PLANO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA

2024 - 2027

Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá

CUIABÁ – MT, 2024

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL BRASIL UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

Ministério da Saúde

Secretaria de Saúde Indígena

Plano Distrital de Saúde Indígena – DSEI Cuiabá

Nísia Trindade
Ministra da Saúde

Ricardo Weibe Tapeba
Secretário de Saúde Indígena

Aldi Gomes
Coordenador Distrital de Saúde Indígena DSEI Cuiabá

Gleice Medeiros Rodrigues Dias
Chefe da Divisão de Atenção à Saúde Indígena

Zózimo Amorim
Chefe da Casa de Apoio à Saúde Indígena Cuiabá

Luis Roberto Dias
Chefe do Serviço de Contratação de Recursos Logísticos

Gilson José de Oliveira
Chefe de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena

Anna Laura Lisboa Prado Bassole
Chefe de Serviço de Orçamento e Finanças

José Gomes de Campos
Chefe Seção de Apoio Administrativo e Patrimonial

Vanildo Ariabô Quezo
Presidente do CONDISI do DSEI Cuiabá

Aprovado: Plano Distrital de Saúde Indígena DSEI Cuiabá

Resolução 001, de 27 de janeiro 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 Cuiabá, 2024-2027.

SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE GOVERNO FEDERAL BRASIL UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -Caracterização geral do DSEI Cuiabá, 2023..... 4
Quadro 2 - Significado das autodenominações do povo Boe Bororo. 5
Quadro 3 - Bacias e rios que banham municípios de abrangência da DSEI..... 37
Quadro 4 - Características específicas da região do DSEI Cuiabá. 40
Quadro 5 - Características dos domicílios da área de abrangência do DSEI Cuiabá..... 50
Quadro 9 - Taxa de incidência das principais morbidades que acometem os povos indígenas do DSEI Cuiabá. 52
Quadro 10 - Taxa de prevalência das principais morbidades que acometem os povos indígenas do DSEI Cuiabá, 2020 a 2022. 52
Quadro 11 - Descrição dos estabelecimentos a implantar, reformar e ampliar para o exercício de 2024 a 2027. 63
Quadro 12 - Demonstrativo da necessidade de ampliação de recursos humanos do DSEI Cuiabá, 2024 a 2027..... 73
Quadro 13 - Previsão de Capacitações voltadas para o Contexto Intercultural, 2024 a 2027. 75
Quadro 14 - Previsão de Capacitações voltadas para trabalhadores da atenção qualificados para o aprimoramento do trabalho em saúde..... 76
Quadro 31 - Tecnologias de tratamento e disposição final de esgotamento mais utilizadas 81
Quadro 15 - Caracterização do meio de transporte entre as unidades de abrangência do Polo Base para as aldeias, 2023. 87
Quadro 16 - Caracterização do meio de transporte do Polo Base para a CASAI 89
Quadro 17 - Caracterização do meio de transporte da CASAI para os estabelecimentos de saúde..... 90
Quadro 18 - Apresentação de contratos logísticos vigentes no DSEI..... 95
Quadro 19 - Previsão de novos contratos logísticos no DSEI. 96
Quadro 20 - Previsão de Compra de equipamentos logísticos no DSEI. 97
Quadro 21 - Previsão de novos contratos – natureza diversa..... 97
Quadro 25 - Previsão de reuniões dos conselhos locais e distrital de saúde indígena DSEI Cuiabá, de 2024 a 2027..... 99
Quadro 48 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI do calendário indígena de vacinação, de 2020 a 2023..... 103
Quadro 49 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI das gestantes indígenas com, no mínimo, 6 consultas de pré-natal, de 2020 a 2023. 105

Quadro 50 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI das crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às PPA e PNS, de 2020 a 2023..... 106

Quadro 51 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI das crianças indígenas menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional (PNS), de 2020 a 2023. 107

Quadro 53 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI de óbitos maternos investigados, de 2020 a 2023..... 108

Quadro 54 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI da população indígena com primeira consulta odontológica (PNS), de 2020 a 2023..... 109

Quadro 55 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica (PNS), de 2020 a 2023. 111

Quadro 56 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI em Ampliar e qualificar as ações de saúde voltadas para o bem-viver. 112

Quadro 57 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI na redução em 8% da incidência de tuberculose , de 2020 a 2023. 113

Quadro 58 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI para reduzir em 35,0% o número de casos novos autóctones de malária nos DSEI endêmicos, de 2020 a 2023. 114

Quadro 59 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI e a participação de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural, entre 2020 a 2023. 115

Quadro 60 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI da qualificação dos trabalhadores da atenção para o aprimoramento do trabalho em saúde, de 2020 a 2023. 116

Quadro 61 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI no alcance dos estabelecimentos de saúde indígena com sua respectiva força de trabalho cadastrado no CNES e SESAI RH 117

Quadro 62 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com exames de preventivo de câncer do colo de útero realizados, de 2020 a 2023. 119

Quadro 63 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEIdas aldeias com notificação diarreicas agudas (DDA) em todas as semanas epidemiológicas inseridas no SIASI WEB, de2020 a 2023. 119

Quadro 64 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI das aldeias com notificação de síndrome respiratória aguda grave em todas as semanas epidemiológicas inseridas no SIASI WEB, de 2020 a 2023. 120

Quadro 65 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI para Acompanhar e monitorar os pacientes com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), de 2020 a 2023. 123

Quadro 66 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI na realização de testes rápidosda população sexualmente ativa, de 2020 a 2023..... 124

Quadro 67 -. Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI na intensificação de ações de quimioprofilaxia das geo-helmintíases, de 2020 a 2023. 124

Quadro 68 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI sobre os portadores de hanseníase são monitorados e acompanhados para o tratamento de cura. 125

Quadro 69 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEIda população de pessoas idosas acompanhadas e monitoradas, de 2020 a 2023..... 127

Quadro 70 -Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI na cobertura de água potável nas aldeias indígenas, de 2020 a 2023. 127

Quadro 72 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI na ampliação da cobertura de aldeias com o monitoramento da qualidade da água implementado. 130

Quadro 73 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI para ampliação dacobertura de aldeias com gerenciamento de resíduos sólidos domésticos implementados. 131

Quadro 74 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI paracobertura de aldeias com destino adequado de resíduos sólidos domésticos. 132

Quadro 75 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI nas melhorias das infraestruturas de saneamento de água existentes nas aldeias indígenas. 133

Quadro 76 -.Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI com a estrutura de instâncias de participação e controle social aprimoradas. 135

Quadro 77 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI das atividades de participação e controle sociais executadas. 136

Quadro 78 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEIdos conselheiros de saúde indígena qualificados..... 136

Quadro 79 - Estratégia 1. Atenção à Saúde: Promover e Qualificar as ações e equipes de atenção e vigilância em saúde indígena. 138

Quadro 80 - Estratégia 2. Infraestrutura e Saneamento: Melhorias das infraestruturas de saúde e dos serviços de saneamento nas áreas indígenas. 141

Quadro 81 - Estratégia 3: Planejamento e Gestão de bens e serviços adequados à execução das ações de saúde indígena pelos DSEI 142

Quadro 82 - Estratégia 4: Monitoramento Orçamentário: Monitoramento da execução orçamentária e financeira dos recursos empenhados nos contratos continuados e nas Atas de Registros de Preços e demais instrumentos celebrados no âmbito dos DSEI. 143

Quadro 83 - Estratégia 5: Articulação Interfederativa: Ampliação das articulações interfederativas e intersetoriais com vistas à integralidade das ações de atenção à saúde indígena..... 143
Quadro 84 - Estratégia 6: Controle Social: Fortalecimento das instâncias de controle social do subsistema de atenção à saúde indígena..... 144

LISTA FIGURAS

Figura 1- Mapa de municípios de abrangência do DSEI Cuiabá, 2022. 30
Figura 2 - Mapa de Terras Indígenas de abrangência do DSEI Cuiabá, 2022. 30
Figura 3 - Clima da área de abrangência do DSEI Cuiabá, 2022. 31
Figura 4 - Biomas da área de abrangência do DSEI Cuiabá. 32
Figura 5 - Bacias Hidrográficas da área de abrangência do DSEI Cuiabá. 34
Figura 6 - Infraestruturas próximas às Terras Indígenas do DSEI Cuiabá. 35
Figura 7 - Localização das estruturas da sede, Polos Base e CASAI do DSEI Cuiabá, 2022. 36
Figura 8 - Hidrografia da área de abrangência das Terras Indígenas de jurisdição do DSEI Cuiabá 38
Figura 9 - Rodovias da área de abrangência das Terras Indígenas de jurisdição do DSEI Cuiabá, 2022 39
Figura 10 - Áreas de desmatamento dentro das T.I do DSEI Cuiabá 41
Figura 11 - Área de abrangência do Polo Base Cuiabá - Tipo II, 2022. 42
Figura 12 - Área de abrangência dos Polos Base Meruri e Pakuera - Tipo I, 2022. 43
Figura 13 - Área de abrangência do Polo Base Chiquitano - Tipo I, 2022. 44
Figura 14 -Área de abrangência dos Polos Base Comodoro e Tangará da Serra - Tipo II e Polos Base Tangará da Serra, Bacaval, Três Lagoas e Rio Verde – Tipo I, 2022. 45
Figura 15 - Área de abrangência do Polo Base Brasnorte - Tipo II, 2022. 46
Figura 16 - Área de abrangência do Polo Base Rondonópolis - Tipo II, 2022 47
Figura 17 - Notificações de violências DSEI Cuiabá, 2020. 57
Figura 18 - Notificações de violências DSEI Cuiabá, 2021. 58
Figura 19 - Notificações de violências DSEI Cuiabá, 2022. 58
Figura 20 - Notificações de Doenças Diarreicas Agudas, 2020 a 2022. 61
Figura 22 - Execução Orçamentária, Dados de custeio e investimento no período de 2020 a 2023. 101

LISTA TABELAS

Tabela 1 - Demonstrativo da população por Polo Base, 2023. ..... **47**

Tabela 2 - Perfil sociodemográfico, étnico-cultural e linguística dos povos indígenas por Polo base. **48**

Tabela 3 - Porcentagem de profissionais por setor de atividades, 2023. ..... **49**

Tabela 4 - Taxa de natalidade do DSEI por ano, 2020-2022. ..... **51**

Tabela 6 - Causas de mortalidade geral de indígenas no DSEI e Taxa de mortalidade geral por ano, 2020 a 2022. ..... **53**

Tabela 7 - Causas de mortalidade de crianças indígena < 1 ano no DSEI e taxa de mortalidade infantil por ano, 2020 a 2022. ..... **54**

Tabela 8 - Causas de mortalidade materna no DSEI e Razão de mortalidade materna por ano, 2020 a 2022. ..... **55**

