política de Saúde Indígena, no sentido de uma cobertura efetiva de atendimento pela SESAI, necessitando, por vezes, da atuação complementar das equipes de APS municipais.

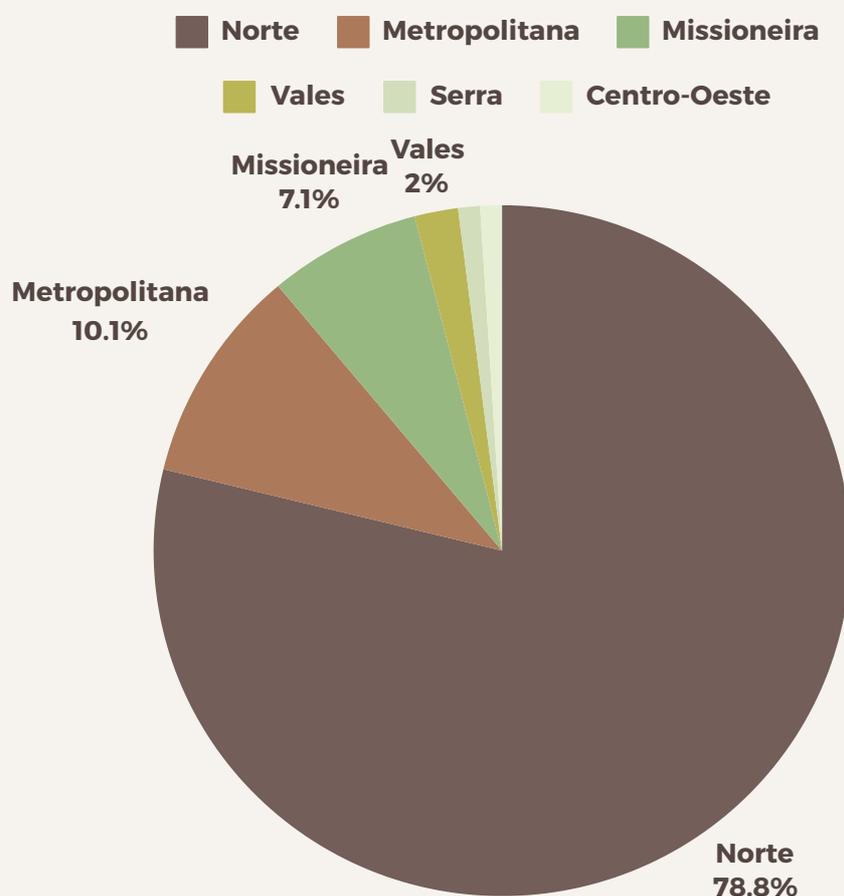
GRÁFICO 2. PROPORÇÃO DE INDÍGENAS E DE POPULAÇÃO NÃO INDÍGENA NOS 10 MUNICÍPIOS QUE POSSUEM MAIORES PROPORÇÕES



DADOS DEMOGRÁFICOS - ÍNDIGENAS ALDEADOS

Fazendo uma análise por macrorregião, a maior concentração de indígenas aldeados é a norte com 78.8% do total, seguida da macrorregião metropolitana, com 10.1% do total.

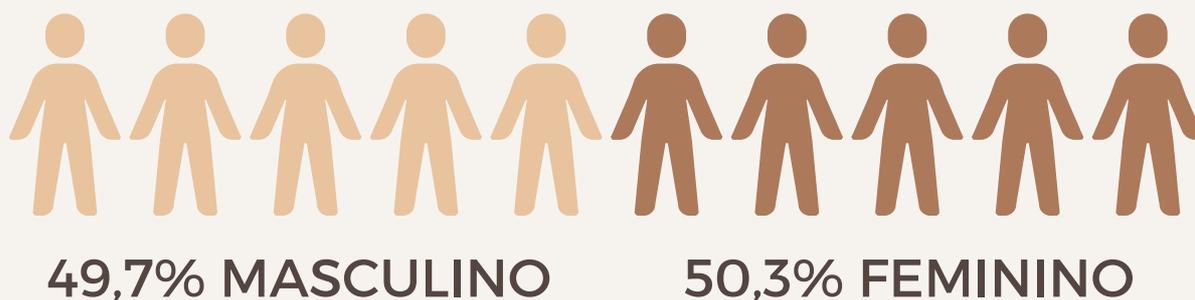
GRÁFICO 3. DISTRIBUIÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS ALDEADOS POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE.



DADOS DEMOGRÁFICOS - ÍNDIGENAS ALDEADOS

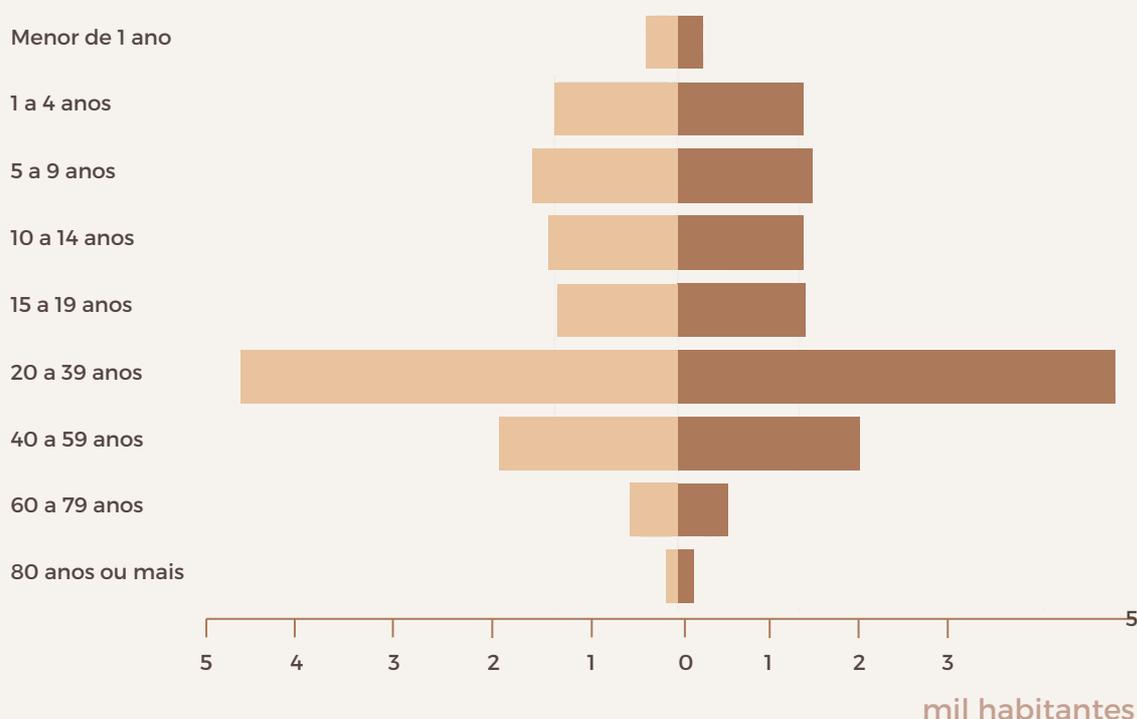
Segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena, a população aldeada do estado é composta por 50,3% de pessoas do sexo feminino e 49,7% do sexo masculino. A maior concentração da população (35,8%) tem entre 20 e 39 anos.

GRÁFICO 4. DISTRIBUIÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS ALDEADOS CONFORME SEXO BIOLÓGICO.



Fonte: SIASI/SESAI/MS, 2023.

GRÁFICO 5. PIRÂMIDE ETÁRIA DOS POVOS INDÍGENAS ALDEADOS NO RS.



Fonte: SIASI/SESAI/MS, 2023.

DADOS DEMOGRÁFICOS - ÍNDIGENAS ALDEADOS

Analisando os dados do Censo IBGE (2022) em comparação com a População Indígena Aldeada (SIASI, 2023), é possível verificar uma diferença significativa na concentração etária. Enquanto 80% da população indígena está concentrada até os 39 anos, na população geral isso representa 52%. O baixo número de idosos indica uma baixa qualidade de vida da população, com uma menor expectativa de vida, assim como em populações mais empobrecidas.

TABELA 2. GRUPO DE IDADE DA POPULAÇÃO GERAL DO RS EM COMPARAÇÃO COM A POPULAÇÃO INDÍGENA ALDEADA

| Grupo de idade | População RS (IBGE, 2022) | | | População Indígena Aldeada (SIASI, 2023) | | |
|-----------------|------------------------------|-------------------------------|--|--|-------------------------------|--|
| | População feminina (pessoas) | População masculina (pessoas) | % do grupo de idade em relação ao Total da População | População feminina (pessoas) | População masculina (pessoas) | % do grupo de idade em relação ao Total da População |
| 0 a 4 anos | 298843 | 310948 | 5,6% | 1537 | 1542 | 12,41% |
| 5 a 9 anos | 325131 | 340754 | 6,1% | 1367 | 1466 | 11,42% |
| 10 a 14 anos | 308669 | 322165 | 5,8% | 1270 | 1287 | 10,30% |
| 15 a 19 anos | 328536 | 340532 | 6,1% | 1302 | 1219 | 10,16% |
| 20 a 39 anos | 1596157 | 1558333 | 29,0% | 4454 | 4427 | 35,79% |
| 40 a 59 anos | 1538751 | 1420730 | 27,2% | 1864 | 1811 | 14,81% |
| 60 a 79 anos | 1032987 | 853611 | 17,3% | 513 | 480 | 4,00% |
| 80 anos ou mais | 198140 | 108678 | 2,8% | 171 | 105 | 1,11% |

Fonte: IBGE, 2022 e Sistema de Informação da Saúde Indígena (SIASI), 2023

CADASTRO

Segundo o Ministério da Saúde, o Cartão Nacional de Saúde (CNS) é um documento de identificação do usuário do SUS que possibilita a criação do histórico de atendimento de cada cidadão. O sistema do CNS identifica o indivíduo para garantir a cidadania, coordena informações para humanizar o atendimento e padroniza os procedimentos para democratizar o uso do recurso público.

Tanto os indígenas aldeados como os não aldeados devem realizar o cadastro, entretanto, apenas 67% dos indígenas aldeados estão cadastrados no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena.



Chama-se atenção para a importância da inserção dos indígenas nos cadastros e sistemas de informação como o Cartão Nacional de Saúde, a fim da visibilização desta população no planejamento de ações e serviços de saúde. Há 42 municípios no estado com indígenas aldeados que possuem menos de 50% desses cadastrados no CNS.

Quando analisamos as 24 regiões de saúde do estado com aldeias indígenas, apenas cinco delas registraram mais de 70% dos indígenas aldeados no CNS.

As Regiões de Saúde foram divididas em 3 grupos:

- Grupo 1: Regiões de Saúde que possuem de 71 a 100% dos indígenas cadastrados no CNS;
 - Regiões 1, 4, 11, 15 e 18
- Grupo 2: Regiões de Saúde que possuem de 41 a 70% dos indígenas cadastrados no CNS;
 - Regiões 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 16, 17, 20, 22 e 30
- Grupo 3: Regiões de Saúde que possuem de 5 a 40% dos indígenas cadastrados no CNS.
 - Regiões 8,21,23,25,26,27 e 29

CADASTRO

TABELA 3. MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS PARA CADASTRAMENTO DE INDÍGENAS NO CNS (MUNICÍPIOS COM PERCENTUAL DE CADASTRO ABAIXO DE 50%).