Tabela 9 - Principais especialidades que ocasionaram consultas na média e alta complexidade, de 2020 a 2022. ..... **55**

Tabela 10 - Quantitativo de usuários com doenças crônicas não transmissíveis e que necessitam de intervenção/cuidados específicos em 2022. ..... **56**

Tabela 11 - Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado (DRSAI) **59**

Tabela 12 - Quantidade atual de estabelecimentos de saúde indígena por subtipo, Nº de reformas/ampliações e novos estabelecimentos previstos. **62**

Tabela 13 - Demonstrativo geral de recursos humanos existente no DSEI Cuiabá, 2024. ..... **67**

Tabela 14 - Capacidade de EMSI instalada, 2024. ..... **70**

Tabela 15 - Número de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural (PPA), 2020 a 2023. ..... **75**

Tabela 16 - Número de trabalhadores da atenção qualificados para o aprimoramento do trabalho em saúde. **75**

Tabela 17 - Caracterização das aldeias sobre infraestrutura de saneamento, 2023. ..... **79**

Tabela 18 - Tecnologias de tratamento de água mais utilizadas, 2023. ..... **80**

Tabela 19 - Previsão de implantação de infraestrutura de abastecimento de água por aldeia, 2024 a 2027. ..... **82**

Tabela 20 - Previsão de reforma e/ou ampliação de infraestrutura de abastecimento de água por aldeia **84**

Tabela 21 - Previsão de sistema de esgotamento sanitário por Polo Base **84**
Tabela 22 - Caracterização do acesso às aldeias por tipo de transporte no DSEI .. **94**
Tabela 23 - Número de veículos e equipamentos de transporte por tipo **94**
Tabela 24 - Total de conselheiros locais, distritais e assessor indígena no DSEI Cuiabá, 2023. ..... **98**
Tabela 25 - Previsão de capacitação anual de conselheiros distritais e local do DSEI Cuiabá, 2024-2027. ..... **98**

LISTA DE SIGLAS

AIS	AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE
AISAN	AGENTE INDÍGENA DE SANEAMENTO
ASB	AGENTE DE SAÚDE BUCAL
ART	TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO
CASAI	CASA DE SAÚDE DO ÍNDIO
CGB	CUIABÁ
CONDISI	CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA
DIASI	DIVISÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA
DSEI	DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA
DSS	DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE
EMSI	EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE INDÍGENA
FUNAI	FUNDAÇÃO NACIONAL DOS POVOS INDÍGENAS
IBAMA	INSTITUTO BRASILEIRO DO MEIO AMBIENTE E DOS RECURSOS NATURAIS RENOVÁVEIS
INMET	INSTITUTO NACIONAL DE METEOROLOGIA
INPE	INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISAS ESPACIAIS
INTERMAT	INSTITUTO DE TERRAS DE MATO GROSSO
LOA	LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL
MT	MATO GROSSO
PB	POLO BASE
PCH	PEQUENA CENTRAL HIDRELÉTRICA
PDSI	PLANO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA
PNS	PLANO NACIONAL DE SAÚDE
PPA	PLANO PLURIANUAL
PPD	PROVA TUBERCULÍNICA
PRODES	PROJETO DE MONITORAMENTO DO DESMATAMENTO NA AMAZÔNIA LEGAL POR SATÉLITE
SASISUS	SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA
SES	SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SESAI	SECRETARIA DE SAÚDE INDÍGENA
SELOG	SERVIÇO DE CONTRATAÇÃO DE RECURSOS LOGÍSTICOS
SEOFI	SERVIÇO DE ORÇAMENTO E FINANÇAS
SESANI	SERVIÇO DE EDIFICAÇÕES E SANEAMENTO AMBIENTAL INDÍGENA
SINFRA	SECRETARIA DE ESTADO DE INFRAESTRUTURA E LOGÍSTICA
TI	TERRA INDÍGENA
UBSI	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE INDÍGENA

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO 1
2. METODOLOGIA E PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PDSI 2024-2027 2
3. CARACTERIZAÇÃO GERAL DO DSEI 2
3.1 História da população Indígena 4
POVO BOE BORORO 5
POVO KURA BAKAIRI 6
POVO ENAWENE NAWE 8
POVO CHIQUITANO 10
POVO BALATIPONÉ/UMUTINA 12
POVO MANOKI/IRANTXE 14
POVO MYKY 17
POVO NAMBIKWARA 18
POVO PARESI 21
POVO GUATÓ 24
4.1 Dados Geográficos 29
3.3 Mapa 35
4. DETERMINANTES E FATORES DE RISCOS AMBIENTAIS **..... 40**
4.1 Dados demográficos 41
4.2 Determinantes Sociais. 49
4.3 Perfil epidemiológico 51
4.3.1 Taxa bruta de natalidade 51
4.3.2 Medidas de frequência 52
4.3.3 Taxas de mortalidade 53
4.3.4 Especialidades para referência de média e alta complexidade 55
4.3.5 Doenças Crônicas Não Transmissíveis 56
4.3.6 Violências 56
4.3.7 Doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado 58
4.3.8 Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA) 60
5. ESTRUTURAÇÃO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA – Atual e previsão 61
5.1 Infraestrutura de saúde 61

5.2 Rede de Atenção à Saúde 64
5.3 Gestão do Trabalho e educação na saúde 65
5.3.1. Força de Trabalho 67
5.3.2 Qualificação profissional 74
5.4 Infraestrutura de saneamento 76
5.5 Meio de transporte 85
5.5.1 Plano de Transporte 85
5.5.2 Monitoramento e Acompanhamento dos Contratos 86
5.5.3 Equipe de Transporte Estruturada 86
5.6. Controle social 97
5.7. Recursos financeiros 101
6. AVALIAÇÃO DO PDSI 2020-2023 102
6.1 Estratégia 1. Atenção à Saúde: Qualificação das ações e equipes de saúde indígena que atuam nos DSEI/SESAI. 102
6.1.1. Resultado 1 - Alcançar, em 2023, 90% das crianças menores de 5 anos com esquema vacinal completo conforme o calendário indígena de vacinação. 103
6.1.2. Resultado 2 - Alcançar, em 2023, 50% das gestantes indígenas com, no mínimo, 6 consultas de pré-natal. 105
6.1.3. Resultado 3 - Alcançar, em 2023, 60,0% das crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento (PPA e PNS) 106
6.1.4. Resultado 4 - Alcançar, em 2023, 92% das crianças indígenas menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional (PNS) 107
6.1.5. E1.R04, o DSEI não atingiu o alcance das metas pactuadas, mesmo tendo um aumento no último ano. 107
6.1.6. E1.R5 - Alcançar, em 2023, 90% de óbitos em crianças indígenas menores de um ano investigados. 108
6.1.7. E1. R6 Alcançar, em 2023, 92% de óbitos maternos investigados... 108
6.1.8. E1.R7 - Alcançar, em 2023, 60% da população indígena com primeira consulta odontológica (PNS). 109
6.1.9. E1.R8 - Alcançar, em 2023, 60% de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica (PNS) 111
6.1.10. E1.R.09. Ampliar e qualificar as ações de saúde voltadas para o bem-viver. 112
6.1.11. E1.R10. Reduzir, até 2023, em 8% a incidência de tuberculose 113

6.1.12. E1.R.11 Até 2023, reduzir em 35,0% o número de casos novos autóctones de malária nos DSEI endêmicos. 114
6.1.13. E1.R12. Alcançar em 50% a participação de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural 115
6.1.14. E1.R.13. Qualificar 70% dos trabalhadores da atenção para o aprimoramento do trabalho em saúde. 116
6.1.15. E1.R14 Alcançar 100% dos estabelecimentos de saúde indígena com sua respectiva força de trabalho cadastrado no CNES e SESAI RH..... 117
6.1.16. E1.R.15: 50% de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com exames de preventivo de câncer do colo de útero realizados 119
6.1.17. E1.R.16 60 % das aldeias com notificação diarreicas agudas (DDA) em todas as semanas epidemiológicas inseridas no SIASI WEB 119
6.1.18. E1.R.17 60% das aldeias com notificação de síndrome respiratória aguda grave em todas as semanas epidemiológicas inseridas no SIASI WEB 120
6.1.19. E1.R.18: Identificar e realizar o acompanhamento das pessoas que fazem uso prejudicial de álcool, pelas EMSIs. 121
6.1.20. E1.R.19: Estimular a redução do número de usuários que utilizam medicamentos psicotrópicos no DSEI Cuiabá. 122
6.1.21. E1.R.20: Acompanhar e monitorar 70% dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) 123
6.1.22. E1.R.21 Realizar testes rápidos em 70% da população sexualmente ativa. 124
6.1.23. E1.R.22 Intensificar as ações de quimioprofilaxia das geo-helmintíases em 90% da faixa etária de 02 a 14 anos 124
6.1.24. E1.R.23:100% dos portadores de hanseníase são monitorados e acompanhados para o tratamento de cura 125
6.1.25. E1.R.24: Fortalecer a atenção à saúde do homem. 126
6.1.26. E1.R.25 100% das escolas indígenas acompanhadas no programa saúde nas escolas 126
6.1.27. E1.R.26 60% da população de pessoas idosas acompanhadas e monitoradas 127
6.2. Estratégia 2. Infraestrutura e Saneamento: Melhorias das infraestruturas de saúde e dos serviços de saneamento nas áreas indígenas..... 127
6.2.1. E.2. R.1. Ampliar em 7% a cobertura de água potável nas aldeias indígenas até 2023. 127
6.2.2. E.2. R.2. Realizar, até 2023, o tratamento da água em 100% das aldeias com infraestruturas de abastecimento de água existentes 129

6.2.3. E.2. R.3. Ampliar, até 2023, em 15% a cobertura de aldeias com o monitoramento da qualidade da água implementado. 130
6.2.4. E.2. R.4. Ampliar, até 2023, em 15% a cobertura de aldeias com gerenciamento de resíduos sólidos domésticos implementados. 131
6.2.5. E.2. R.5. Ampliar em 15% a cobertura de aldeias com destino adequado de resíduos sólidos domésticos. 132
6.2.6. E.2. R.6. Ampliar, até 2023, em 7,00% as melhorias das infraestruturas de saneamento de água existentes nas aldeias indígenas. 133
6.2.7. E.2. R.7. Realizar o monitoramento da qualidade da água para análise de componentes químicos (agrotóxicos). 134
6.3. Estratégia 3: Controle Social: Fortalecimento das instâncias de controle social do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 135
6.3.1. E3.R.1: 100% dos DSEI com a estrutura de instâncias de participação e controle social aprimoradas. 135
6.3.2. E3.R2: 100% das atividades de participação e controle sociais executadas. 136
6.3.4. E3.R.3: 100% dos conselheiros de saúde indígena qualificados..... 136
7. RESULTADOS ESPERADOS 138
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 145

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 (Sasi-SUS) em todo território nacional. Para promover e ampliar a oferta de ações e serviços de saúde voltados aos diferentes perfis epidemiológicos e contextos culturais da população indígena, este relatório fomenta a medicina indígena como principal diretriz do cuidado.

Para efetivar as ações do Sasi-SUS 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). Está integrada ao Plano Plurianual - PPA, Plano Nacional de Saúde (PNS) e ao Planejamento Estratégico da Secretaria de Saúde Indígena para os anos de 2024 a 2027 e em consonância com a Conferência Nacional de Saúde Indígena.

Para garantia do monitoramento e avaliação, após a homologação do PDSI foram criados instrumentos de gestão para sistematização do processo de forma contínua e organizada. O monitoramento envolveu o acompanhamento regular das atividades, prazos, custos e qualidade das ações como 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 avaliou o seu desempenho, resultados e impactos alcançados. É realizada em momentos específicos, como o término de fases ou do plano todo, e visa verificar se os objetivos foram alcançados e se os benefícios esperados foram obtidos.

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

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

A metodologia para elaboração do Plano Distrital de Saúde Indígena 2024-2027 partiu de diretrizes elaboradas pela SESAI, no nível central, enviadas aos DSEIs em setembro de 2023. Coube aos DSEIs organizarem as demandas oriundas das conferências locais, distritais e da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena para obterem elementos na elaboração do PDSI, e a garantia da construção coletiva e com ampla participação social.

Também foram considerados o Plano Plurianual (PPA), o Plano Nacional de Saúde (PNS), a Lei Orçamentária Anual (LOA) e os demais instrumentos de planejamento da Administração Pública Federal.

O Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá – DSEI CGB, através das áreas técnicas, realizaram o diagnóstico situacional com elaboração de produtos e ações necessários para o cumprimento dos resultados esperados. Foram feitos mapeamentos das necessidades, para o período 2024-2027 e reuniões nos 11 (onze) polos base, com participação de usuários indígenas, trabalhadores de saúde que atuam no território e lideranças indígenas. Os diversos setores do DSEI CGB também contribuíram para o levantamento das necessidades.

Foram feitas oficinas com os conselhos locais e a comunidade com objetivo de discutir as principais demandas de saúde e saneamento ambiental de cada polos base de jurisdição deste DSEI. Também as necessidades de ampliação da força de trabalho e da melhoria dos determinantes ambientais, e do funcionamento das atuais e das novas estruturas. Estes momentos tiveram início em 09 de outubro e finalizaram em 22 de novembro, sendo realizada ao todo 16 (dezesseis) reuniões de conselhos locais de saúde indígena.

Em seguida, foram realizadas as consolidações das informações e das necessidades, em alinhamento à previsão orçamentária para o período, e encaminhado a primeira versão para SESAI. Após análise e emissão de parecer técnico pelo nível central em dezembro, o PDSI 2024/2027 foi aprovado em reunião ordinária da CONDISI Cuiabá e enviado para homologação do Secretário de Saúde Indígena.

3. CARACTERIZAÇÃO GERAL DO DSEI

O DSEI, é a unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SasiSUS. Trata-se de um modelo de organização de serviços orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e

administrativo delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas. Este modelo apresenta medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias, e desenvolve atividades administrativo-gerenciais à prestação da assistência, com controle social.

O DSEI CGB tem atualmente, segundo o painel SIASI local, a população de **9.777** indígenas, em **231** aldeias, dispersas em terras indígenas, no estado de Mato Grosso, com 23 municípios de abrangência no atendimento interdistrital. Com acesso que utiliza os modais terrestre e fluvial, totalizando uma extensão territorial de 3.792.979,87 ha ou 37929,7987 km².

O DSEI CGB possui 11 (onze) polos base e 34 (trinta e quatro) Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI), nos quais as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena – EMSI estão distribuídas para que se tenha 100% de cobertura assistencial da população do distrito.

Conhecer o território implica em um processo de reconhecimento e apropriação do espaço local e das relações da população da área de abrangência com as equipes de saúde. Assim, deve-se considerar os dados, como de perfil demográfico e epidemiológico da população, de contexto histórico e cultural, lideranças locais e outros aspectos para tomada de decisão do processo saúde-doença (Ver quadro 1).

Quadro 1 -Caracterização geral do DSEI Cuiabá, 2023.

Caracterização	Descrição
Extensão Territorial	3.792.979,87 ha ou 37929,7987 km²
Município sede do DSEI	Cuiabá - MT
Endereço	Rua Rui Barbosa n°282 goiabeiras CEP: 78.032-040
E-mail	dseicgb.sesai@saude.gov.br
Município com população indígena em sua jurisdição	23 sendo: **1)** Juína; **2)** Brasnorte; **3)** Nova Maringá; **4)** Comodoro; **5)** Sapezal; **6)** Campo de Júlio; **7)** Campo Novo do Parecis; **8)** Paranatinga; **9)** Diamantino; **10)** Nobres; **11)** Planalto da Serra; **12)** Nova Lacerda; **13)** Conquista D'oeste; **14)** Tangará da Serra; **15)** Barra do Bugres; **16)** Vila Bela da Santíssima Trindade; **17)** Pontes e Lacerda; **18)** Porto Esperidião; **19)** Poxoréu; **20)** General Carneiro; **21)** Santo Antônio de Leverger; **22)** Rondonópolis e; **23)** Barão de Melgaço.
Total da População Indígena	9.777 (aldeados)
Nome das Etnias existentes	10 etnias: **1)** Boe Bororo; **2)** Kura Bakairi; **3)** Enawene Nawe; **4)** Chiquitano; **5)** Balatiponé Umutina; **6)** Manoki; **7)** Myky; **8)** Nambiquara; **9)** Haliti Paresi e **10)** Guató.
Nº de Pólos Base	11
Nº de UBSI	34
Nº de CASAI	4
Nº de Casas de Apoio aos indígenas nos municípios	0
Nº de Aldeias	224
Nº de Famílias	4.698
Meios de transporte utilizados, se possível incluir a proporção	Terrestre (90,3%) e fluvial (9,7%)

Fonte: DSEI Cuiabá/Painel SIASI, 2023.

Na organização da atenção primária à saúde, é fundamental o conhecimento do território, não apenas como um espaço geográfico, mas para constituir a área de atuação dos serviços. Ou seja, ser reconhecido como "Espaço Social" onde, ao longo da história, a sociedade foi se constituindo e, por meio do processo social de produção, dividiu-se em classes, acessos e qualidade aos serviços de saúde diferenciada.

3.1 História da população Indígena

O Estado de Mato Grosso possui 43 (quarenta e três) povos indígenas, dos quais 10 (dez) estão jurisdicionados na atenção primária à saúde e saneamento ambiental do DSEI Cuiabá: 1) Boe Bororo; 2) Kura Bakairi; 3) Enawene Nawe; 4) Chiquitano; 5) Balatiponé Umutina; 6) Manoki; 7) Myky; 8) Nambiquara; 9) Haliti Paresi e 10) Guató.

Aborda-se-á o resumo da história dessas populações com ênfase na história de contato, localização das TI, organização social, arte, cultura, ritual e cosmologia.

POVO BOE BORORO

Os Bororo se autodenominam Boe e o termo significa "pátio da aldeia", pois a tradicional disposição circular das casas faz do pátio o centro da aldeia e espaço ritual desse povo, caracterizado por uma complexa organização social e pela riqueza de sua vida cerimonial. A despeito de atualmente terem direito a um território descontínuo e descaracterizado, o vigor de sua cultura e sua autonomia política têm atuado como armas contra os efeitos predatórios do contato com o "homem branco", que se estende há pelo menos 300 anos (SERPA, 2001). Outras auto denominações estão destacadas no quadro seguinte:

Quadro 2 - Significado das autodenominações do povo Boe Bororo.

Autodenominação	Significado	Remetente a aldeia
Bóku Mógorége	Habitantes do cerrado	Meruri, Sangradouro e Garças
Itúra Mogorége	Habitantes das matas	Jarudori, Pobori e Tadarimana
Orari Mógo Dóge	Habitantes das plagas do peixe pintado	Córrego Grande e Piebaga
Tóri ókua Mogorége	Habitantes dos sopés da Serra de São Jerônimo	Grupo atualmente sem aldeia remanescente
Útugo Kúri Dóge ou Kado Mogorége	"Os que usam longas flechas" ou "Habitantes dos taquarais"	Perigara, no Pantanal

Fonte: SERPA, 2001.

Até o final da década de 1970, as crianças e os jovens sofriam a imposição de um regime escolar da missão indígena que proibia que se falasse a língua nativa nas aldeias de Meruri e do Sangradouro. Um processo de reavaliação e autocrítica dos salesianos culminou no resgate da língua original e do ensino bilíngue (SERPA, 2001). Assim, em todas as aldeias, a maioria da população fala português e bororo atualmente.

Atualmente, os Bororos detêm 6 (seis) TI demarcadas no Estado do Mato Grosso em um território descontínuo e descaracterizado que corresponde a uma área 300 (trezentas) vezes menor do que o território tradicional. As TIs Meruri, Perigara, Sangradouro/Volta Grande e Tadarimana estão registradas e homologadas; a TI Jarudori foi reservada aos indígenas pelos Serviço de Proteção ao Índio (SPI), mas foi sendo continuamente invadida, a ponto de hoje estar totalmente ocupada por uma cidade; já a TI Teresa Cristina está sob judice, uma vez que sua delimitação foi derrubada por decreto presidencial (SERPA, 2001).

Segundo Serpa (2001), as fontes históricas disponíveis informam que o contato inicial dos Bororos com a sociedade nacional remonta ao século XVII, quando as "bandeiras jesuítas" vieram de Belém rumo à região da Bacia do Rio

Araguaia e seguiram pelos rios Taquari e São Lourenço, em direção ao Rio Paraguai. Em meados do século XVIII, o contato intensificou-se com as Bandeiras Paulistas e com a descoberta do ouro na região de Cuiabá. Nesse período, a exploração aurífera foi responsável pela cisão do grupo em Bororo Ocidentais e Bororo Orientais.

Os rituais são uma constante na vida dos Bororo. Os principais ritos de passagem (em que as pessoas passam de uma categoria social a outra) são o de nominação, iniciação e funeral. De acordo com Novaes (1992):

> "No ritual de nominação a criança é formalmente introduzida na sociedade Bororo de seu iedaga (o nominador é o irmão da mãe) e das mulheres do clã de seu pai, que a ornamentam para o ritual."

O padrão de morbidade da população Bororo é relativamente constante e reflete, principalmente, a precariedade de suas condições de vida. Os principais agravantes são as doenças infecto-parasitárias que estão relacionadas aos determinantes de saneamento e ao alcoolismo (SERPA, 2001).