| Região de Saúde | Município | Aldeia | Quantitativo de indígenas (SIASI) | % Indígenas Cadastrados |
|-----------------|------------------------|---|-----------------------------------|-------------------------|
| 9 | Cristal | TAVAÍ | 24 | 0% |
| 26 | Farroupilha | ACAMPAMENTO FARROUPILHA - SÃO ROQUE | 3 | 0% |
| 8 | Capela de Santana | GOJ KUSÛG | 84 | 1% |
| 27 | Cachoeira do Sul | PIQUIRI (MINERAÇÃO) | 43 | 2% |
| 10 | Porto Alegre | MORRO DO OSSO | 121 | 3% |
| 15 | Erval Seco | TEKOA KA ÁGUY PORÃ (GENGIBRE - GENGIVA) | 104 | 4% |
| 10 | Porto Alegre | LOMBA KAINGANG | 159 | 4% |
| 20 | Redentora | CAPOEIRA DOS AMAROS | 73 | 4% |
| 21 | Pelotas | EGNY TIGIY (ACAMPAMENTO PELOTAS KAINGANG) | 58 | 5% |
| 21 | Rio Grande | GOJ TANH (HORTO RIO GRANDE) | 22 | 5% |
| 21 | Rio Grande | PARA ROKE (FEPAGRO) | 80 | 6% |
| 25 | Bento Gonçalves | ACAMPAMENTO BENTO GONÇALVES | 49 | 8% |
| 27 | Cachoeira do Sul | ACAMPAMENTO BR 290 | 12 | 8% |
| 23 | Canela | KURITY | 34 | 9% |
| 20 | Redentora | MISSÃO | 743 | 9% |
| 17 | Passo Fundo | ACAMPAMENTO AEROPORTO (PASSO FUNDO) | 68 | 10% |
| 9 | Eldorado do Sul | TAKUATY PORÃ (ACAMPAMENTO ELDORADO) | 9 | 11% |
| 21 | Pelotas | KAPPIIOVY | 9 | 11% |
| 10 | Porto Alegre | LOMBA KAINGANG II | 76 | 12% |
| 8 | Tabaí | PÓ MYG (TABAÍ) | 39 | 13% |
| 9 | Charqueadas | GUAJAVY (CAROLA) | 95 | 20% |
| 27 | Cachoeira do Sul | ARAÇATY (RS 135) | 47 | 21% |
| 12 | Salto do Jacuí | JULIO BORGES | 90 | 21% |
| 26 | Farroupilha | FARROUPILHA - SANTA RITA | 64 | 23% |
| 16 | Nonoai | VILA ALEGRE | 126 | 23% |
| 23 | Canela | JAG TYN FUI KOG | 34 | 24% |
| 12 | Salto do Jacuí | HORTO FLORESTAL | 68 | 28% |
| 21 | Rio Grande | YYREMBE | 7 | 29% |
| 29 | Cruzeiro do Sul | MUITOS COQUEIROS | 35 | 31% |
| 29 | Lajeado | FOXÁ (ACAMPAMENTO LAJEADO) | 141 | 31% |
| 27 | Caçapava do Sul | IRAPUÁ | 47 | 38% |
| 18 | Água Santa | ACAMPAMENTO FAXINAL | 28 | 39% |
| 6 | São Francisco de Paula | KONGLUI | 10 | 40% |
| 21 | Canguçu | GUAJAYVI POTY | 22 | 41% |
| 7 | São Leopoldo | POR FI GÃ (ACAMPAMENTO SÃO LEOPOLDO) | 218 | 41% |
| 30 | Estrela | JANÃ TY JANH (COQUEIRO) | 116 | 42% |
| 22 | Aceguá | PASSO DE MINA | 14 | 43% |
| 9 | Barra do Ribeiro | NHU'U POTY (FLOR DO CAMPO) | 45 | 44% |
| 16 | Nonoai | NONOAI - SEDE | 699 | 44% |
| 20 | Lajeado do Bugre | ACAMPAMENTO PASSO DO ÍNDIO | 91 | 45% |
| 9 | Sertão | ACAMPAMENTO SERTAO | 72 | 47% |
| 23 | Canela | YVYÃ PORÃ | 33 | 49% |

CADASTRO

Além dos cadastros do Cartão Nacional de Saúde (CNS) existem os cadastros no e-SUS, feitos na Atenção Primária à Saúde, fundamentais para as equipes de APS conhecerem seus territórios, demandas e vulnerabilidades. Segundo dados do Ministério da Saúde (setembro de 2023) apenas 9,35% da população indígena do estado está cadastrada. Cabe ressaltar, que a população aldeada, apesar de ser atendida preferencialmente pelas equipes de saúde indígena conforme previsto na Política Nacional, pode ser cadastrada também na APS município, quando por ela atendida. Se fizermos uma estimativa a partir apenas da população autodeclarada e não aldeada, os cadastros representariam apenas 55% da população.

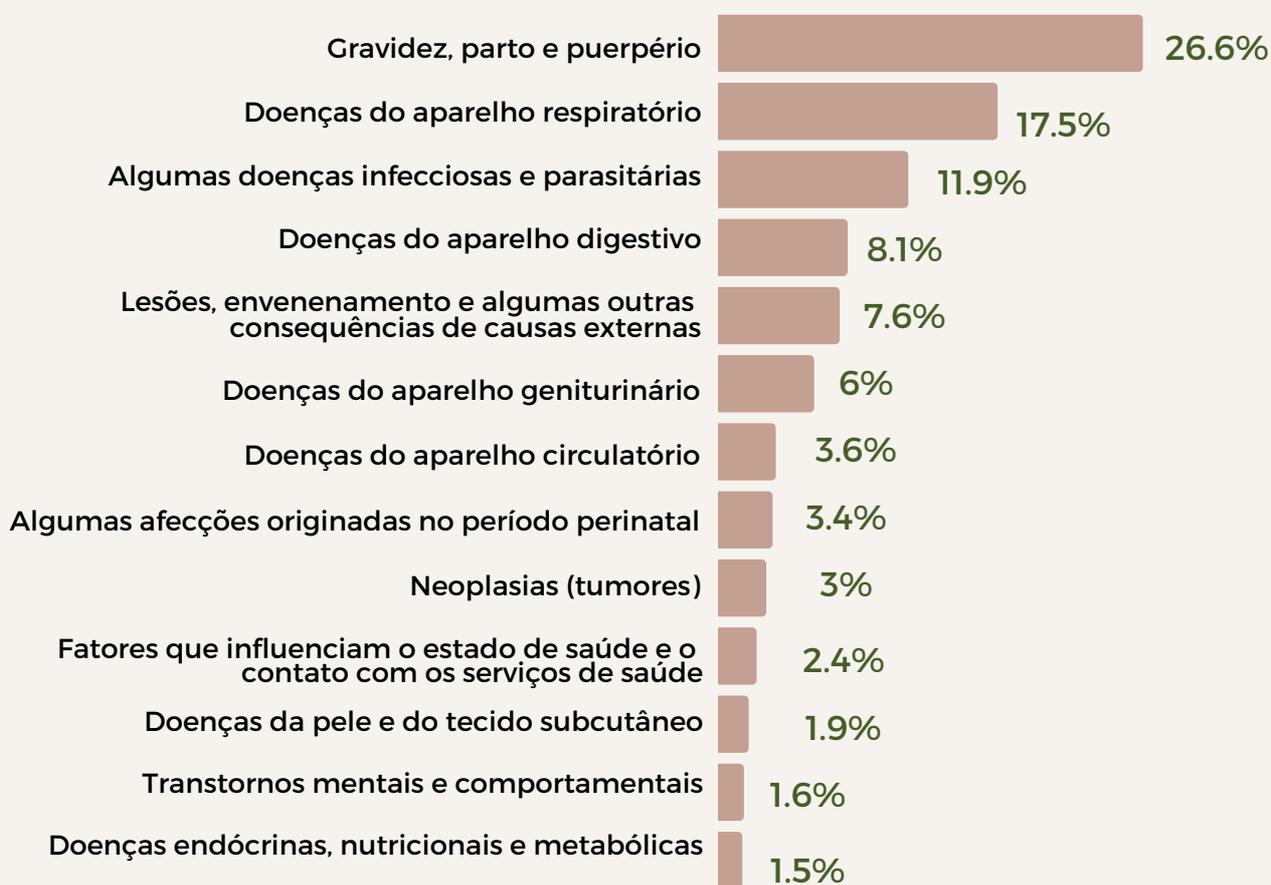
O preenchimento do quesito raça/cor é de extrema importância, visto que:

- Melhora a qualidade no atendimento da saúde, conhecendo-se quem necessita do mesmo;
- Monitora, elabora e implementa políticas públicas afirmativas voltada às populações específicas;
- Evita iniquidades no acesso e permanência nos serviços de saúde por consequência do racismo institucional;
- Reduz os impactos de determinadas doenças e agravos;
- Tornar os sistemas nacionais e locais de informação da saúde aptos a consolidar indicadores que traduzem os efeitos dos fenômenos sociais e das desigualdades sobre os diferentes segmentos populacionais;
- Contribui com a promoção de pesquisas com a base de dados consolidada.

MORBIDADE

Com relação as internações hospitalares, excluindo-se o grupo de internações por gravidez, parto e puerpério, as doenças do aparelho respiratório tem sido a principal causa de morbidade hospitalar, seguida das doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho digestivo.

GRÁFICO 5. PROPORÇÃO (%) DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES, SEGUNDO GRUPOS DE CAUSAS, ENTRE OS ANOS DE 2019 A 2022 DOS POVOS INDÍGENAS DO RIO GRANDE DO SUL



Fonte: Portal BI Saúde e SIH, 2023.

MORTALIDADE INFANTIL

A mortalidade infantil reflete as condições de vida de uma população. Por meio desse indicador estima-se o risco de um recém nascido vivo morrer antes de completar um ano de vida. Valores elevados refletem precárias condições de vida e saúde e baixo nível de desenvolvimento social e econômico.

No Rio Grande do Sul, segundo dados do Portal BI da Secretaria Estadual de Saúde, nos anos de 2019 a 2022, foram notificados 55 óbitos infantis de indígenas.

GRÁFICO 6. NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS INFANTIS DE CRIANÇAS INDÍGENAS NO RS DE 2019 A 2022.

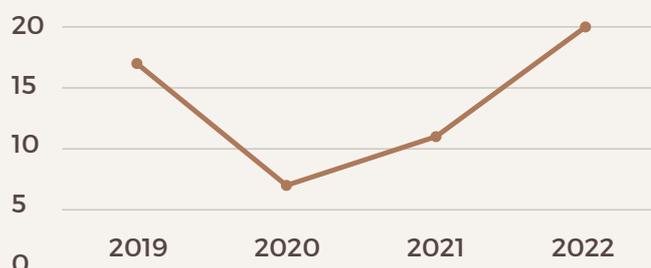


TABELA 4. MORTALIDADE DE CRIANÇAS FILHAS DE MÃES INDÍGENAS A CADA 1000 NASCIDOS VIVOS FILHAS DE MÃES INDÍGENAS E BRANCAS DO RS DE 2019 A 2022.

| ANO | Indígenas | Brancas |
|------|-----------|---------|
| 2019 | 23,6 | 10,7 |
| 2020 | 9,5 | 8,6 |
| 2021 | 13,8 | 9,6 |
| 2022 | 23,6 | 10,5 |

Fonte: Portal BI Saúde e SIM, 2023. (Dados preliminares)

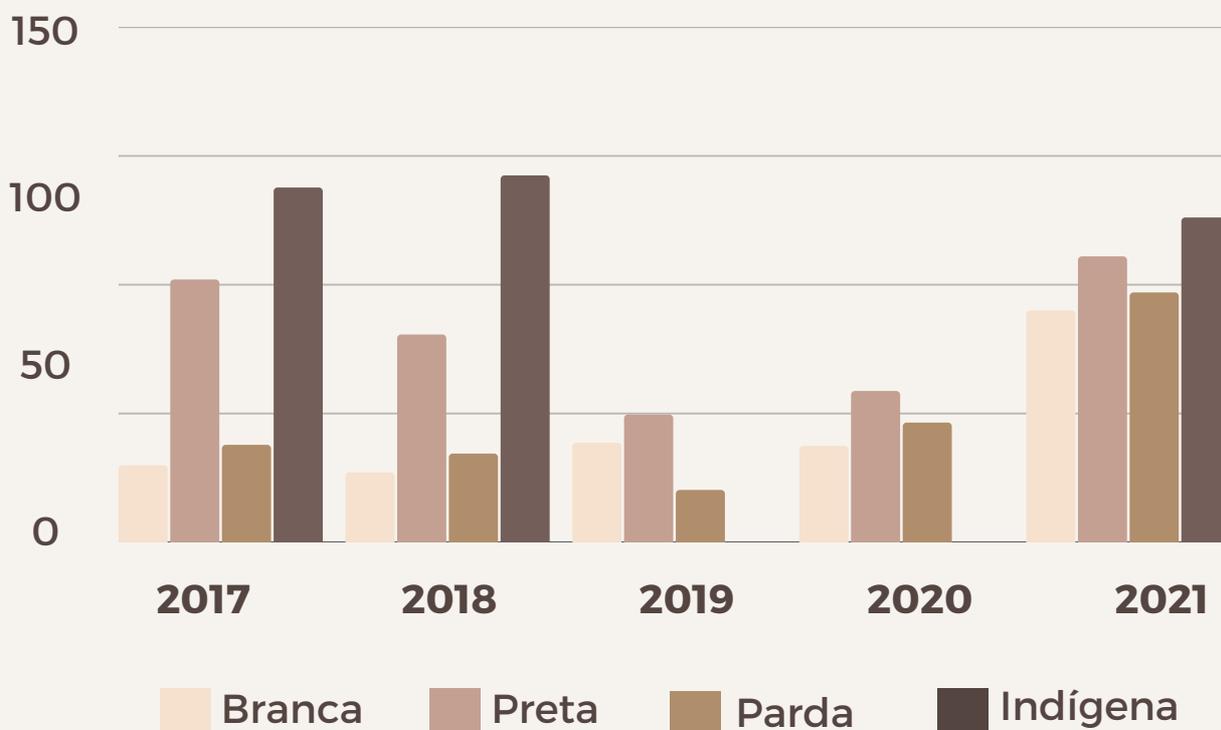
Os resultados do gráfico acima demonstram que antes de completar um ano de vida, 23,6 crianças de mães indígenas, a cada 1000 nascidas vivas no ano de 2019, vão a óbito, enquanto no mesmo ano, 10,7 crianças de mães brancas a cada 1000 nascidas vivas vão a óbito.

No ano de 2019 e 2022, crianças filhas de mães indígenas menores de um ano de vida morreram **2X** mais que as crianças filhas de mães brancas

MORTALIDADE MATERNA

Razão da Mortalidade Materna (RMM) é o principal indicador para avaliar a qualidade da assistência às mulheres durante o pré-natal, parto e nascimento e segundo os dados do Boletim Epidemiológico do Estado do RS Mortalidade Materna Infantil e Fetal, a RMM entre mulheres negras e indígenas foi **3X** maior do que mulheres brancas.

GRÁFICO 7. TAXA DE MORTALIDADE MATERNA ENTRE AS MULHERES BRANCAS, PRETAS, PARDAS E INDÍGENAS NO RS DE 2017 A 2021.



Fonte: Boletim Epidemiológico do Estado do RS, 2023.

Segundo o referido Boletim Epidemiológico do Estado do Rio Grande do Sul Mortalidade Materna Infantil e Fetal, no primeiro ano do período analisado, 2017, a razão da mortalidade materna entre mulheres indígenas foi de 137,71 a cada 100 mil nascidos vivos (NV).

Os dados socioeconômicos indicam que a mortalidade materna no Rio Grande do Sul é profundamente atravessada por iniquidades sociais. É preciso qualificar a atenção à saúde de mulheres negras e indígenas, não apenas no pré-natal e puerpério, mas em todos os ciclos de vida.

MORTALIDADE POR CAUSAS

Os dados sobre mortalidade foram extraídos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) que faz a vigilância epidemiológica nacional e tem o objetivo de captar dados sobre os óbitos do país a fim de fornecer informações sobre mortalidade para todas as instâncias do sistema de saúde. Sendo assim, os dados dependem da completude do preenchimento do campo raça/cor no momento da notificação dos óbitos.

As cinco principais causas de mortalidade na população indígena, entre 2019 e 2022, foram as doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias, causas externas de morbidade e mortalidade, neoplasias (tumores) e doenças do aparelho respiratório.

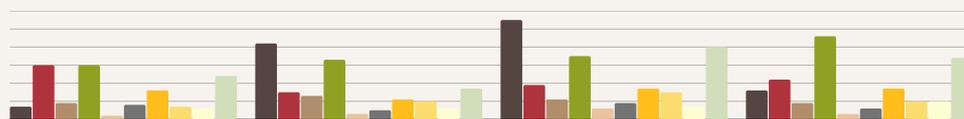
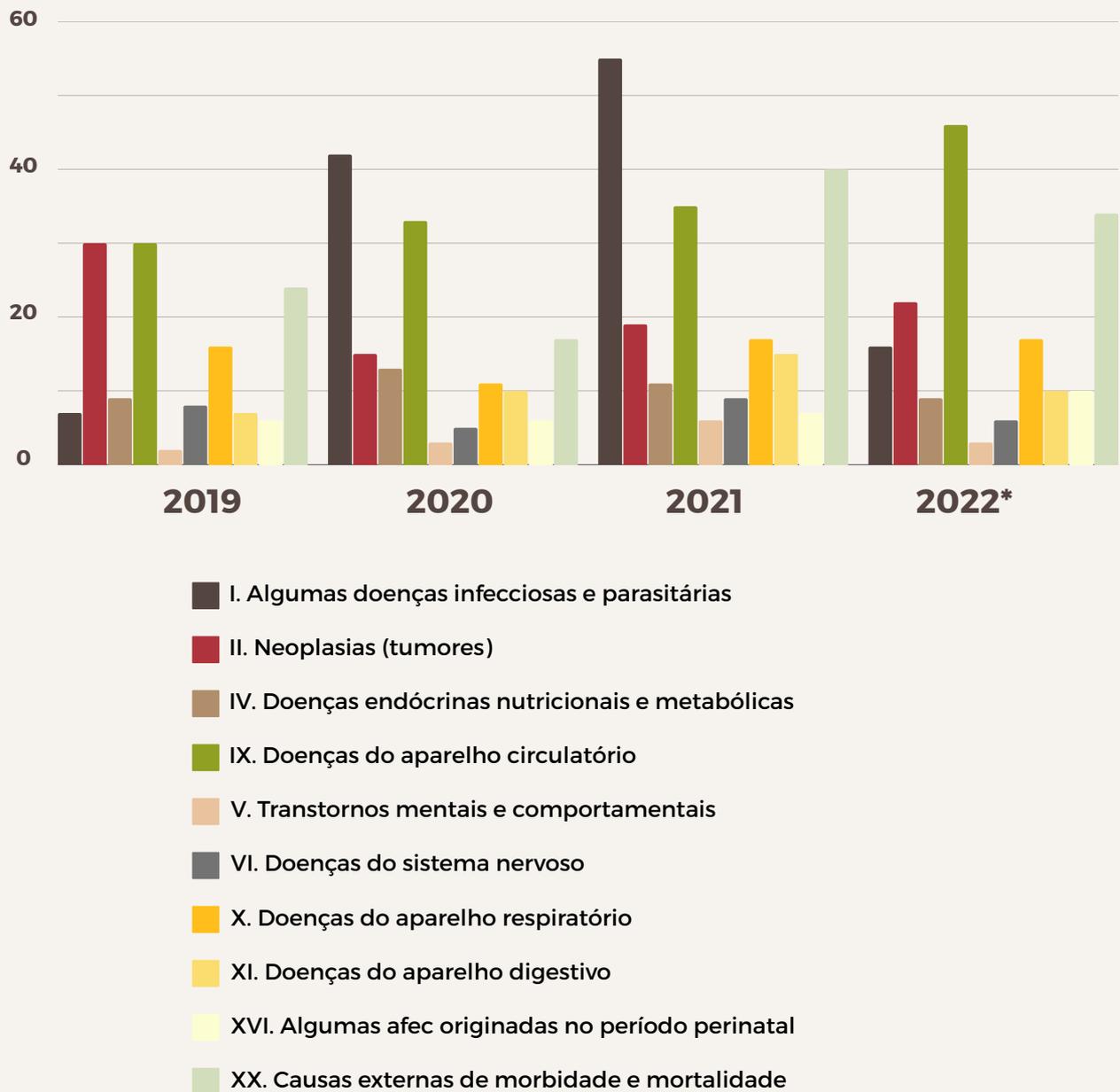
A análise da mortalidade por causas específicas, comparativamente entre as pessoas notificadas como “brancas” e “indígenas”, demonstram uma maior taxa, em indígenas, de causas de morte associadas ao ciclo de vida jovem-adulto, como se percebe nas tabelas 2 e 3 nas elevadas taxas de doenças originadas no período perinatal (média de 22 contra 6,7 na população branca), nos óbitos por transtornos mentais e comportamentais (média de 10,6 contra 9,7).

Isso também se expressa nas mortes por causas externas, sendo a média de 87,2 entre indígenas e de 70,2 na raça/cor branca. Sobre as causas externas, salienta-se os elevados índices de causas violentas como demonstram os relatórios do Conselho Indigenista Missionário (CIMI) de 2003 a 2021.

Há que se destacar, contudo, o maior índice de mortalidade na população branca comparada à população indígena em doenças mais prevalentes na pessoa idosa como neoplasias, doença do aparelho circulatório e doenças do sistema nervoso.

MORTALIDADE POR CAUSAS

GRÁFICO 8. SÉRIE HISTÓRICA DO NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR CAUSAS DOS POVOS INDÍGENAS DO RS DE 2019 A 2022.



*Segundo o Portal BI Saúde os dados do ano de 2022 são preliminares.

Fonte: Portal BI Saúde e SIM, 2023.

MORTALIDADE POR CAUSAS

TABELA 5. TAXA DE MORTALIDADE ESPECÍFICA (A CADA 100.000 HABITANTES) POR CAUSA DOS POVOS INDÍGENAS COMPARADA COM A POPULAÇÃO BRANCA DO RIO GRANDE DO SUL ENTRE OS ANOS DE 2019 A 2020.

| Causas de mortalidade | TMC 2019 Indígena | TMC 2019 Branca | TMC 2020 Indígena | TMC 2020 Branca |
|---|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------|
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 21.2 | 31.8 | 127.3 | 127.3 |
| II. Neoplasias (tumores) | 90.9 | 190.3 | 45.5 | 45.5 |
| IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 27.3 | 57.8 | 39.4 | 39.4 |
| V. Transtornos mentais e comportamentais | 6.1 | 6.9 | 9.1 | 9.1 |
| VI. Doenças do sistema nervoso | 24.3 | 45.4 | 15.2 | 15.2 |
| IX. Doenças do aparelho circulatório | 90.9 | 213.9 | 100.0 | 100.0 |
| X. Doenças do aparelho respiratório | 48.5 | 103.1 | 33.3 | 33.3 |
| XI. Doenças do aparelho digestivo | 21.2 | 37.8 | 30.3 | 30.3 |
| XVI. Algumas afec originadas no período perinatal | 18.2 | 7.9 | 18.2 | 18.2 |
| XX. Causas externas de morbidade e mortalidade | 72.8 | 70.6 | 51.5 | 51.5 |

Fonte: Portal BI Saúde e SIM, 2023.

MORTALIDADE POR CAUSAS

TABELA 6. TAXA DE MORTALIDADE ESPECÍFICA (A CADA 100.000 HABITANTES) POR CAUSA DOS POVOS INDÍGENAS COMPARADA COM A POPULAÇÃO BRANCA DO RIO GRANDE DO SUL ENTRE OS ANOS DE 2021 A 2022.

| Causas de mortalidade | TMC 2021 Indígena | TMC 2021 Branca | TMC 2022 Indígena | TMC 2022 Branca |
|---|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------|
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 166.7 | 291.2 | 48.5 | 81.8 |
| II. Neoplasias (tumores) | 57.6 | 191.5 | 66.7 | 198.1 |
| IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 33.3 | 63.2 | 27.3 | 66.4 |
| V. Transtornos mentais e comportamentais | 18.2 | 9.5 | 9.1 | 14.3 |
| VI. Doenças do sistema nervoso | 27.3 | 48.8 | 18.2 | 57.6 |
| IX. Doenças do aparelho circulatório | 106.1 | 221.1 | 139.4 | 243.9 |
| X. Doenças do aparelho respiratório | 51.5 | 80.4 | 51.5 | 111.8 |
| XI. Doenças do aparelho digestivo | 45.5 | 39.7 | 30.3 | 42.0 |
| XVI. Algumas afec originadas no período perinatal | 21.2 | 6.3 | 30.3 | 6.2 |
| XX. Causas externas de morbidade e mortalidade | 121.3 | 71.2 | 103.1 | 72.8 |

Fonte: Portal BI Saúde e SIM, 2023.

MORTALIDADE POR CAUSAS

Quando comparamos as taxas de mortalidade específica da população indígena com a branca, conforme demonstrado na tabela 5 e 6, podemos perceber maiores taxas em:

Doenças infecciosas e parasitárias no ano de 2020;

Transtornos mentais e comportamentais no anos de 2020 e 2021;

Doenças do aparelho digestivo no ano de 2021;

Afecções originadas no período perinatal nos anos de 2019 a 2022;

Causas externas de morbidade e mortalidade nos anos de 2019, 2021 e 2022;

GRÁFICO 9. DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS DOS POVOS INDÍGENAS ENTRE OS ANOS DE 2019 E 2022.



Fonte: SES/RS- Painel da Dengue RS/ IBGE - Censo 2022.

DENGUE

O cenário da situação da dengue no estado do Rio Grande do Sul tem agravado nos últimos anos, com aumento do número de casos e de óbitos. Em 2019, havia 1.438 casos confirmados de dengue no estado, em 2022 o quantitativo passou para 67.332 casos e neste ano, até a data de 9 de abril de 2024, um número alarmante de 51.331 casos confirmados da doença. Com este cenário, o governo do Estado do RS decretou situação de emergência para enfrentamento da epidemia.