POVO KURA BAKAIRI

Os Bakairis se autodenominam Kurâ que quer dizer "ser humano". Eles se consideram os verdadeiros Kurâ, a humanidade por excelência, devendo os demais ser especificados. O termo Kurâ expressa, no sentido restrito," os Bakairis", "o que é nosso".Já Bakairi é de origem desconhecida e encontra-se registrado nas crônicas da história regional desde o século XVIII (BARROS, 1999).

A língua Bakairi, que faz parte da família linguística Karib, compartilha elementos comuns com as línguas Arára e Txikão, bem como com as línguas Nahukwá e Kuikúru. Todos os membros da comunidade Bakairi são fluentes em sua língua nativa, além de também falarem português (BARROS, 1999).

Sobre o bioma, no Estado de Mato Grosso, tanto nas TI Bakairi quanto na Santana, predomina o clima característico do cerrado. Santana situa-se no município de Nobres e tem o seu nome emprestado de um afluente do Rio Novo que, desenhando parte dos seus limites, desce em busca do Arinos, tributário do Juruena, afluente do Tapajós (BARROS, 1999).

A TI Bakairi, na sua quase totalidade, localiza-se no município de Paranatinga, à margem direita do rio Paranatinga ou Telles Pires, afluente dos Tapajós. Uma parte dela situa-se no município de Planalto da Serra, à margem esquerda daquele rio. Nas

suas vizinhanças encontra-se o morro do Urubu, do Daniel e parte da Serra Azul (BARROS, 1999).

Os Bakairi são ribeirinhos, agricultores e pescadores, cumprindo a caça e a coleta como papel complementar. Eles vivem dispersos em diversos grupos, cada qual ocupando um território delimitado por rios e riachos, e com direito a seus recursos. Em regra, a denominação dessas unidades político-territoriais corresponde aos nomes dos rios ou riachos próximos. Um indivíduo ou uma família é identificada como pertencente ao local em que vive, havendo uma relação entre identidade e territorialidade. Essa é a unidade sociológica mais ampla nessa sociedade: o grupo local (BARROS, 1999).

O grupo local é constituído, em geral, a partir de irmãos de ambos os sexos, ou de dois que se casam entre si, sendo liderado por aquele indivíduo que reuniu forças políticas para tanto. É formado por um número variável de grupos domésticos constituídos, na sua maioria, por famílias elementares, ou seja, compostas basicamente por pai, mãe e filhos. Os chefes desses grupos são os esteios que sustentam a ordem política e jurídica, mediante um conselho. Cabe ao líder manter o delicado equilíbrio entre eles e representá-los diante de outros grupos locais e dos não-indígenas (BARROS, 1999).

A arte Bakairi expressa em todos os artefatos temas que remetem ao mundo espiritual, sobretudo nos trançados, nas pás para virar beiju, nos banquinhos zoomorfos, por meio de pinturas feitas com jenipapo, urucum e tabatinga, um tipo de barro branco. Essa característica espiritualiza as coisas materiais e materializa as coisas espirituais (BARROS, 1999). Em termos de cultura material, sobressaem também as redes de dormir, de algodão e de fibras de buriti, confeccionadas em teares verticais.

O cosmos - organizado por Kwamóty e seus netos, Xixi e Nunâ - é concebido em várias camadas presentes na linha do horizonte. Existem duas terras, uma côncava e outra convexa, sendo uma o molde negativo da outra, cada qual com seus rios e águas subterrâneas. Contendo as águas subterrâneas da terra de cima existiria uma redoma, um imenso guarda-chuva, cujas bordas são mantidas presas às extremidades desta terra por imensos sapos míticos. Entre essa redoma e esta terra fica o ar necessário à vida. O sol e a lua, onde foram residir Xixi e Nunâ, respectivamente, movimentam-se de tal forma que, quando nesta terra é dia, na outra

é noite e vice-versa. Essas camadas são interligadas por caminhos invisíveis que somente os xamãs podem ver e percorrer (BARROS, 1999).

Na vida cotidiana Bakairi pode-se observar vários rituais que não obedecem propriamente a um calendário, mas as contingências da vida, estando associados sobretudo ao casamento, à doença, à primeira menstruação e à morte, implicando estes últimos em reclusão alimentar e social. Além desses, tem-se um complexo de ritos sagrados e pan comunitários, denominados kado, cuja execução se concentra no tempo da seca. Há o Anji Itabienly, o "Batizado do Milho", que marca o início do ano Bakairi e do ciclo da ekuru. Ele é realizado por ocasião da primeira colheita desse cereal, ainda verde, em janeiro ou fevereiro. Em meados de abril, quando se encerra a estação das águas, realizam grandes ritos nos quais se utilizam máscaras rituais - o Kápa e o Lakuigâde - mas nunca simultaneamente. Esses rituais podem atravessar anos, sendo suspensos no tempo das chuvas, permanecendo as máscaras rituais no Kadoêti (BARROS, 1999).

POVO ENAWENE NAWE

Até o início da década de 1980 os Enawenê-nawê eram conhecidos como "Salumã". Em 1983, após algumas experiências de contato, os missionários jesuítas finalmente compreenderam que a autodenominação desses indígenas era "Enawenê-nawê" e, desde então, esse termo passou a ser usado para identificá-los (LISBÔA, 1985).

Os Enawenê-nawê falam uma língua da família Aruák, parecida com aquela falada pelos Paresí. Um trabalho sobre fonética e fonologia da língua Enawenê-nawê (REZENDE, 2003) indica que o pertencimento à família Aruák, Maipure (ZORTHÊA, 2006).

Os Enawenê-nawê habitam uma região de transição entre o cerrado e a floresta equatorial. Essa área encontra-se no vale do rio Juruena, formador do rio Tapajós, na porção noroeste do Estado de Mato Grosso. As cidades mais próximas da TI são Brasnorte, Juína, Comodoro e Sapezal, sendo que as três últimas correspondem aos municípios onde a TI está localizada. A TI Enawenê Nawê tem como vizinhos mais próximos os povos Myky, Nambikwara, Rikbaktsa, Manoky/Iranxe e Cinta Larga (SILVA, 2006).

Estima-se que à época dos primeiros contatos, os Enawenê-nawê somavam aproximadamente 130 (cento e trinta) indivíduos. Os dados populacionais desse povo

mostram que, não apenas a população cresceu bastante desde 1974 até a primeira década dos anos 2000, mas ainda que o ritmo desse crescimento tem sido mais veloz nos últimos anos (SILVA, 2006).

A aldeia Enawenê-nawê tem um formato circular e formada por casas comunais retangulares e uma casa circular e no centro, chamada de Yãkwa, ficam guardadas as flautas. No pátio central são realizados os rituais e as partidas de futebol de cabeça, esporte tradicional dos Enawenê-nawê, cujas bolas são feitas de látex extraído das seringueiras. Apanham água, tomam banho e lavam suas panelas em pequenos igarapés situados próximos à aldeia e fazem pequenas roças nos seus arredores (SILVA, 2006).

As casas são feitas de troncos de várias grossuras amarrados com cipós e cobertas com palhas de buriti, com uma entrada de frente para o pátio e outra nos fundos. No interior das casas há uma área de circulação comum formada por um longo e largo corredor central que liga as duas entradas. Nelas estão dispostos grandes jiraus (espécie de mesa alta feita de troncos finos espaçados entre si) sobre os quais se colocam bolos assados de milho, massas de mandioca para secar e entre outros alimentos (SILVA, 2006).

Em cada casa moram diversas famílias ligadas entre si por relações de parentesco. Cada família composta de pai, mãe, filhas e filhos solteiros tem seu próprio fogo, suas redes próximas e um jirau onde guardam os seus pertences. Nesses agrupamentos, os homens são responsáveis pelo provimento de lenha, pela derrubada, queimada e plantio, enquanto as mulheres praticam a limpeza periódica das áreas cultivadas, a colheita e o processamento do alimento (VALADÃO ,1998 e SILVA, 1998).

Os clãs são as unidades mais abrangentes da estrutura social Enawenê-nawê. Eles são segmentos patrilinenses, o pertencimento a um grupo clânico se dá pela linha paterna, espacialmente dispersos devido à regra do casamento uxorilocal, onde o marido reside com sua esposa, na casa dos pais dela. Desempenham importantes funções matrimoniais, rituais, econômicas e políticas (SILVA, 2006).

Para os Enawenê-nawê, a pessoa é uma trindade em potência. Ao morrer, dá-se origem a três subjetividades cósmicas, um Enore, um Iakayreti e um Dakoti. As expressões vitais representadas pela pulsação cardíaca no peito e na região da cabeça, a respiração, a vividez dos olhos, a fala, a sensibilidade olfativa e a audição amalgamam-se no que é conhecido como Hesekonase, a “alma celeste”, que sobe

ao eno, a camada principal do cosmos. Lá ela desembarca como um deus enore, passando a conviver com seus parentes consanguíneos, do mesmo clã (Silva, 2006).

O cosmos Enawenê-nawê é representando por quatro níveis: acima do patamar terrestre, onde vivem, encontra-se o eno, moradia dos deuses celestes, o(a)s enore(lo) nawe; abaixo do plano terrestre, um amplo e sinistro universo dominado pelos Iakayreti; e acima do eno, a quarta e última camada, um infinito espaço inalcançável e sem vida (SILVA, 2006).

O calendário ritual Enawenê-nawê está ligado às atividades econômicas que realizam. Toda a sociedade estabelece uma relação de troca constante entre grupos rituais e os espíritos subterrâneos (iakayreti) e celestes (enore nawe) que se dá por meio de um ciclo anual de rituais. Os produtos agrícolas, os peixes e os produtos de coleta são bens de consumo e de troca. Assim, os Enawenê-nawê organizam os trabalhos para produzir alimentos para o consumo cotidiano e para serem oferecidos e trocados durante os rituais (SILVA, 2006).

POVO CHIQUITANO

O povo Chiquitano foi constituído a partir de um amálgama de grupos indígenas aldeados no século XVII pelas missões jesuíticas. Habitantes da região de fronteira entre Brasil e Bolívia, foram compulsoriamente envolvidos em conflitos políticos e diferenças culturais decorrentes de uma divisão territorial que não lhes dizia respeito (SILVA E COSTA, 2001).

A maioria desse povo está na Bolívia e os que moram no Brasil têm sido explorados como mão de obra barata por fazendeiros, os quais também representam uma ameaça constante de invasão aos poucos territórios que lhes restam. No entanto, os Chiquitanos têm lutado pelo direito a uma TI que está em processo de identificação pela Funai e que poderá assegurar a continuidade de sua identidade cultural (SILVA E COSTA, 2001).