Ao que se refere as comunidades indígenas, quando olhadas as notificações para dengue em 2019, apenas 3 casos confirmados eram de indígenas autodeclarados, enquanto até abril deste ano são 558 casos confirmados em indígenas. A taxa de casos de dengue confirmados na população não indígena no RS (população total subtraída da população indígena) era de 468 casos para cada 100 mil habitantes, enquanto que nos indígenas essa taxa é de 1632 casos para cada 100mil habitantes. Cabe destacar que nos últimos cinco anos (2019 até 2023) a taxa de casos confirmados nos indígenas era inferior à taxa dos não indígena, mas no ano de 2024 esse padrão foi invertido. A taxa de casos confirmados dos indígenas em 2024 (dados parciais) foi 3,5 vezes maior do que a taxa na população não indígena (Gráfico 10).

GRÁFICO 10. TAXA DE CASOS CONFIRMADOS DE DENGUE (POR 100.000 HABITANTES) NOS POVOS INDÍGENAS E EM NÃO INDÍGENAS (RS, 2019-2024*).



Fonte: SES/RS- Painel da Dengue RS/ IBGE - Censo 2022.

*Taxa de 2024 calculada com base no nº de casos confirmados até o dia 09 de abril de 2024, considerado a população do censo de 2022 para todo o período.

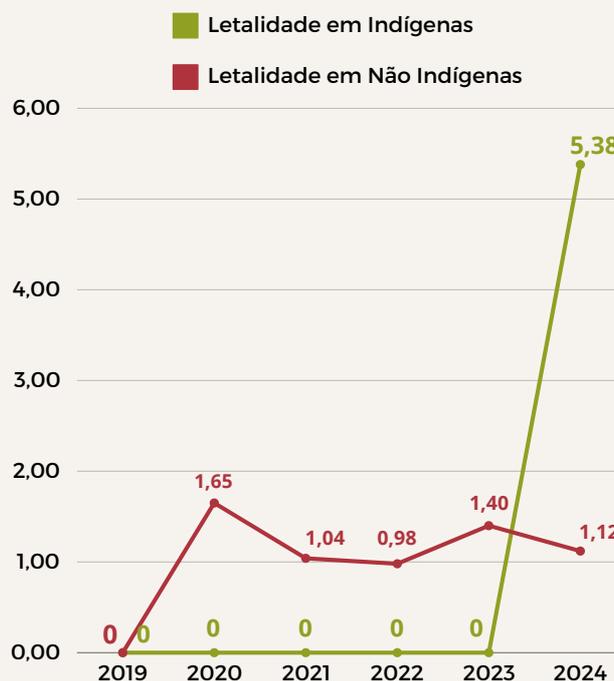
DENGUE

A concentração dos casos de dengue entre os indígenas (87,46%) está localizada em dois municípios situados na região norte do estado, onde está localizada a Terra Indígena do Guarita, maior reserva indígena do estado. Esta grave situação epidêmica também está presente na população geral destes locais.

Vale salientar o perfil endêmico da dengue, que ocorre mais em áreas urbanas devido fatores como a maior densidade populacional. Levando em consideração que a maior parte dos indígenas estão situados em áreas rurais, estes deveriam apresentar menor risco para se infectar por dengue.

Quando analisados os óbitos por dengue a partir da taxa de letalidade em 2024, que representa o número de mortes por dengue dentre os casos confirmados, podemos observar que no RS essa taxa é 5 vezes maior nos indígenas em relação aos não indígenas, ou seja, quando infectados, os indígenas apresentaram maior probabilidade de morrer por dengue. Nos anos anteriores a letalidade em indígenas foi nula, tendo em vista que não houve mortes indígenas por esta condição, enquanto para a população não indígena a taxa era em torno de 1 a 2 mortes por dengue a cada 1000 casos confirmados (Gráfico 11). Essa maior taxa de letalidade na população indígena no estado é reflexo de uma série de elementos como dificuldade de acesso à rede de saúde e falta de saneamento básico, déficits na coleta de lixo, reservatórios de água de forma inadequada em virtude de grandes períodos de estiagem e evidencia a necessidade de qualificação dos profissionais da rede para prevenção, manejo clínico e estabelecimento de fluxos de atendimento mais consistentes, além de ações intersetoriais para melhora das condições de vida da população.

GRÁFICO 11. LETALIDADE DA DENGUE (POR 1.000 HABITANTES) EM INDÍGENAS E NÃO INDÍGENA (RS, 2019-2024*).



Fonte: SES/RS- Painel da Dengue RS/ IBGE - Censo 2022.

*Letalidade em 2024 calculada com base nos dados disponíveis até o dia 10 de abril de 2024. Para o cálculo da taxa foram considerados o número de óbitos e de casos confirmados em população indígena ou não indígena (população total subtraída população indígena).

SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIAS

Na tabela 7 observa-se que há um aumento no número absoluto tanto das violências quanto das tentativas de suicídio dos povos indígenas conforme os anos de referência.

TABELA 7. SÉRIE HISTÓRICA DE 2019 A 2022 DO NÚMERO ABSOLUTO DE VIOLÊNCIAS, TENTATIVAS DE SUICÍDIO E ÓBITOS POR SUICÍDIO. DADOS: SIASI/SESAI/MS, 2023.

| Ano | Violência | Tentativas de suicídio | Óbitos por suicídio |
|------|-----------|------------------------|---------------------|
| 2019 | 71 | 17 | 5 |
| 2020 | 83 | 13 | 0 |
| 2021 | 85 | 16 | 1 |
| 2022 | 196 | 22 | 6 |

VIOLÊNCIAS CONTRA INDÍGENAS

2021

1 casa de reza queimada;
1 caso de violência sexual contra indígenas;
4 casos de homicídio culposo contra indígenas;
2 casos de feminicídios;
6 casos de assassinatos (SIM);
9 casos de invasões possessórias, exploração ilegal de recursos naturais e danos diversos ao patrimônio;
27 casos de conflitos relativos a direitos territoriais.

2022

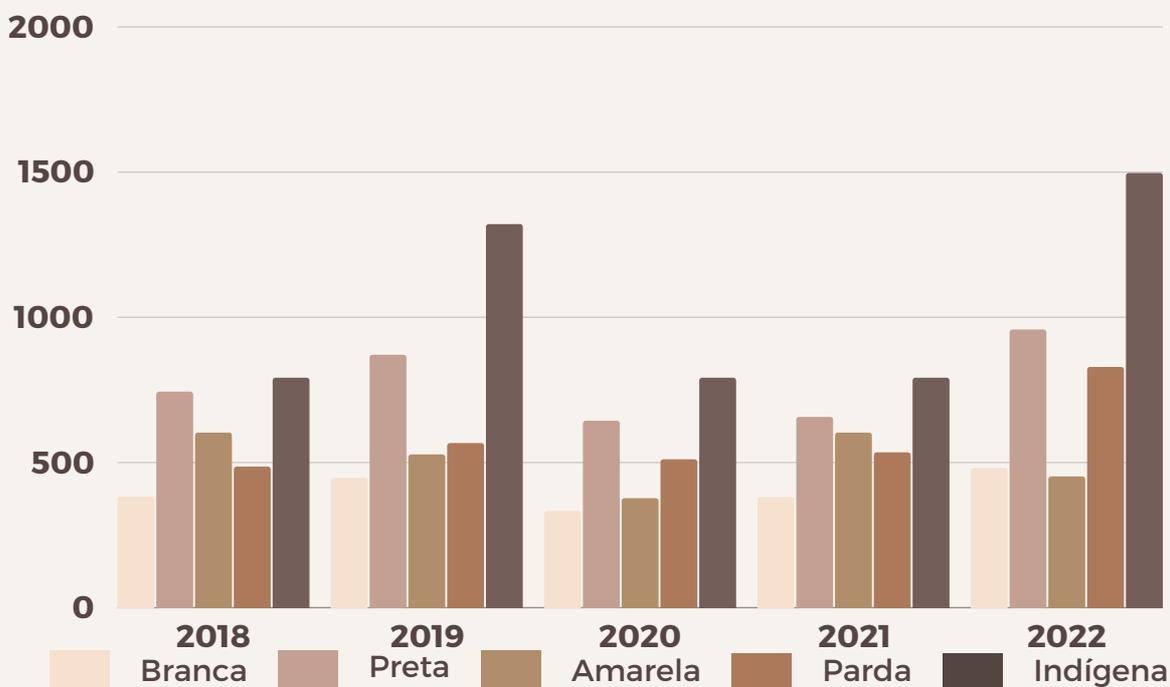
1 caso de ameaça de morte;
6 casos de ameaças diversas;
2 casos de homicídio culposo contra indígenas;
1 caso de racismo e discriminação étnico-cultural;
4 casos de assassinatos;
2 casos de abuso de poder;
27 casos conflitos relativos a direitos territoriais.

Fonte: RELATÓRIO – Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil – Dados de 2021
RELATÓRIO – Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil – Dados de 2022

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Com relação à composição racial das notificações de violência contra a mulher, em números absolutos, a raça/cor mais declarada foi a branca (64.722 casos no período), seguida por parda (8.518 casos no período) e preta (6.109 casos no período). Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Mensal, em 2019 existiam 11.35 milhões de habitantes gaúchos, entre as mulheres, 79.9% se declararam brancas, 13.9% pardas e 5.9% pretas. Contudo, quando visualizamos a estratificação dos dados das notificações de violência de acordo com a taxa populacional, conforme o Gráfico 12, percebemos que a população mais atingida é a indígena, demonstrando os números mais elevados em todos os anos analisados (1.091,7 em 2018; 1.294,2 em 2019; 1.091,7 em 2020; 783,6 em 2021 e 1.796,1 em 2022). Já a segunda população com maior número de notificações, entre os anos de 2018 e 2021, foi a população negra, atingindo seu pico em 2019, com 762,6. Em 2022, a população amarela foi aquela com a segunda maior taxa de notificações (678,3).

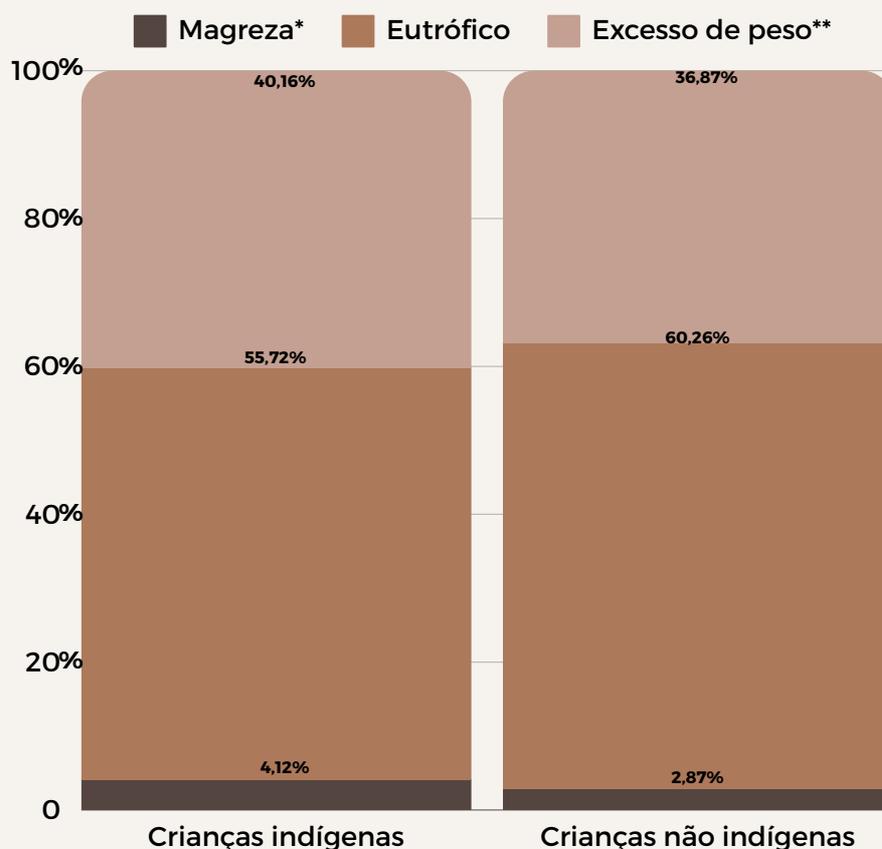
GRÁFICO 12. TAXA MÉDIA POR 100 MIL HAB. DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MENINAS E MULHERES ENTRE 10 E 59 ANOS, POR RAÇA/COR, 2018 A 2022, RS.



ESTADO NUTRICIONAL

Dentre os beneficiários do Bolsa Família avaliados no ano de 2023, as crianças menores de cinco anos indígenas, quando comparadas as não indígenas se assemelham em quadros de má nutrição (magreza e excesso de peso). Cerca de 40% das crianças apresentam excesso de peso e 4% de magreza nas crianças indígenas.

GRÁFICO 13. RELATÓRIO DO ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS INDÍGENAS E CRIANÇAS NÃO INDÍGENAS MENORES DE CINCO ANOS BENEFICIÁRIAS DO PBF. RS, 2023.



*Magreza corresponde a soma dos estados de magreza acentuada e magreza.

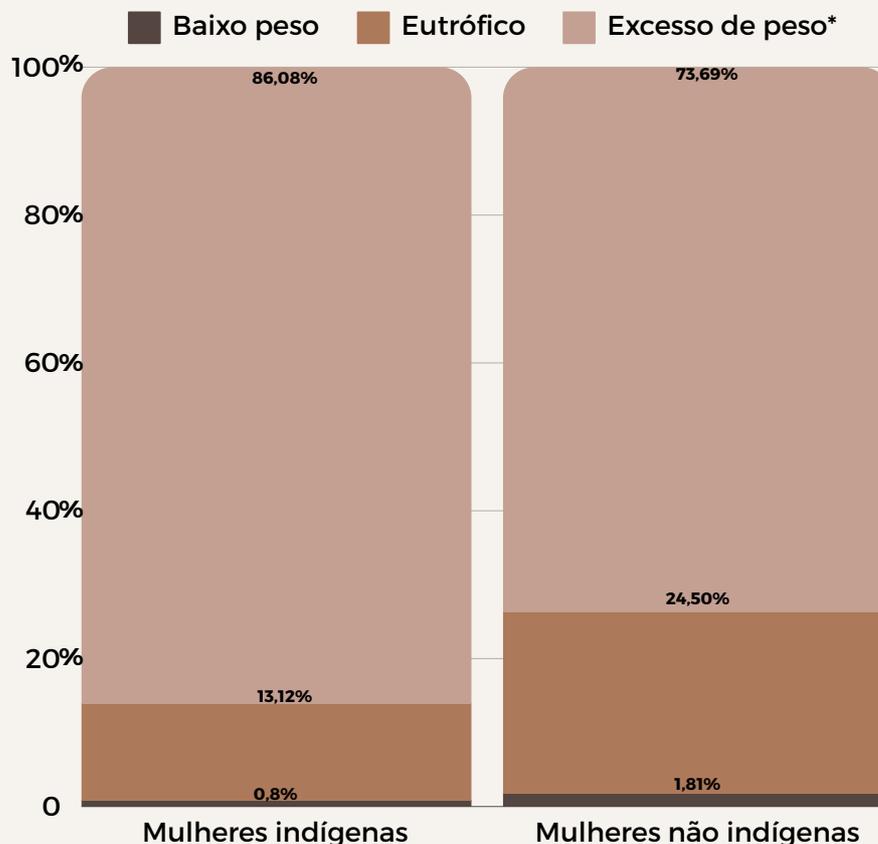
**Excesso de peso corresponde a soma dos estados de: risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade.

Fonte: Sisvan - Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Filtros: Mulheres, adultas, bolsa família.

Ao analisarmos os dados referentes as mulheres adultas beneficiárias do bolsa família há uma maior presença de má nutrição, em especial de excesso de peso, nas mulheres indígenas, quando comparadas às não-indígenas. Cerca de 86% das mulheres indígenas encontram-se em estados nutricionais de excesso de peso, enquanto nas mulheres não indígenas esse dado é de aproximadamente 70%.

ESTADO NUTRICIONAL

GRÁFICO 14. RELATÓRIO DO ESTADO NUTRICIONAL DE MULHERES INDÍGENAS E MULHERES NÃO INDÍGENAS BENEFICIÁRIAS DO PBF. RS, 2023.



*Excesso de peso corresponde a soma dos estados de: sobrepeso, obesidade grau I, obesidade grau II e obesidade grau III.

Fonte: Sisvan - Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Filtros: Mulheres, adultas, bolsa família.

Estes dados se aproximam da realidade identificada nos territórios a partir de visitas in loco feitas pela SES/RS. A monotonia alimentar e o alto consumo de ultraprocessados são identificados pelos profissionais que atuam na saúde indígena nas aldeias do estado. Além disso, nos últimos anos, constata-se situações de insegurança alimentar nas aldeias, o que reverberou em iniciativas excepcionais da SES/RS na compra de alimentos, como no período da Pandemia de COVID-19 e também no pós-pandemia. Essas ações seguem atualmente, buscando-se articular diferentes setores e instituições para a resolução da situação.

ANÁLISE SITUACIONAL

O diagnóstico da saúde indígena no estado apresentado neste plano alerta para importantes diferenças nos indicadores de saúde entre os povos indígenas e a população em geral, como os índices de violência, mortalidade infantil, mortalidade materna e letalidade por dengue. Além disso, os povos indígenas são vulnerabilizados pela extrema pobreza, dificuldade no processo de demarcação de terras, falta de saneamento básico, habitações precárias, fome, discriminação e agravos em saúde mental.

Esse agravamento nos determinantes sociais é potencializado pela dificuldade na implementação de políticas públicas, como a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), que deve ser priorizada em território nacional pelos três entes federados. Para isso, entende-se fundamental a difusão de dados e informações referentes a essa população, como o propósito desse Plano. A partir da Lei nº 9.836 de 1999, deve-se construir soluções também do papel complementar dos municípios na saúde indígena, a fim de qualificar todos os níveis de atenção tanto para os indígenas vivendo nas cidades, como nos acampamentos ou aldeias.

Outros importantes desafios estão postos como desenvolver a atenção diferenciada na média e alta complexidade, a interoperabilidade entre os sistemas de informação, superar a rotatividade e a falta de profissionais na assistência, superar barreiras de acesso aos medicamentos e exames. Também é imprescindível executar obras de saneamento básico e infraestrutura das aldeias, uma política permanente de segurança alimentar e nutricional para os indígenas e qualificar a formação de profissionais, criando espaço para residências e estágios na atenção à saúde indígena.

Os Indígenas apresentaram as menores taxas de cadastro no e-SUS em relação à população branca e negra. Essa população enfrenta diversas barreiras no acesso aos serviços de saúde, dentre elas a questão etnocultural, linguística e a vulnerabilização às quais estão expostos.

Salienta-se que os indígenas aldeados são cadastrados no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), sistema próprio do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Destaca-se a necessidade de integração dos indígenas enquanto munícipes nos sistemas de informação, assim como no acesso aos serviços e nas ações para a superação das lacunas e a melhoria dos indicadores epidemiológicos.

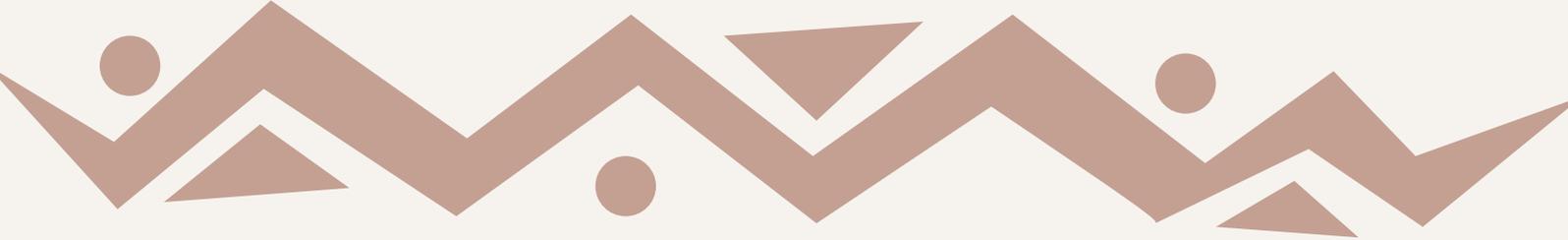
A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO ESTADO

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) tem como propósito garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral em saúde, prevendo a atuação dos estados e municípios de forma complementar e articulada com a Secretaria de Saúde Indígena (SESAI). Entretanto, esse papel complementar não está suficientemente descrito nas legislações e documentos técnicos. A SESAI é responsável pelo cuidado intercultural e integral dos indígenas e, no RS, organiza sua descentralização por meio do Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul (DSEI-ISul). Sediado em Santa Catarina, o DSEI-ISul é o responsável pelas equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) no Estado.

No Rio Grande do Sul, a estrutura de oferta de assistência da SESAI está prioritariamente vinculada à Atenção Primária à Saúde (APS). Para o atendimento na APS, de forma a respeitar as especificidades das culturas indígenas, as equipes são compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal, agentes de saúde indígena e agentes indígenas de saneamento. Além disso, está previsto o apoio matricial de psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, antropólogos e nutricionistas.

A configuração da Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no estado tem se dado de modo heterogêneo, sem parâmetros e carga horária definidas. Há comunidades que possuem EMSI atuando diariamente, com equipe fixa de referência, enquanto em outras, essa atuação é volante, em determinados dias e/ou turnos da semana. Sendo assim, o cuidado, muitas vezes, se dá de forma compartilhada com a APS municipal. A APS resolutiva é fundamental para o cuidado integral e longitudinal, principalmente para os povos indígenas que vivenciam situações de vulnerabilidade, falta de saneamento e insegurança alimentar resultante de um processo histórico de iniquidades.

Com relação à atenção ambulatorial e hospitalar a Rede de Atenção à Saúde Indígena, fica sob responsabilidade dos municípios e do estado as pactuações de regionalização dos serviços.



Capítulo II

POLÍTICA ESTADUAL DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL (POPES)

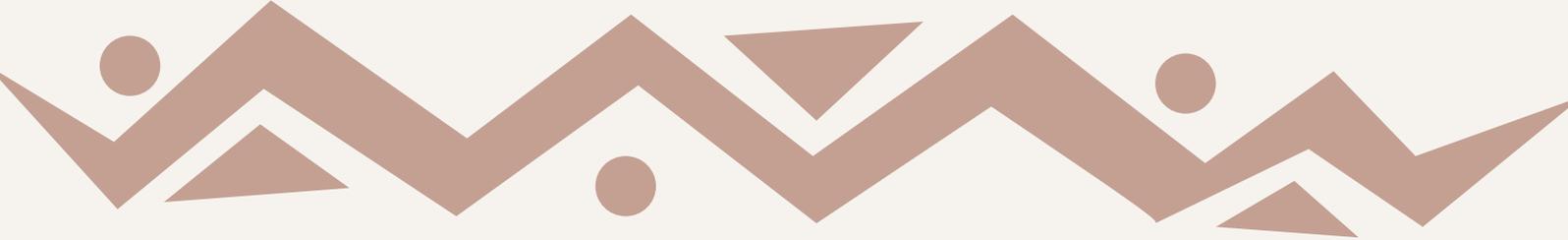
POLÍTICA ESTADUAL DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL

A Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde do Rio Grande do Sul (POPES) é pioneira no país e propõe um trabalho transversal e interseccional no enfrentamento das iniquidades sociais presentes no SUS. Ela reúne, inicialmente, oito populações em situação de vulnerabilidade, que possuem necessidades de ações semelhantes no que se refere ao acesso e qualidade aos serviços de saúde.

Para fins desta política são consideradas como populações específicas, entre outras: população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais (LGBT), povos indígenas, população em situação de rua, população negra, povos ciganos, população privada de liberdade, egressos do sistema prisional, população de migrantes, refugiados e apátridas e população do campo, da floresta e das águas. Dentre seus objetivos, estão descritos:

- I. Desenvolver mecanismos de acesso diferenciados, visando o cuidado integral para populações específicas;
- II. Combater o racismo, o racismo institucional, a discriminação e todas as formas de preconceito nos serviços de saúde;
- III. Qualificar e humanizar a atenção à saúde por meio de ações conjuntas e intersetoriais que considerem os determinantes sociais em saúde;
- IV. Promover a produção e disseminação de indicadores, conhecimentos científicos e tecnológicos;
- V. Reconhecer e incorporar conhecimentos da educação popular em saúde na atenção à saúde de populações específicas;
- VI. Contribuir para a formação de recursos humanos utilizando-se de estratégias de educação permanente;
- VII. Enfrentamento à violência contra as populações específicas nos distintos ciclos de vida.

A Divisão de Políticas de Promoção da Equidade, do Departamento de Atenção Primária à Saúde e Políticas de Saúde da SES planeja, acompanha e monitora sistematicamente a implementação desta inédita Política no País.