A palavra chiquito significa "pequeno" e designa os vários grupos localizados na zona de transição entre o Chaco Boreal e as selvas pantanosas que se estendem desde o Amazonas. Os Chiquitos, denominados povos do planalto, foram assim chamados devido à suposição de que se tratava de uma povoação de pessoas pequenas, devido à pouca altura das entradas das casas, o que, na verdade, era para evitar a entrada de mosquitos (SILVA E COSTA, 2001).

Na Bolívia, o Chiquito seja provavelmente a quarta língua indígena mais falada (depois do Quéchua, do Aimará e do Chiriguano), com estimativas que variam entre 40 a 60 mil falantes, dependendo das fontes. A língua Chiquito é resultado de um complexo processo histórico em que falantes de várias línguas indígenas conviveram nas reduções jesuíticas, entre 1680 a 1787 (ALBÓ, 1991).

No Brasil, ainda não há estudos linguísticos realizados entre os Chiquitano que vivem desse lado da fronteira. Contudo, a partir de uma amostra de palavras, que foram comparadas a vocábulos do Chiquitano na Bolívia, pode-se afirmar que se trata da mesma língua, possivelmente do dialeto Tao. No Brasil essa língua também é conhecida como "língua" ou "linguará", ou "anenho".

O povo Chiquitano resulta de um conjunto de povos - Samucos, Paikoneka, Saraveka, Otuke, Kuruminaka, Kuravé, Koraveka, Tapiis, Korokaneka, Manacica e Paunaka e entre outros - que foi aldeado na Bolívia, em missões jesuítas nos séculos XVII e XVIII. Vários foram os aldeamentos que compuseram as Missões de Chiquitano: de San Xavier, de San Rafael, de San José, de Miguel, de San Inácio de Zamucos, de Santa Ana, de Santo Coración de Jesús e de Santiago de Chiquitos, de San Juán Bautista e Concepción de Chiquitos (SILVA E COSTA, 2001).

No Brasil, parte da área, onde vivem os Chiquitano, foi inicialmente posse da Coroa Espanhola, por consequência, esse povo, muitas vezes, era e ainda é considerado boliviano (ou castelhano). Durante muito tempo, a região foi motivo de conflitos de fronteira e a documentação existente no arquivo público de Mato Grosso é farta em notícias sobre os frequentes deslocamentos desse povo e a pobreza de sua condição. Com relação a isso, há registro de um grupo de cerca de 200 famílias Chiquitanos da Bolívia que migraram para a região de Vila Bela, no estado mato-grossense, para refugiar-se da guerra do Chaco, entre a Bolívia e o Paraguai, na segunda década do século XX (SILVA E COSTA, 2001).

No Brasil, os Chiquitanos vivem no estado do Mato Grosso, na fronteira com a Bolívia, nos municípios de Vila Bela, Cáceres e Porto Esperidião. Na Bolívia, localizam-se no departamento de Santa Cruz, nas províncias Nuflo de Chaves, Velasco, Chiquitos e Sandoval (SILVA E COSTA, 2001).

Uma importante fonte de renda dos Chiquitanos no Brasil é o trabalho assalariado em fazendas, sobretudo ligado à pecuária. As mulheres também podem trabalhar como domésticas em cidades próximas, mas sobretudo as que já vivem em cidade exercem essa profissão. Alguns homens das comunidades também trabalham

nos destacamentos militares em atividades esporádicas, tais como capina, abate de reses e limpeza (SILVA E COSTA, 2001).

Os elementos culturais que permitem pensá-los como um povo são o uso e a confecção de redes, o uso e a fabricação de potes de cerâmica para armazenar água, e o uso de cochos de madeira, recipientes para a chicha (bebida fermentada feita a partir da mandioca ou do milho). A estrutura e material utilizado para construção das casas (em geral com um terraço central que divide a casa em duas, também amplamente observada nos lugarejos bolivianos próximos à fronteira) e festas ligadas aos santos dos missionários (SILVA E COSTA, 2001).

Um importante ritual para os Chiquitanos é o carnavalito, realizado na terça-feira de carnaval, com músicas tocadas em um tambor e flautas. Nesse dia, um cortejo com bandeiras coloridas percorre as casas, tendo sido permitido que se jogue lama, tinta e excrementos nos homens. À noite, há um rito de flagelação aos homens, no qual as mulheres empunham chicotes e podem usá-los em parentes próximos, tais como filhos ou irmãos (SILVA E COSTA, 2001).

POVO BALATIPONÉ/UMUTINA

No início do século XX os Umutina foram vítimas da violência do homem branco. Eles foram descritos e tidos pelos não indígenas como “indígenas agressivos e violentos” que impediam, pela força, a invasão de seu território tribal. Apesar dos efeitos desagregadores advindos do contato, como a perda da língua nativa, de sua terra tradicional e das doenças que causaram um grave decréscimo populacional, esse povo possui um forte sentido de identidade étnica. E assim reconhecendo-se como tradicionais moradores do Alto-Paraguai, envolvidos atualmente na recuperação de suas manifestações socioculturais tradicionais (Equipe de edição Povos Indígenas no Mato Grosso, 2009).

Os Umutinas foram inicialmente denominados pelos não indígenas de "Barbados", devido ao uso, por parte dos homens, de barbas confeccionadas a partir do cabelo de suas mulheres ou do pelo do macaco bugio. O grupo se autodenominava Balotiponé, cujo significado é "gente nova". Somente após o contato e convivência com os indígenas Paresi e Nambikwara, em 1930, passaram a ser conhecidos por "Umotina", “Omotina", ou "Umutina" (grafia utilizada desde a década de 40) que significa branco.

Os Umutinas não falam mais a língua indígena, classificada como pertencente ao tronco linguístico Macro-Jê, da família Bororo. Sua perda está associada à violência do contato desse povo com os não indígenas, ocorrido a partir de 1911. Após alguns anos muitas epidemias assolaram a região, provocando a morte de quase todos os Umutinas. Os sobreviventes passaram a viver junto aos pacificadores do SPI (Serviço de Proteção ao Índio) que atuavam na região e educados em uma escola para não indígenas que ensinava somente a cultura dos brancos. Neste cenário, sua língua materna foi proibida e a prática de qualquer tipo de atividade relacionada a sua cultura material e imaterial (Equipe de edição Povos Indígenas no Mato Grosso, 2009).

Atualmente, o português é a língua predominante, porém os membros da comunidade lutam, por meio do conhecimento dos idosos, dos professores e dos universitários indígenas, a recuperação da língua Umutina (Equipe de edição Povos Indígenas no Mato Grosso, 2009).

Os Umutinas viviam antigamente na margem direita do rio Paraguai, aproximadamente entre os rios Sepotuba e Bugres. Entretanto, sua área de domínio estendia-se desde aquelas paragens até o rio Cuiabá. Com a chegada dos não indígenas, os Umutinas deixaram a região do Sepotuba e migraram mais para o norte, vivendo às margens do rio Bugres, por eles denominado Helatinó-pó-pare, afluente do alto Paraguai (Equipe de edição Povos Indígenas no Mato Grosso, 2009).

As principais descrições sobre os costumes e os modos de vida dos Umutinas foram feitas pelo pesquisador e etnólogo Harald Schultz que, na década de 1940, esteve entre eles por três diferentes momentos, totalizando um período de 8 meses de convivência com aqueles 23 (vinte e três) indígenas ainda aldeados. Eles deram origem aos sobrenomes utilizados atualmente por esse povo: Amajunepá, Amaxipá, Waquixinepá, Uapodonepá, Boroponepá, Kupodonepá, Soripa, Ariabô, Torika, Atukuaré, Pare, Bakonepá e Manepá.

No início da década de 40, os remanescentes Umutinas viviam em grupos de famílias nucleares em três casas comunais. As mulheres de cada casa eram parentes consanguíneos e seus casamentos eram tratados e resolvido pelos pais. O pretendente deveria ser, antes de tudo, bom caçador, senão seria rejeitado pelo futuro sogro. Se aceito, o noivo deveria dar provas de sua perícia como caçador e pescador. Quando os homens se casavam passavam a residir na casa de sua esposa, devendo obediência ao sogro. Na maior casa visitada por Schultz, havia quatro gerações

reunidas dessa maneira sob o mesmo teto (Equipe de edição Povos Indígenas no Mato Grosso, 2009).

A medicina Umutina se baseava em ervas medicinais. Temiam diversos espíritos que lhes transmitiam doenças e evitavam o consumo de carne de capivara e paca, pois acreditavam que a "sombra" destes roedores lhes causaria "ataques e cãibras". Entre os grupos remanescentes não havia mais médico-feiticeiros que parecem ter sido considerados “maus”. Mas quando se tornavam uma ameaça ao grupo, eram eliminados, conforme as histórias que os indígenas narravam (Equipe de edição Povos Indígenas no Mato Grosso, 2009).

Os Umutinas acreditavam serem dotados de três almas: uma delas ia para o céu, a segunda se encarnava em animais, de preferência ave, mas também em mamíferos e até em onças, e a terceira não foi verificada. A respeito da reencarnação, o indígena via em sonhos o animal que sua alma escolheria quando morresse. Comunicava-o aos parentes que, em caso de sua morte, providenciaram o tal animal que deveria ser o "portador da alma". Acreditavam que a preguiça e a mentira seriam males que impediriam o repouso e descanso eterno da alma, que ficaria errando sobre a mata, sem comida, bebida (Equipe de edição Povos Indígenas no Mato Grosso, 2009).

POVO MANOKI/IRANTXE

O povo Manoki é como se autodenominam os indígenas mais conhecidos como Irantxe, cuja língua não tem proximidade com outras famílias linguísticas. Contudo, sua história não é muito diferente da maioria dos indígenas no Brasil, ao serem praticamente dizimados em decorrência de massacres e doenças advindas do contato com os brancos (ARRUDA, 2003).

Em meados do século XX, a maioria dos sobreviventes não viu alternativa senão viver em uma missão jesuítica, responsável pela profunda desestruturação sociocultural do grupo. Em 1968, os Manokis receberam do governo federal uma terra fora de sua área de ocupação histórica, cuja característica ambiental inviabilizou o uso tradicional dos recursos (ARRUDA, 2003).

Destino diverso teve os Mykys, grupo manoki que se manteve isolado da sociedade nacional até 1971. Desde então, passaram a sofrer igualmente as consequências do cerco da especulação imobiliária em seu território (ARRUDA, 2003). Atualmente ambos os grupos estão reivindicando a ampliação de suas terras.

Os Manokis (Irantxe e Myky) localizam-se em duas TI no oeste do Estado do Mato Grosso, ambas pertencentes ao município de Brasnorte: a TI Irantxe, na região do rio Cravari, e a TI Myky, às margens do rio Papagaio. A primeira possui seis aldeias: Paredão, Recanto do Alípio, Perdiz, Asa Branca, Treze de Maio ou Aldeia do Maurício e a maior delas, Cravari. Desde sua criação pelo decreto presidencial de 1968, quando foi homologada com quarenta e seis mil, setecentos e noventa hectares, os limites da Terra Indígena Irantxe foram questionados (ARRUDA, 2003).