Capítulo III

RESPONSABILIDADES DA ESFERA FEDERAL, ESTADUAL E MUNICÍPIOS NA SAÚDE INDÍGENA

RESPONSABILIDADES

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) tem como propósito garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, prevendo a **atuação dos estados e municípios de forma complementar** e articulada com a Secretaria de Saúde Indígena (SESAI). Contudo as competências dos estados e municípios não estão suficientemente descritas nas legislações e documentos técnicos referentes à saúde dos povos indígenas.

Tendo em vista as iniquidades em saúde vividas pelos povos indígenas no estado, considerando as necessidades específicas desta população e visando garantir o cuidado oportuno nos diferentes pontos da rede, o estado do Rio Grande do Sul, se compromete com as responsabilidades descritas a seguir, publiciza as atribuições do Ministério da Saúde e do DSEI e recomenda atribuições para os municípios com relação à saúde indígena tanto de indígenas aldeados como não aldeados, a fim de superar os desafios impostos.

Portaria nº 70 de 20 de Janeiro de 2004 - Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena

Art. 2º Ao Ministério da Saúde compete:

I - Formular, aprovar e normatizar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;

Decreto nº 11.798 de 28 de novembro de 2023 - Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança.

Art. 46. À Secretaria de Saúde Indígena compete:

I - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, observados os princípios e as diretrizes do SUS;

II - fomentar a implementação de políticas de promoção à saúde para a população indígena no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, em articulação com as demais Secretarias do Ministério;

III - desenvolver mecanismos de gestão, controle, enfrentamento, monitoramento e avaliação das ações destinadas à organização e à implementação das políticas estruturantes para o fortalecimento da atenção primária à saúde das populações indígenas no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

IV - coordenar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos povos indígenas e a sua integração ao SUS;

V - estabelecer diretrizes e promover o fortalecimento da gestão nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;

VI - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações de atenção integral à saúde da população indígena no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

VII - orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde, de acordo com as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena, em consonância com as políticas e os programas do SUS, com as práticas de saúde e com as medicinas tradicionais indígenas, e a sua integração com as instâncias assistenciais do SUS na região e nos Municípios que compõem cada Distrito Sanitário Especial Indígena;

VIII - promover o aperfeiçoamento contínuo das equipes multidisciplinares que atuam no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

IX - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações referentes ao saneamento e às edificações de saúde indígena;

X - promover ações para o fortalecimento da participação dos povos indígenas no SUS;

XI - incentivar a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena;

XII - promover e apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde indígena;

XIII - identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena;

XIV - promover e coordenar as ações de saúde digital para a população indígena no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; e

XV - planejar e acompanhar as aquisições de bens, serviços e insumos estratégicos para a saúde no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Portaria nº 70 de 20 de Janeiro de 2004

Art. 6º Ao Distrito Especial de Saúde Indígena (DSEI), compete:

I - Planejar, coordenar, e executar as ações integrais de saúde na área de abrangência do distrito sanitário especial indígena;

II - Executar o fluxo de referência e contra referência de pacientes no distrito sanitário a serviços de média e alta complexidade;

III - Acompanhar e avaliar todas as ações de saúde desenvolvidas em sua área de abrangência com base em indicadores de saúde e desempenho;

IV - Avaliar e controlar a qualidade da assistência prestada em seu território de abrangência;

V - Alimentar os sistemas de informação da saúde indígena e consolidar as informações epidemiológicas e de saúde referentes à sua área de abrangência;

VI - Propor e executar programas e ações emergenciais, fundamentados em dados epidemiológicos;

VII - Assegurar as condições para a implantação e implementação do Conselho locais de saúde indígena;

VIII - Articular as práticas de Saúde Indígena com a medicina tradicional, respeitando as características culturais indígenas;

IX - Executar em conjunto com o Setor de Engenharia e Saúde Pública o Saneamento e a Vigilância Ambiental;

X - Executar em conjunto com Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde as ações de educação em saúde;

XI - Fortalecer o controle social por intermédio dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde Indígena;

XII - O chefe do DSEI é a autoridade sanitária responsável pela saúde na área de abrangência do Distrito; e

XIII - Executar atividades administrativas relativas às ações de saúde indígena, nos termos fixados pela Presidência da FUNASA.

No âmbito do Distrito Sanitário Indígena (DSEI) responsável pelos indígenas aldeados do Rio Grande do Sul, o DSEI - Interior Sul, foram firmadas competências para atuação conjunta com a SES e as SMS.

São competências do DSEI Interior Sul na relação com a SES e SMS do estado do Rio Grande do Sul:

1. Participar da construção de prioridades para aplicação dos incentivos financeiros destinados aos indígenas em conjunto com suas lideranças, estado e municípios;
2. Garantir espaços para discussão de caso em articulação com a rede do município, lideranças indígenas, Secretária Municipal de Saúde e outros órgãos para a garantia de proteção e cuidado dessa população;
3. Compartilhar com o estado e municípios dados demográficos e epidemiológicos dos povos indígenas;
4. Apoiar e compor capacitações das equipes municipais sobre saúde dos povos indígenas;
5. Construir, em conjunto com os municípios, fluxos assistenciais necessários para o atendimento integral dos povos indígenas;
6. Compor espaços permanentes de diálogo com a SES;
7. Compor reunião de Comissão Intergestores Regional (CIR).

São competências da SES para atuação de modo complementar na saúde indígena no estado do Rio Grande do Sul:

1. Estabelecer referências nas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) para a política de saúde dos povos indígenas;
2. Apoiar tecnicamente os municípios que possuem indígenas aldeados que são atendidos pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena da SESAI, assim como aqueles que possuem indígenas autodeclarados (não aldeados);
3. Apoiar na articulação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), estabelecendo fluxos em conjunto com a SESAI, município e demais pontos de atenção;
4. Cofinanciar serviços e ações de saúde para atenção à saúde integral e diferenciada aos povos indígenas, de modo a garantir o acesso, reduzir as vulnerabilidades, qualificar a atenção primária e especializada e fortalecer o controle social;
5. Identificar, em conjunto com o DSEI-ISUL, o perfil demográfico e epidemiológico dos povos indígenas do estado.
6. Garantir o monitoramento, avaliação e divulgação das informações relativas à saúde dos povos indígenas;
7. Apoiar na capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde para atenção diferenciada aos povos indígenas;
8. Articular intersetorialmente demandas relacionadas aos determinantes e condicionantes de saúde, considerando as particularidades de cada território;
9. Fomentar a participação das comunidades indígenas na construção e monitoramento das políticas correlatas;
10. Estabelecer fluxos de articulação entre Secretaria Estadual de Saúde e o DSEI-ISul para construção de estratégias de qualificação da saúde dos povos indígenas no estado;

11. Implementar a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde;
12. Compor grupos de trabalho, comissões, conselhos que discutam intersetorialmente questões relativas à saúde dos povos indígenas;
13. Apoiar na articulação com os municípios para garantia de atendimento intercultural aos indígenas aldeados e não aldeados;
14. Garantir o atendimento em saúde às comunidades indígenas, independente do título de posse das terras.

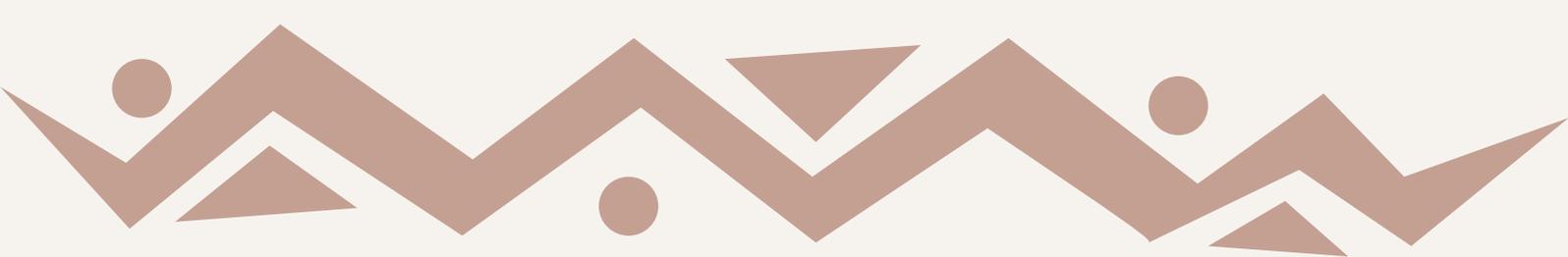
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Sugere-se as seguintes atribuições para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) para atuação de modo complementar na saúde indígena:

1. Reconhecer os indígenas como munícipes, garantindo o acesso em todos os pontos de atenção à saúde;
2. Garantir a saúde integral aos povos indígenas, independente da regularidade fundiária da ocupação de terras;
3. Instituir e nomear referência municipal para a política de saúde dos povos indígenas em todos os municípios com comunidades indígenas;
4. Construir espaços de diálogo permanente com as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, a fim de compreender as demandas da equipe e definir as responsabilidades de cada esfera para o compartilhamento do cuidado no território;
5. Identificar o perfil demográfico e epidemiológico dos povos indígenas do seu território;
6. Construir e pactuar, junto à SESAI e SES, fluxos de referência e contrarreferência aos povos indígenas, nas linhas de cuidado, nos diferentes níveis de atenção;
7. Programar, em plano municipal de saúde, as ações da Atenção Primária à Saúde, Atenção Ambulatorial e Especializada e Atenção Hospitalar para os povos indígenas;
8. Cofinanciar serviços e ações de saúde voltadas aos povos indígenas, de modo a contribuir na efetivação da atenção diferenciada e do trabalho em contexto intercultural;
9. Monitorar, em conjunto com SESAI, Lideranças Indígenas e CRS, os incentivos financeiros estaduais destinados aos povos indígenas;
10. Priorizar o acesso à programas de proteção e promoção à saúde dos povos indígenas, a exemplo do Primeira Infância Melhor, Bolsa Família, Cadastro Único, entre outros;
11. Monitorar, avaliar e divulgar informações relativas à saúde dos povos indígenas para subsidiar a tomada de decisão local e o controle social;
12. Em municípios com comunidades indígenas, estimular esta representação no Conselho Municipal de Saúde;

SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

13. Realizar formações e educação permanente dos profissionais de saúde da rede municipal para o trabalho em contexto intercultural com foco na atenção diferenciada;
14. Promover espaços para discussão de caso com SESAI, lideranças, SMS, estimulando a participação de outros órgãos afins, como Funai, assistência social e educação;
15. Manter reuniões periódicas com a SESAI para discussão de casos e compartilhamento do cuidado e da organização da rede.



Capítulo IV

ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO E QUALIFICAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA DESENVOLVIDAS PELA SES

A Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em seu papel complementar nas ações em saúde indígena, vem sendo pioneira, desde 2003, no cofinanciamento de municípios para a melhoria das condições de saúde, na redução das vulnerabilidades sociais, no fortalecimento da participação social e no combate à discriminação e ao racismo.

Dentre as atribuições da SES estão ainda a realização de apoio técnico e institucional para a qualificação da saúde indígena. Neste sentido, as referências do nível central da SES e das Coordenadorias Regionais de Saúde tem papel fundamental de construção da política, identificação das necessidades e que a implementação das ações se dê de forma compartilhada com os atores do território. Com este intuito, são feitas visitas in loco nas aldeias indígenas do estado, diálogos com as lideranças, secretarias municipais de saúde articulações com os responsáveis pelo DSEI Sul e há representação da secretaria no Conselho Estadual dos Povos Indígenas (CEPI).

Assim, a SES tem atuado no planejamento e no fortalecimento das redes de saúde e redes intersetoriais de modo a superar os enormes desafios elencados, a partir de pactuação de indicadores estaduais e na participação em órgãos de controle social. Nesta seção apresentaremos as estratégias de financiamento, a pactuação de indicadores e algumas das ações de monitoramento e qualificação desenvolvidas pela SES.

MONITORAMENTO BOLSA FAMÍLIA

Para reforçar o acesso aos seus direitos sociais básicos e a garantia do benefício, as famílias beneficiárias do Programa federal Bolsa Família devem cumprir com 3 condicionalidades na área de saúde: **realização do acompanhamento pré-natal (gestantes); acompanhamento do calendário nacional de vacinação (crianças) e realização do acompanhamento do estado nutricional das crianças menores de 7 anos.**

COBERTURA DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE

O estado do RS possui uma meta de acompanhamento das condicionalidades de 75,5% dos beneficiários acompanhados. No relatório da **2ª vigência do PBF (segundo semestre de 2022)**, o Rio Grande do Sul ficou acima da meta, atingindo 77,4% de cobertura dos beneficiários do PBF na população geral.

Entretanto, em relação aos beneficiários indígenas, o acompanhamento foi de 58%, ficando abaixo da meta estadual. Dos 121 municípios que possuem beneficiários indígenas autodeclarados, apenas 51 (42,15%) atingiram 75,5% de cobertura das condicionalidades de saúde, enquanto 70 (57,85%) ficaram abaixo dos 75,5%. Logo, é necessário traçar estratégias de busca ativa para realizar o acompanhamento dos povos indígenas beneficiários do PBF.



TABELA 8: PERCENTUAL DE COBERTURA DAS CONDICIONALIDADES DA SAÚDE CONFORME A META ESTADUAL PACTUADA NOS MUNICÍPIOS COM POPULAÇÃO INDÍGENA BENEFICIÁRIA NO ESTADO.

| Quantitativo de Municípios | Percentual de cobertura de beneficiários indígenas acompanhados pela saúde |
|-----------------------------------|---|
| 51 | Acima de 75,5% |
| 70 | Abaixo de 75,5% |

Fonte: Sisvan. Relatório consolidado de cobertura das condicionalidades de saúde 2ª vigência de 2022.

Fonte: Bolsa Família/MS.

MONITORAMENTO BOLSA FAMÍLIA

Das 3.281 crianças indígenas a serem acompanhadas nas condicionalidades de saúde do programa, **apenas 48% (1.376) foram acompanhadas no segundo semestre de 2022**. Entretanto, das crianças que foram acompanhadas, 99,93% destas estão com a vacinação em dia e 98,62% estão com os dados nutricionais atualizados.

TABELA 9. PERCENTUAL DE CRIANÇAS INDÍGENAS BENEFICIÁRIAS DO BOLSA FAMÍLIA COM CONDICIONALIDADES DE VACINAÇÃO E DADOS NUTRICIONAIS ACOMPANHADAS

| Crianças indígenas a serem acompanhadas | Crianças indígenas acompanhadas | Crianças indígenas acompanhadas com a vacinação em dia | Crianças indígenas acompanhadas com dados nutricionais |
|---|---------------------------------|--|--|
| 3.281 | 1.376 | 99,93% | 98,62% |

Fonte: Sisvan. Relatório consolidado de cobertura das condicionalidades de saúde 2ª vigência de 2022.

ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL (GESTANTES)

TABELA 10. RELATÓRIO CONSOLIDADO DE COBERTURA DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE 2ª VIGÊNCIA DE 2022.

| Gestantes indígenas localizadas | Gestantes indígenas com pré-natal em dia |
|---------------------------------|--|
| 204 | 100% |

Fonte: Bolsa Família/MS.

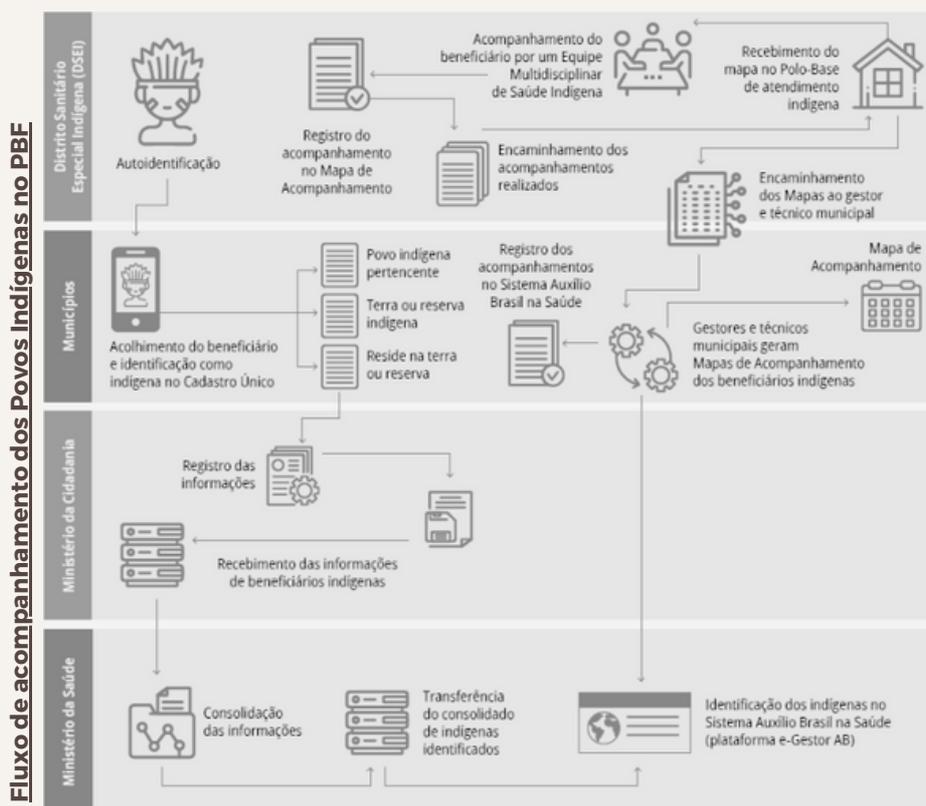
MONITORAMENTO BOLSA FAMÍLIA

As estratégias de busca ativa precisam ser colocadas em prática para efetivar-se a atenção a saúde diferenciada aos povos indígenas do Rio Grande do Sul. Para isso, os municípios que possuem indígenas em seu território devem estabelecer redes de trabalho efetivos com o DSEI e Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, pois segundo o fluxo de acompanhamento dos Povos Indígenas no Programa Bolsa Família (Imagem 2), é entre esses dois entes que ocorre a troca de informações das condicionalidades de saúde para registro no sistema.

A Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena fica responsável por fazer o acompanhamento das condicionalidades de saúde nas aldeias, registrar essas informações no mapa de acompanhamento e encaminhar os mapas aos gestores e/ou técnicos municipais. **Já o município fica responsável por receber esses mapas e registrá-los no Sistema do Bolsa Família na Saúde.**

A articulação e troca de informações entre as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena e Equipes de Saúde e Gestores do município é essencial para o cuidado em saúde da população indígena.

Imagem 2. Departamento de Promoção da Saúde – Depros/Saps/MS



Fonte: Bolsa Família/MS.

PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR (PIM)



O PIM é uma estratégia intersetorial da atenção primária à saúde no Rio Grande do Sul e tem como objetivo apoiar as famílias, a partir de sua cultura e experiência, no desenvolvimento integral infantil.

Para tal, atende famílias com gestantes e crianças até completarem 6 anos de idade. Atua através de visitação domiciliar e atividades em grupo, tendo como eixos de trabalho a vigilância e promoção do desenvolvimento integral infantil, o fortalecimento da interação parental positiva e o trabalho em rede. O atendimento é semanal no período da gestação até os 3 anos de idade e, posteriormente, quinzenal.

No atendimento em comunidades indígenas, além da preocupação com o desenvolvimento de práticas de cuidado que respeitem suas particularidades etnoculturais, o PIM tem como desafio contribuir para a superação das vulnerabilidades às quais estas populações estão expostas de forma desigual no estado. Para a implantação do programa, é preconizado que as(os) visitadoras(es) contratados pertençam às referidas comunidades, residem nelas e falem a língua materna. O formato e a periodicidade dos atendimentos devem ser adaptados às especificidades dos territórios, assim como a formação e supervisão dos visitadoras(es).

O acompanhamento a estas comunidades demanda a integração com as demais iniciativas que atuam nos referidos territórios, em especial com as equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI), além do diálogo permanente com suas lideranças.

O programa é por livre adesão dos municípios, através de edital de chamamento público. A previsão de atendimento às comunidades indígenas está entre os critérios para priorizar a adesão do município.

PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR (PIM)

Para cada indivíduo (gestante ou criança) atendido e cadastrado no Sistema de Informações do PIM o estado repassa, mensalmente, R\$65,00. A qualificação das informações inseridas pelos municípios no sistema, permitindo identificar as comunidades e pessoas indígenas atendidas, é uma das ações prioritárias da gestão estadual do programa.

Conforme tabela abaixo, dos 74 municípios com indígenas aldeados no estado, o PIM atende Comunidades Indígenas em 19 municípios - refletindo a necessidade de ampliação da cobertura do programa nestes territórios.

TABELA 11: MUNICÍPIOS COM COMUNIDADES INDÍGENAS RELACIONADOS AO ATENDIMENTO DO PIM.

| | |
|--|------------|
| Municípios que possuem PIM | 461 |
| Município com indígenas aldeados | 74 |
| Municípios onde o PIM atende Comunidade Indígena | 19 |
| Municípios onde o PIM não atende Comunidade Indígena | 49 |
| Municípios com Comunidade Indígenas que não aderiram ao PIM | 06 |

Fonte: PIM/SES/RS. Dados de 31 de dezembro de 2023.



Fonte: PIM/SES/RS.

A gestão estadual do PIM atua para a sensibilização das administrações municipais para a ampliação do atendimento em comunidades indígenas, prezando pela qualidade do atendimento prestado e pela valorização das práticas comunitárias, da memória cultural e da identidade racial e étnica, incluindo as formas de cuidar e proteger as crianças indígenas e o seu brincar.

Dentre os instrumentos de apoio aos municípios que atuam ou desejam atuar nestes territórios, o programa disponibiliza o documento Orientações para o Trabalho em Comunidades Tradicionais, que especifica os objetivos da atuação e orienta os processos de implantação do PIM.

FINANCIAMENTO

Desde 2003, a SES cofinancia os municípios para a melhoria das condições de saúde, na redução das vulnerabilidades sociais, no fortalecimento da participação social e no combate à discriminação e ao racismo.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A partir de 2021, as estratégias de cofinanciamento para a APS, voltadas as populações indígenas, foram qualificadas e passaram a compor o Programa Estadual de Incentivos da Atenção Primária à Saúde (PIAPS). Portarias nº 188/2024 e nº189/2024

O PIAPS prevê no repasse de recursos financeiros aos Municípios, para fins de manutenção e estruturação (custeio e investimento) dos respectivos serviços e ações de saúde que fortaleçam e qualifiquem o processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito municipal.

O financiamento prevê em dois de seus cinco componentes estratégias de repasse voltados às populações vulnerabilizadas, dentre elas a população indígena.

Componente I - Sociodemográfico

O Componente I do PIAPS, sociodemográfico, prevê o pagamento de valor per capita mensal para população geral do município e valores diferenciados para populações que necessitam de maior visibilidade de cuidado (como populações indígenas), Desta forma **15%** do montante deste componente considera o número de indivíduos idosos com mais de 80 anos, indígenas pessoas privadas de liberdade, pessoas negras, pessoas em situação de rua , pessoas que vivem em assentamentos, migrantes internacionais e pessoas com deficiência.

Componente III - Incentivo de Promoção da Equidade em Saúde

Destina-se a incentivar a promoção da equidade na atenção à saúde de populações específicas, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), reconhecendo as distintas situações de vulnerabilidade e as barreiras de acesso a políticas públicas. O componente é dividido em quatro seções, sendo que duas delas contemplam diretamente a população indígena.

FINANCIAMENTO

Seção I- Da promoção da equidade em saúde e enfrentamento do preconceito, da discriminação, do racismo, do racismo institucional e da xenofobia contra populações específicas

Os recursos repassados aos municípios vinculados a esta seção visam à promoção da equidade em saúde e ao enfrentamento do preconceito, da discriminação, do racismo, do racismo institucional e da xenofobia no âmbito da APS e deve ser utilizado pelos municípios exclusivamente para despesas de manutenção.

I - população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e intersexo (LGBTI);

II - população negra;

III - povos indígenas;

IV - população privada de liberdade e egressas do sistema prisional;

V - população em situação de rua;

VI - população de migrantes, refugiados, apátridas e vítimas do tráfico de pessoas;

VII - povos ciganos;

VIII - população do campo, da floresta e das águas; e/ou

IX - população quilombola.

O recurso foi desenvolvido para que sejam feitas ações no âmbito de comunicação, participação popular, controle social e gestão participativa, estratégias de combate ao racismo institucional e ao preconceito e discriminação, podendo ser usado ainda para capacitações, formações e educação permanente das equipes.

A solicitação de habilitação pelo município para o incentivo é feita mediante plano de ações e também é via repasse automático.

FINANCIAMENTO

Seção III- Da qualificação da atenção à saúde aos povos indígenas

Esse incentivo tem por objetivo garantir a atuação complementar do estado na qualificação da atenção primária à saúde dos povos indígenas, contribuindo para a atenção diferenciada e para a redução das vulnerabilidades sociais, respeitando e valorizando seus modos de vida e a medicina tradicional.

Os municípios habilitados são notificados pela Secretaria Estadual da Saúde para realizar conjuntamente, através de comissão específica, o plano de aplicação de recursos para qualificação da atenção primária prestada aos povos indígenas.