Em 1971, quando repercutiram as notícias sobre a existência de um grupo isolado (ver "O caso dos Myky"), os Irantxe-Manoki passaram a reivindicar novos limites para suas terras na direção desses "arredios". Contando com apoio dos jesuítas, a ampliação foi parcialmente feita em 1977. Mas esses limites só foram homologados em 1990 para, logo em seguida, serem novamente contestados pelos indígenas (ARRUDA, 2003).

O território histórico do povo manoki, segundo a memória oral dos indígenas e com os registros históricos, se estendia pela margem esquerda do rio do Sangue e margem direita do rio Cravari. Mas limitando-se ao sul no córrego Membeca e ao norte na junção do rio Cravari com o rio do Sangue. Pivetta, em sua pesquisa de 1992, reconstituiu com o auxílio dos Manoki mais velhos uma lista de 27 aldeias antigas, estimando uma população de mais de mil pessoas no início do século XX (ARRUDA, 2003).

Segundo relatos dos mais velhos, a trajetória dos Manoki se orientou das proximidades do córrego Membeca e rio do Sangue rumo ao rio 13 de Maio. Uma das razões alegadas para as migrações foram ataques dos Tapayuna e, em alguns casos, dos Rikbaktsa. Já o envolvimento dos Manoki com a sociedade nacional está ligado ao processo de ocupação regional, profundamente modelado pelas frentes de expansão seringalistas, pela atuação do Estado e pela presença jesuítica (ARRUDA, 2003).

Desde a fundação da Prelazia Diamantina em 1930, com sede na cidade de Diamantino, os jesuítas já faziam incursões ao interior voltadas para a catequese indígena e sertaneja. Em 1946, instalaram a Missão em Utiariti, na margem esquerda do rio Papagaio, com uma área de 8.200 hectares cedida à Prelazia Diamantina pelo governo estadual. Passaram a disputar a atuação catequética com os missionários da Inland South American Missionary Union - ISAMU (1937) e com os funcionários do

SPI sediados no Posto Tolosa, criado em 1945 para efetuar a atração dos Manoki (ARRUDA, 2003).

Até então, os jesuítas encontravam pouca receptividade por parte dos indígenas e mesmo dos empregados da linha telegráfica, que eram a maioria da população das cercanias. Porém, a fase inaugurada com a mudança para Utiariti propiciou a consolidação e expansão da missão indígena (ARRUDA, 2003).

A partir dos anos 60, se adensou a ocupação regional, agora por empresas agropecuárias, mineradoras, madeireiras e projetos de colonização, possibilitada pela abertura de estradas, sendo a principal delas a BR 364, ligando Cuiabá a Porto Velho, terminada em 1968. Tornam-se frequentes os conflitos com a população indígena, levando ao extermínio aldeias inteiras, processo acelerado nos anos 70 e 80 (ARRUDA, 2003).

A enorme perda populacional, a expulsão de seu território próprio, a catequese e o processo histórico de envolvimento pela sociedade brasileira impuseram severas restrições à reprodução do modo de vida manoki. Tradicionalmente, esses indígenas têm sua unidade de produção e consumo na família extensa, matrilocal, sendo o trabalho masculino baseado na cooperação entre genros e sogros. Mas atualmente há também muitos casais jovens que fazem sua casa separadamente, constituindo a família elementar como unidade de produção e consumo, embora pareçam se manter, ainda que atenuadas, as obrigações de cooperação e partilha características das relações dos genros com seu sogro (ARRUDA, 2003).

Cada família costumava fazer uma roça perto da aldeia, de meio a dois hectares, consorciada com mandioca brava, milho fofo, batata doce, cará, batata, feijão costela, feijão fava, araruta, urucum, algodão, amendoim e outras espécies. Posteriormente incorporaram a mandioca mansa, a cana-de-açúcar, o milho duro, o arroz e o feijão guandu (ARRUDA, 2003).

As atividades econômicas tradicionais são intrinsecamente ligadas a atividades rituais, tais como as festas do período da seca e as do período das chuvas, com duração de aproximadamente um mês cada (ARRUDA, 2003).

Os mais velhos lembram que quando viviam em seu território tradicional, além das roças familiares, havia roças especiais acompanhadas de ritos de iniciação dos meninos, associados às flautas sagradas (as masculinas são chamadas de Yetá e as femininas de Nadipu) de uso exclusivo dos homens. Ainda hoje, durante a parte do dia, eles as tocam na casa das flautas que fica fora da aldeia e escondida pela

vegetação e de noite no pátio das aldeias. Entretanto, é proibido às mulheres e às crianças vê-las, evitando-se até mesmo fazer menção à sua existência (ARRUDA, 2003).

POVO MYKY

O destino um pouco diverso teve os Myky, grupo manoki que se manteve isolado da sociedade nacional até 1971. Segundo relato do padre Tomás de Aquino Lisboa (1979), sobrevoando a região, membros da Missão Anchieta localizaram em 1969 duas aldeias na cabeceira do córrego Rico, afluente do Rio Juruena, apontando a possível existência de irantxe "arredios". Foi feita então uma primeira expedição por terra composta por padres e indígenas da aldeia do Cravari. Mas a aldeia encontrada estava vazia. No ano seguinte, fizeram nova expedição, igualmente fracassada (ARRUDA, 2003).

Em 1971 foi feito novo sobrevoo e outra aldeia foi localizada, num córrego a 20 km da antiga aldeia que foi batizado de “Escondido” por estar encoberto pelo mato. Por fim, uma nova expedição por terra composta por missionários e dois manoki - Tapurah e Tupxi - possibilitou o primeiro encontro com o grupo composto por cerca de 23 pessoas que se identificaram como Myky (ou Mükü, segundo a grafia do padre Tomas de Aquino Lisboa, presente no encontro) e falavam a mesma língua dos Irantxe. O encontro foi amigável e os visitantes foram recebidos com cará assado (ARRUDA, 2003).

Os Manoki do Cravari e os Myky conversaram animadamente e fizeram o choro ritual para celebrar seu encontro. O grupo havia se separado dos demais Manoki no início do século XX, quando em fuga dos brancos depois do massacre da aldeia do córrego Tapuru. Desde então, seguiram-se várias visitas com trocas de presentes com machados, foices, anzóis e facas, comidas como chichas de milho, bolos de beiju e amendoim, assim como enfeites nasais e outros adornos pelosMyky. Uma das moças Myky foi oferecida como esposa a Tapurá que se declarou viúvo. Na segunda visita, os visitantes pernoitaram na aldeia e apresentaram as flautas sagradas yetá (ou jetá), proibida às mulheres. Tapurá decidiu casar-se e morar definitivamente na aldeia. O padre Tomas de A. Lisboa levou então 12 manoki para a festa de casamento de Tapurá (relatada no item "Rituais"). Desde então, o relacionamento entre os Manoki do Cravari e os Myky tem sido frequente, havendo vários casamentos entre os componentes dos dois grupos. Os Myky representam uma forte referência cultural

para os outros Manoki, pois ainda guardam tradições dos antigos e praticam certos rituais, como o de iniciação, que haviam sido abandonados (ARRUDA, 2003).

Em 1973, a Missão Anchieta passa a alertar a Funai do perigo das frentes de penetração que estavam se aproximando rapidamente da área Myky, com demarcação e derrubadas a menos de cinco quilômetros da aldeia, sendo, em seguida, invadida e destruída. Em 1974, foram interditados 35 mil hectares por decreto presidencial e quatro anos depois, a área foi demarcada com extensão de 47.094 hectares (ARRUDA, 2003).

O padre Tomas de A. Lisboa passou a morar entre os Myky em 1976, e, em fins de 1979, Elizabeth Rondon Amarante, irmã da Congregação do Sagrado Coração de Jesus, também passou a viver entre esses indígenas. Na época já enfrentavam problemas fundiários, pois estavam cercados de fazendas e demográficos, uma vez que eram apenas quatro famílias e devido ao sistema de parentesco, havia possibilidades restritas de casamentos (ARRUDA, 2003).

POVO NAMBIKWARA

Os famosos na história da etnologia brasileira, por serem contatados “oficialmente” pelo Marechal Rondon e por serem estudados pelo renomado antropólogo Claude Lévi-Strauss, os Nambiquara vivem hoje em pequenas aldeias, nas altas cabeceiras dos rios Juruena, Guaporé e (antigamente) do Madeira (MILLER, 2008).

Eles vivem tanto no cerrado quanto na floresta amazônica e nas áreas de transição entre esses dois ecossistemas. Os Nambiquaras ocuparam uma extensa região no passado e se caracterizaram pela mobilidade espacial. Eles são dotados de uma cultura material aparentemente simples e de uma cosmologia e um universo cultural extremamente complexo. Os Nambiquaras têm preservado sua identidade por meio de um misto de altivez e abertura ao mundo (MILLER, 2008).

O termo Nambiquara é de origem Tupi e pode ser glosado como “orelha furada”. Foi a partir da penetração da Comissão Rondon no interior do Mato Grosso que os indígenas até então, referidos como “Cabixi”, passaram a ser designados “Nambiquara”, termo pelo qual são conhecidos até hoje (MILLER, 2008).

O etnônimo ainda pode ser grafado de outras formas: Nambikwara, Nambikwara e Nhambiquara. Assim, desde o início do século XX, esse termo é usado para designar os diversos grupos que ocupavam a região, a qual compreende o

noroeste do estado do Mato Grosso e as adjacências do estado de Rondônia. E entre os afluentes dos rios Juruena e Guaporé até as cabeceiras dos rios Ji-Paraná e Roosevelt (MILLER, 2008).

Os grupos que ocupavam e que ainda ocupam a Chapada dos Parecis, o Vale do Guaporé e a região norte, entre o rio Iquê e os rios Cabixi e Piolho, falam línguas da família linguística Nambiquara. Trata-se de uma família linguística sem qualquer relação comprovada com outras famílias linguísticas da América do Sul.

Segundo a classificação de David Price (1972), a família linguística Nambiquara pode ser dividida em três grandes grupos de línguas faladas em diferentes regiões do território Nambiquara que são: Sabanê, Nambiquara do Norte e Nambiquara do sul (MILLER, 2008).

O território tradicionalmente ocupado pelos Nambiquara pode ser dividido em três áreas geográficas. A primeira é formada pela Chapada dos Parecis, que corresponde à parte oriental do território de Nambiquara. Essa região consiste em um planalto cortado pelo rio Juruena e seus afluentes: os rios Juína, Formiga, Camararé, Camararézinho, Nambiquara, Doze de Outubro e Iquê. A área é coberta por grandes extensões de savana e a floresta é densa e cobre 5% da região (MILLER, 2008).

Os grupos que vivem nesse local concebem todo o território ocupado pelos Nambiquara, a partir da distinção entre áreas de savana (halósú) e áreas de floresta (sá"wentsú). A região do Vale do Guaporé corresponde ao oeste do território Nambiquara, entre o limite do planalto acima mencionado e o rio Guaporé. Com relação a cobertura por floresta, tem-se que 85% da região é coberta. Na parte abaixo do planalto, a floresta é mais densa e o solo é mais fértil. A floresta diminui a oeste, na direção do rio Guaporé, área composta por várzeas e planícies inundáveis. Em direção ao rio Guaporé, correm os rios Cabixi, Piolho, Galera e Sararé. Este último define o limite sul do território ocupado pelos Nambiquara. A região do rio Sararé é separada do restante do Vale do Guaporé pela Chapada de São Francisco Xavier. O rio Guaporé desemboca no rio Madeira, a noroeste (MILLER, 2008).

No norte da área Nambiquara, as florestas cobrem a região ao longo dos rios Roosevelt e Ji-Paraná, assim como seus afluentes. Em todas as três regiões descritas, o clima é caracterizado por um período chuvoso entre setembro e março, e período seco no restante do ano (MILLER, 2008).

Os primeiros registros da região ocupada pelos Nambiquara datam de 1770, quando é organizada uma expedição para construir uma estrada ligando o Forte

Bragança à Vila Bela e também para procurar ouro nesta região. Os documentos relativos a essa expedição mencionam a presença de indígenas, entre os quais figuram os “Cabixi”, localizados entre o alto curso do rio Cabixi, o rio Iquê e o baixo curso do Juruena. É provável que se tratasse dos Sabanê, grupo que habitava o extremo norte do território Nambiquara.

Nessa época, além do termo “Cabixi”, vários termos foram usados para designar os grupos hoje conhecidos como Nambiquara. Um subgrupo dos Pareci também era chamado de Cabixi nesse mesmo período e, em alguns registros históricos, estabelece-se uma distinção entre os Cabixis “mansos” e “bravos”, designando os Pareci e os Nambiquara, respectivamente (MILLER, 2008).

Segundo Lévi-Strauss (1948), os critérios que definem uma pessoa como membro de um determinado grupo são maleáveis e, muitas vezes, atendem a interesses políticos, o que impossibilita definir com precisão o grupo ao qual uma pessoa pertence (MILLER, 2008).

Os diferentes tipos de habitação foram encontrados nas aldeias localizadas em cada uma das três regiões que compõem o território Nambiquara. Entre os grupos do norte, as casas eram cônicas; na região do Guaporé, as casas eram grandes e compridas e na região do Vale do Juruena, eram pequenas e semi-esféricas (MILLER, 2008).

Rondon (1922) descreveu a primeira aldeia nambiquara que visitou, em 1907, na região do vale do Juruena. Segundo ele, a aldeia era composta por uma casa grande e outras duas menores, ambas com formato semi-esférico e cobertas de palha. Em uma das casas menores, ele encontrou flautas de taquara semelhantes a dos Pareci. De acordo com a sua descrição, a aldeia tinha o formato circular com o terreiro em frente às casas “irrepreensivelmente limpo” (MILLER, 2008).

O poder xamânico é descrito pelos Mamaindê (um grupo Nambiquara do norte) como a posse de muitos objetos e enfeites corporais dados ao xamã pelos espíritos dos mortos e também pelo xamã que o iniciou nas técnicas do xamanismo. Assim, entre todas as pessoas, o xamã é aquele que possui a maior quantidade de enfeites corporais (MILLER, 2008).

Os dois xamãs atuantes na aldeia Mamaindê estão sempre usando muitas voltas de colar de contas pretas. Um deles nunca deixa de usar uma faixa de algodão tecido ao redor da cabeça, às vezes, substituída por uma única linha de algodão vermelha, e também faixas de algodão nos braços (MILLER, 2008).

Os enfeites e objetos do xamã podem ser chamados de wanin wasainã"ã, “coisas mágicas”, ou waninso"gã na wasainã"ã, “coisas do xamã”. De posse dos enfeites e objetos dos mortos, o xamã passa a ver o mundo como eles, assim, adquirindo a capacidade de enxergar as coisas que, para a maioria das pessoas, são invisíveis e de torná-las visíveis (MILLER, 2008).

No entanto, não é apenas o xamã que possui enfeites corporais. Os Mamaindês dizem que, além dos enfeites visíveis, todos possuem também enfeites internos, os quais só o xamã pode enxergar e tornar visíveis durante as sessões de cura. Por se tornar um enfeite visível ou invisível não é uma característica intrínseca atribuída a ele, mas a capacidade visual do observador (MILLER, 2008).

POVO PARESI

Os Paresis têm uma antiga história de contato com os não indígenas. As primeiras referências feitas a eles datam do fim do século XVII e, desde então, o contato foi se intensificando e gerando consequências, muitas vezes, devastadoras para o povo. Cada subgrupo Paresi enfrentou diferentes situações, devido à proximidade ou distância, dos não indígenas. A intensa relação com os jesuítas da Missão Anchieta (MIA) quase ocasionou a extinção de um dos dialetos falados por eles e trouxe transformações nos aspectos socioculturais desse povo, já que as uniões entre os diferentes povos indígenas eram incentivadas (Equipe de edição Povos Indígenas no Mato Grosso, 2009).

Atualmente os Paresis mostram-se preocupados em manter seus costumes e com a recuperação de outros aspectos que consideram importantes para a manutenção das suas práticas socioculturais, tendo em vista todas as consequências sofridas ao longo da sua história com os não indígenas (Equipe de edição Povos Indígenas no Mato Grosso, 2009).

Além disso, eles vêm tentando encontrar novas formas de sobrevivência e de estratégias de geração de renda, mostrando-se muito interessados com a preservação e conservação de suas áreas (Equipe de edição Povos Indígenas no Mato Grosso, 2009).

O termo de autodenominação dos Paresi é Halíti que pode tanto ser traduzido como "gente" numa referência explícita ao gênero humano em oposição aos animais, quanto como "povo" para indicar uma identidade mais inclusiva do grupo.

A língua Paresi, da família Aruak, é falada por esses indígenas em seus diferentes dialetos, conforme o subgrupo de pertencimento (Wáymare, Kozárene, Kaxínti ou Kazíniti, Warére e Káwali), além da portuguesa, ensinada nas escolas bilíngues de ensino fundamental localizadas nas aldeias. Há, no entanto, regiões onde o português é predominante. O subgrupo wáymare, por exemplo, foi um dos que teve mais contato com os não indígenas. Quase esteve em extinção, devido ao contato e permanência na Missão Anchieta em Utiariti. Lá, eram proibidos de falar a língua materna e obrigados a casar com indígenas de outras etnias, como Rikbaktsa, Irantxe e Kayabi, e incentivados a realizar casamentos entre os subgrupos, perdendo, assim, o idioma tradicional. Em aldeias onde predominam outros subgrupos o português é falado apenas com aqueles que não são Paresis (Equipe de edição Povos Indígenas no Mato Grosso, 2009).

Datam do último quartel do século XVII, as primeiras referências ao sertão dos indígenas Paresis. Na época, bandeirantes paulistas vararam os sertões na vasta área que compreende hoje o estado de Mato Grosso, à procura de indígenas com o intuito de escravização — prática que posteriormente aliaram à exploração das riquezas minerais da região. O bandeirante Antônio Pires de Campos, por meio do rio Sepotuba, atingiu um extenso chapadão que denominou “reino dos Parecis”, numa referência ao povo que lá habitava. Chamou-lhe a atenção o fato de constituírem um povo numeroso e de fácil trato. Observou a organização política do povo Paresi caracterizando-a como descentralizada. A conjugação desses fatores deve ter estimulado a cobiça dos invasores à escravização que iniciaram, em seguida, a busca por Paresis (Equipe de edição Povos Indígenas no Mato Grosso, 2009).

Os Paresis acreditam que as florestas e os rios são habitados por espíritos. Uma serpente espírito e sua esposa eram cultuados na casa dos homens, onde a serpente era representada por uma espécie de trombeta e sua esposa, por uma flauta. Lá, onde os homens dançavam e cantavam, as mulheres eram proibidas de entrar. Os homens beberam chicha para aliviar a sede da serpente espírito e comiam abundância de carne para satisfazer sua fome.

Algumas doenças ainda são tratadas pelos poucos xamãs existentes que têm a reputação de poderem voar. Curam-nas utilizando plantas medicinais e soprando fumaça de tabaco em seus pacientes. Os Paresis acreditam que feiticeiros são os responsáveis por causar doenças ao jogar veneno em suas vítimas ou colocando-o em suas bebidas (Equipe de edição Povos Indígenas no Mato Grosso, 2009).

Conta o mito de origem dos Halíti que antigamente não existia ninguém, só Enoré, que tinha uma filha e um filho. Quando seus filhos foram buscar água para ele, escutaram um barulho e a terra estremeceu. Eram os Paresis emergindo de dentro da abertura de uma rocha próximo de uma ponte natural de pedra, localizada sobre um dos afluentes do rio do Sangue. O primeiro Paresis estava ali, dançando com as flautas sagradas, até que um pequeno pássaro voou para fora da pedra por uma fenda, retornando mais tarde para dizer aos outros como era bonito lá fora. Então Wazáre, o herói mítico, persuadiu vários pássaros e animais para que aumentassem a fenda para que todos pudessem sair.

Um grupo de irmãos saiu do interior da terra por uma abertura na rocha, transportando-se do mundo subterrâneo, onde vivia para outro, situado acima, que se constituiria no mundo Halíti. Esses irmãos contribuíram, de formas diversas, para a conformação desse mundo. Eram eles: Wazáre, Kamazo, Zakálo, Zalóya, Zaolore, Kóno, Tahóe e Kamaihiye. O primeiro a sair foi Wazáre, o mais velho dos irmãos, que orientou a saída dos mais novos e cuidou de sua instalação em diversos locais do novo mundo que descortinava.

A organização social Paresi não é estruturada com base em unidades sociais efetivas como linhagens ou grupos de idade. Entre eles existe um termo que se aplica a todas as pessoas que um determinado ego pode identificar por meio da terminologia de parentesco: itywasá. O significado aproximado do termo é “nome de parente pra chamar”. Há também a expressão katyawazá, cuja tradução poderia ser “ter (ka) nome de parente pra chamar”. A essa se opõe a expressão maiha katyawázere, onde maiha é uma partícula de negação, indicando a impossibilidade de uma identificação com base na terminologia de parentesco. Utiliza-se essa expressão em referência a pessoas “desconhecidas”, em geral, membros de subgrupos distintos, entre as quais inexistem relações que possibilitem nomeá-los (Equipe de edição Povos Indígenas no Mato Grosso, 2009).