O plano de aplicação deverá ser construído em conjunto com uma comissão específica constituída por, no mínimo, um representante dos seguintes segmentos:

I - gestão municipal;

II - lideranças indígenas e/ou Conselho Local de Saúde Indígena;

III - equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena e/ou Equipe de Saúde da Família que preste atendimento aos povos indígenas; e

IV - coordenadoria regional de saúde, para mediação e validação do plano em construção.

O repasse do incentivo é feito mensalmente para municípios que possuem indígenas aldeados:

I - municípios com até 99 indígenas - R\$2.000,00 (dois mil reais);

II - municípios com 100 a 199 indígenas - R\$3.000,00 (três mil reais);

III - municípios com 200 a 499 indígenas - R\$5.000,00 (cinco mil reais);

IV - municípios com 500 a 1999 indígenas - R\$10.000,00 (dez mil reais);

V - municípios com 2000 ou mais indígenas - R\$15.000,00 (quinze mil reais).

Estão habilitados ao recebimento do incentivo financeiro os municípios com indígenas aldeados conforme censos demográficos informados à SES-RS pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), do Ministério da Saúde (MS), atualizados semestralmente.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Como abordado anteriormente, a SESAI é responsável pela Atenção Primária à Saúde dos povos indígenas e o saneamento básico das aldeias, enquanto a Atenção Especializada para os indígenas aldeados e não aldeados é de responsabilidade da Rede de Atenção à Saúde do SUS.

No estado do Rio Grande do Sul, tem-se buscado desenvolver estratégias para melhor acolhimento e atenção de saúde diferenciada nos diferentes pontos da rede. Desta forma, vem sendo construída a possibilidade de cofinanciamento estadual para Ambulatórios de Saúde Indígena com o intuito de fortalecer a atenção especializada voltada à população indígena.

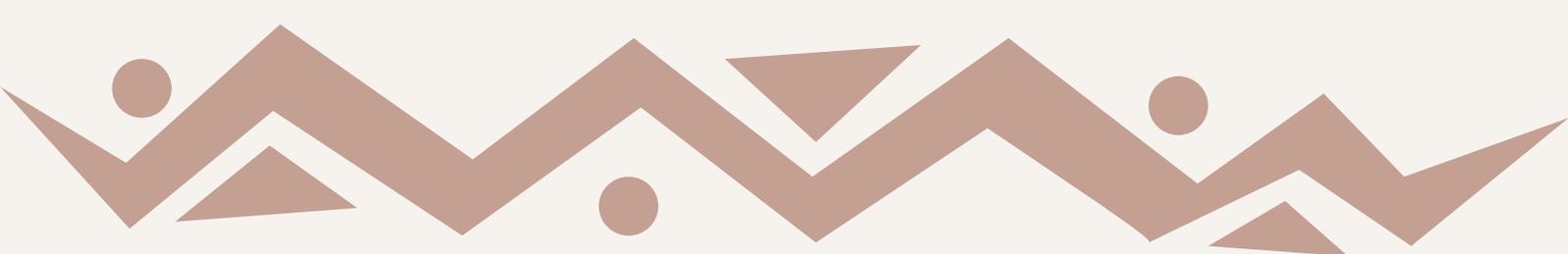
O Ambulatório de Saúde Indígena (ASI) terá foco no acolhimento intercultural dentro da unidade hospitalar, bem como prestar a atenção à saúde diferenciada, conforme previsão legal da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, no âmbito da atenção especializada. São diretrizes do ASI:

- Coordenar o cuidado dos indígenas que se encontram em trânsito na atenção especializada e hospitalar, realizando o primeiro atendimento, bem como resolver os casos de menor densidade tecnológica, a partir dos diagnósticos e tratamentos previstos;
- Referenciar e acompanhar os casos em consultas especializadas, quando necessário;
- Compartilhar os casos com as equipes multidisciplinares de saúde indígena e/ou de atenção primária e cuidadores indígenas, estabelecendo o acolhimento culturalmente adequado aos usuários indígenas e familiares;
- Organizar a demanda reprimida para especialidades dentro da rede de atenção à saúde (RAS), de modo que os indígenas tenham acesso equânime às consultas e/ou procedimentos cirúrgicos;

FINANCIAMENTO

- Possuir equipe multiprofissional: Médico clínico geral com experiência na saúde indígena, Enfermeiro com experiência na saúde indígena, Assistente social com experiência na saúde indígena, Psicólogo com experiência na saúde indígena, Técnico de enfermagem com experiência na saúde indígena, Intérprete indígena Kaingang ou Guarani (a depender do predomínio étnico regional);
- Ofertar acolhimento intercultural, anamnese clínica, consulta multiprofissional, exames, procedimentos cirúrgicos e demais procedimentos que integrem a linha de cuidado do indígena.

Pretende-se que sejam implantados seis Ambulatórios nas diferentes macrorregiões considerando perfil demográfico da população indígena do estado.



Capítulo V

METAS PACTUADAS E PLANO DE AÇÃO

METAS - POPES

A fim de atingir os objetivos previstos na Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde, há ações voltadas para a população indígena do estado. A POPES conta com uma matriz de avaliação de sua implementação na quais constam metas a serem realizadas e induzidas pela SES.

- Cadastro do e-SUS completo para o quesito raça/cor;
- População indígena vacinada contra a influenza ($\geq 90\%$);
- Município aderido ao Primeira Infância Melhor que atende comunidades indígenas;
- Município com todos os planos de qualificação da atenção básica para povos indígenas elaborados (Portaria 635/2021; considerando os últimos seis meses no ato da coleta do dado);
- Macrorregião com pelo menos um Ambulatório de Saúde Indígena (ASI) regulado pelo Estado;

PACTUAÇÃO DE METAS - PES

O Plano Estadual de Saúde 2024 - 2027 propõe a transversalização da equidade em toda sua análise situacional. Nele estão evidenciadas as desigualdades étnico-raciais em diversos recortes epidemiológicos, de acesso e desfecho.

Diante da Análise de Saúde apresentada neste Plano, e no Plano Estadual de Saúde, foram previstas metas específicas e outras que impactam nas necessidades de saúde das população Indígena a serem cumpridas nos próximos quatro anos.

OBJETIVO 1 - Promover saúde para a população em seus diferentes ciclos de vida:

- Implementar a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde, bem como as políticas específicas às populações abrangidas por ela nas 7 macrorregiões de saúde;
- Implantar 6 serviços especializados em saúde indígena (Ambulatório de Saúde Indígena);
- Ampliar o atendimento de gestantes e crianças menores de seis anos, priorizando famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade dos municípios com Primeira Infância Melhor, de 25.041 para 44.400;
- Aumentar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, de 77,4% para 80%.
- Ampliar os Centros de Atendimento Integrado para crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência de 4 para 8;
- Aumentar a implementação da RAPS de 347 para 413 municípios.

AÇÕES NECESSÁRIAS

Considerando o diagnóstico apresentado, as ações desenvolvidas pelo estado e as atribuições previstas, destacamos algumas ações fundamentais para o alcance das metas e para a qualificação da atenção à saúde dos povos indígenas do estado.

- Intensificar a análise de situação de saúde, produção e atendimentos com o recorte raça/cor. Além disso, realizar diagnóstico da mortalidade infantil e materna e traçar metas específicas voltadas as populações vulnerabilizadas;
- Qualificar o cadastro dos Indígenas nos sistemas de informação da Saúde: e-SUS, Bolsa Família, a fim de dar visibilidade as condições de saúde da população e viabilizar estratégias de planejamento em saúde;
- Apoiar à União na sensibilização de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para o atendimento de indígenas e adesão ao cofinanciamento federal através da Portaria N° 2.663/2017;
- Construir materiais para atenção às pessoas vítimas de violência, considerando as especificidades etnico-raciais dos povos indígenas;
- Qualificar a rede materno-paterno-infantil com ênfase na redução da morbimortalidade infantil;
- Pactuar Resolução CIB com competências estaduais e municipais para Atenção aos povos indígenas;
- Apoiar os municípios, por meio das Coordenadorias Regionais de Saúde e monitorar a construção e execução dos planos operativos, em relação ao PIAPS.
- Participar dos espaços de controle social dos povos indígenas a fim de identificar demandas e qualificar as ações desenvolvidas;
- Apoiar a implantação dos Ambulatórios de Saúde Indígena no estado

PLANO DE AÇÃO

| Problema identificado | Ações | Meta | Pactuação nos instrumento de gestão |
|---|---|--|-------------------------------------|
| Baixo número de cadastros no CNS | Diagnóstico e divulgação dos municípios com menos de 50% dos indígenas com cadastro no CNS. Articulação das CRS para divulgação em CIR sobre necessidade, | Diagnóstico realizado e Articulação feita. | - |
| Mortalidade infantil | Realizar diagnóstico sobre especificidade da mortalidade infantil indígena | Diagnóstico Realizado | PES, Pactuação bipartite |
| Mortalidade Materna | Realizar diagnóstico sobre especificidade da mortalidade materna indígena | Diagnóstico realizado | PES, Pactuação bipartite |
| Baixo preenchimento do quesito raça/cor nos cadastros | Incentivar e monitorar o cadastro completo para o quesito raça/cor nos diferentes sistemas de informação; | Completude do cadastro individual no e-SUS com quesito raça/cor | Matriz de Avaliação das POPES |
| Indefinição de atribuições para estado e municípios na complementação da Saúde Indígena | Definir papel do estado e dos municípios. | Pactuar em CIB papel do estado e municípios junto à saúde indígena | - |
| Baixo número de municípios com indígenas aldeados onde o PIM atende na comunidade | Incentivar e monitorar a ampliação de comunidades indígenas atendidas pelo PIM | Aumentar a cobertura de municípios com atendimento PIM em comunidades indígenas em 23%, totalizando 49% com atendimento do PIM | Matriz de Avaliação das POPES |

PLANO DE AÇÃO

| Problema identificado | Ações | Meta | Pactuação nos instrumento de gestão |
|---|--|--|--|
| Qualificar rede especializada de atendimento à população indígena | Implantar e financiar ambulatórios de saúde indígena | 6 Ambulatórios implantados | PES |
| Baixo acompanhamento das condicionalidades do bolsa família na população indígena | Monitorar e apoiar os municípios na qualificação do acompanhamento da população | META PES | PES |
| Violência contra crianças e adolescentes nas aldeias | Monitorar e apoiar a implementação de serviços voltados ao atendimento. | Ampliar os Centros de Atendimento Integrado para crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência de 4 para 8 | PES |
| Situação identificada de sofrimento de Saúde Mental na população indígena. | Apoiar a implementação de atendimento das populações indígenas nos CAPS, a partir da Portaria... | Aumentar a implementação da RAPS de 347 para 413 municípios | PES |

REFERÊNCIAS

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). **Relatório da Violência contra os Povos Indígenas: dados de 2021**. Brasília, DF: CIMI, 2022.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). **Relatório da Violência contra os Povos Indígenas: dados de 2022**. Brasília, DF: CIMI, 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à fome. **Cartilha do Programa Bolsa Família**. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/MDS/2_Acoes_e_Programas/Bolsa_Familia/Cartilha/Cartilha_Bolsa_Familia.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informação e Gestão da Atenção Básica, e-Gestor Atenção Básica. Programa Bolsa Família. **Relatório Gerencial do acompanhamento dos beneficiários indígenas do PBF do Rio Grande do Sul - 2022**. Disponível em: <<https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional SISVAN. **Relatório público do Estado Nutricional de crianças indígenas menores de 5 anos beneficiárias do Programa Bolsa Família - 2022**. Disponível em: <<http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional SISVAN. **Relatório público do Estado Nutricional de mulheres indígenas beneficiárias do Programa Bolsa Família - 2022**. Disponível em: <<http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de implementação do quesito Raça/Cor/Etnia**. Ministério da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_implementacao_raca_cor_etnia.pdf.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Portaria nº 512 de 29 de julho de 2020**. Porto Alegre, 2020.

RIO GRANDE DO SUL. **Portaria SES N° 188/2024**. Define os critérios de habilitação e a forma de distribuição do recurso financeiro do Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde (PIAPS). Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS. Disponível em: <<https://www.diariooficial.rs.gov.br/materia?id=828859>>

RIO GRANDE DO SUL. **Plano Estadual de Saúde 2024-2027**. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.). Porto Alegre: ESP/SES, 2023.

RIO GRANDE DO SUL. **Boletim Epidemiológico do Estado do Rio Grande do Sul Mortalidade Infantil e Fetal 2023**. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202306/20142715-boletim-epidemiologico-sobre-mortalidade-materna-infantil-e-fetal-no-rs.pdf>>.