As aldeias Paresis são unidades políticas autônomas, mas somente àquelas que formam um grupo local compete arbitrar sobre questões relativas à vida social. De modo geral, é inconcebível a ideia de que moradores de uma aldeia possam intervir diretamente nos assuntos de um grupo local que não o seu. O destino de uma aldeia está nas mãos de seus moradores e as deliberações daquele que lidera o grupo local devem ser respeitadas pelos outros líderes, não sendo admissíveis quaisquer tentativas de dissuasão.

Entre os Paresis existe uma classificação social que parece estar remetida às competências das pessoas no campo das atividades socioeconômicas como agrícolas, caça, construção de unidades residenciais, realização de rituais e trabalhos domésticos. As duas categorias principais dessa classificação são: ezékwaharé e os ewakaneharé. O primeiro termo é uma derivação da palavra ezékane, que significa “o que agente dá”. Ezékane com sufixo haré (pessoa) pode ser traduzido por “pessoa que dá” ou “doador”. Ewakaneharé tem a conotação de “mandado”. A essa classificação correspondem dois grupos: o dos chefes e suas parentelas (ezékwaharé) e dos demais moradores de um grupo local, considerados como “povo” (Equipe de edição Povos Indígenas no Mato Grosso, 2009).

No processo de provisão da vida material, o grupo doméstico, assim como as famílias elementares, são as principais unidades produtivas. A unidade desse grupo se manifesta na realização da atividade econômica considerada como a mais importante pelos seus membros: o cultivo da mandioca brava (Equipe de edição Povos Indígenas no Mato Grosso, 2009).

Os Paresis cultivam vários tipos de mandioca brava; a mais comum é a kéte, produto básico para fazer o beiju (zómose), a farinha de mandioca (tyoloéhe), o polvilho (éhe) com o qual se faz um bolo denominado kenáike e um gênero específico de chicha (olóniti) beberagem feita com o líquido extraído da raiz. Após um processo de fermentação, é consumida, de preferência, em momentos rituais (Equipe de edição Povos Indígenas no Mato Grosso, 2009).

POVO GUATÓ

Os Guatós, considerados o povo do Pantanal por excelência, ocupavam praticamente toda a região sudoeste do Mato Grosso, abarcando terras que hoje pertencem àquele estado, ao estado de Mato Grosso do Sul e à Bolívia. Podiam ser encontrados nas ilhas e ao longo das margens do rio Paraguai, desde as proximidades de Cáceres até a região do Caracará, passando pelas lagoas Gaíba e Uberaba e, na direção leste, às margens do rio São Lourenço. No interior deste vasto território sua presença foi registrada desde o século XVI por viajantes e cronistas (OLIVEIRA, 1995).

Foi entre 1940 e 1950 que se iniciou, de modo mais intenso, a expulsão dos Guatós de seus territórios tradicionais. O gado dos fazendeiros invadia as roças dos indígenas e os comerciantes de peles dificultavam a permanência dos Guatós na ilha

Ínsua e arredores. Então, os indígenas se sentiram sem saída e por essa razão, migraram para outros pontos do Pantanal ou se dirigiram para as periferias de cidades, como Corumbá, Ladário, Aquidauana, Poconé e Cáceres (OLIVEIRA, 1995).

Assim, poucas famílias permaneceram na ilha Ínsua e a partir da década de 50, os Guatós foram considerados extintos pelo órgão indigenista oficial e excluídos de quaisquer políticas de assistência. Foi somente em 1976 que missionários identificaram indígenas Guatós vivendo na periferia de Corumbá e lentamente o grupo começou a se reorganizar e a lutar pelo seu reconhecimento étnico. Hoje, são os últimos canoeiros de todos os povos indígenas que ocuparam as terras baixas do Pantanal (OLIVEIRA, 1995).

Até a década de 1960, a língua Guató permaneceu classificada como língua isolada. Em 1970, o lingüista Aryon D. Rodrigues publicou o texto Línguas ameríndias propondo, pela primeira vez até então, sua filiação no grande e altamente hipotético tronco linguístico Macro-Jê. Anos depois, a linguista Adair P. O Palácio concluiu e divulgou novos estudos fazendo referência à tese de Rodrigues (1970), que trata novamente do assunto em Línguas Brasileiras (1986). Antes deles, no entanto, a língua havia sido registrada por vários cronistas e etnógrafos. Max Schmidt (1942) fez o registro mais denso antes da tese de doutorado de Palácio (1984).

Hoje em dia, a família linguística Guató possui apenas um único membro, no passado talvez tivesse tido mais representantes. Essa avaliação leva em conta o fato de ter havido muitos povos indígenas na região do Pantanal, ao menos até o período colonial.

A caracterização geral da língua Guató pode ser compreendida da seguinte maneira:

> “É uma língua tonal (ou seja, o tom alto ou baixo de uma vogal modifica o significado das palavras), predominantemente aglutinante com respeito à formação das palavras, apresenta marcas de ergatividade (os marcadores de sujeito dos verbos transitivos e intransitivos são diferentes) e é do tipo VSO (a ordem predominante é verbo-sujeito-objeto). Um sistema numeral de base quinária até o número 20 e decimal para os demais é uma das características que a distingue da maioria das línguas indígenas brasileiras”. (Palácio, 1987: 75)

Atualmente, a língua Guató está praticamente extinta. Até o começo de 2008, havia 5 falantes no núcleo de Corumbá, mas com o falecimento de Francolina, que

tinha mais de 100 anos, o número ficou reduzido a quatro. Existe mais um único falante do Guató na região de São Lourenço/ Cuiabá.

Há, em toda a região pantaneira, apenas 5 falantes da língua indígena. Apesar desse triste quadro, existem hoje tentativas de revitalizar a língua e estimular o seu uso na escola indígena.

A ocupação guató, limitada exclusivamente à região pantaneira, permaneceu relativamente inalterada até meados do século XIX, quando se intensificou o processo de ocupação da região do alto Paraguai, especialmente após a Guerra do Paraguai (1864–1870), com a presença de ex-soldados, militares e fazendeiros. A historiografia a respeito dos Guatós não deixa dúvidas quanto à extensa área que outrora ocupavam, onde os indígenas encontravam-se dispersos em pequenos núcleos familiares (OLIVEIRA, 1995).

Na primeira metade do século XX, Monoyer (1905) e Schmidt (1942) buscaram delimitar com maior precisão a área ocupada pelos Guató. Durante os anos de 1900, 1901 e 1902, Monoyer, francês com conhecimento em etnografia, esteve em Mato Grosso e observou os Guatós nos rios Paraguai e São Lourenço, numa área pantanosa que margeia os rios. Em 1901, Schmidt (1942) realizou sua primeira expedição etnológica aos Guató, contatando várias famílias que habitavam a Morraria dos Dourados, a Serra do Amolar, o Canal D. Pedro II (Ilha Ínsua) e as lagoas Gaíba e Uberaba. Também obteve informações sobre a existência de alguns Guató no rio Caracará, um leito do rio Paraguai, além disso, constatou que o território Guató totalizava uma área de 72.600 quilômetros quadrados.

Atualmente, existem três núcleos guató, um deles em Mato Grosso do Sul (aldeia Uberaba, Ilha Ínsua) e dois em Mato Grosso, nos municípios de Barão de Melgaço e Poconé. Nestes, encontra-se a Terra Indígena Baía dos Guató (aldeias Aterradinho do Bananal e Aterro São Benedito), juntos aos rios Perigara e Cuiabá (OLIVEIRA, 1995).

A primeira referência que se conhece na literatura é de Alvar Nuñes Cabeza de Vaca, que cita os indígenas Guatós em passagens de seus Comentários (1542), sobre uma expedição feita ao Mar de Xaraés no século XVI. Outros autores, como Guzman e Hervas y Azara, citaram os Guató em seus escritos ainda nesse século.

Em 1633, os Guatós são mencionados entre as nações de “índios infiéis” a serem submetidos às pregações dos padres da Companhia de Jesus. Em El Paraguay Catolico, o padre Sánchez Labrador (1903) relata que alguns Mbayá-

Guaikuru haviam lhe falado, em 1767, sobre os Guatós, indígenas que cultivavam milho, abóbora, batatas e algodão em pequenas roças plantadas sobre “aterrados” — terrenos elevados artificialmente com conchas e areia para não serem inundados pelas enchentes.

As famílias Guatós viviam de forma autônoma, isoladas umas das outras. Na família, havia a distribuição de tarefas: cabia ao homem a confecção de equipamentos e a realização da coleta, da pesca e da caça e também a preparação dos alimentos; à mulher cabia fazer panelas e outros utensílios de barro, levar as canoas pelos rios e tecer. Os trançados eram feitos por ambos os sexos e as crianças, conforme o sexo, ficavam a serviço dos pais. A organização social era patrilinear e a residência dos recém-casados, patrilocal. Em geral, os Guatós eram polígamos e cada onça caçada poderia dar ao homem o direito a uma esposa, sendo esse um ritual de passagem da adolescência para a vida adulta (OLIVEIRA, 1995).

Para os Guatós, matar onças, especialmente onças-pintadas significava derrotar um animal muito mais forte que o homem, demonstrar coragem, domesticar as paisagens, obter troféus de caça, conquistar prestígio no interior do grupo, além de provar poder defender e trabalhar para o sustento de sua futura família. Por isso mesmo, em alguns assentamentos dos Guatós, foram encontrados vários crânios de felinos amontoados na parte da frente das casas, assim estando como troféus expostos aos visitantes (OLIVEIRA, 2002).

Ao contrário de outros grupos, os Guatós não possuem casa-aldeia, mas habitações que podem ser classificadas como abrigos provisórios e casas permanentes, que servem basicamente para abrigar as famílias diante de fatores climáticos, como a chuva.

Os abrigos provisórios e as casas permanentes podem ter um mesmo padrão de estrutura que pode ser interpretado como o da casa tradicional guató, chamada movír (SCHMIDT, 1942).

As habitações foram descritas, geralmente de maneira simplificada, por vários viajantes e cronistas, a partir da primeira metade do século XIX. Em sua maioria, apresentam semelhantes considerações, tais como: “cabanas mal construídas” (MACERATA, 1843); “tosco barracão” (CASTELNAU, 1949); “pequenos ranchos de ramagens que fazem a pressa quando os ameaça a chuva” (BEUREPAIRE-ROHAN, 1869); “pequenos ranchos em que dormem abrigados do tempo” (LEVERGER, 1862); pequenos e baixos ranchos construídos de galhos, paus e folhas de palmeiras que

são “apenas suficientes para obrigá-los do sol e da chuva” (FERREIRA, 1993); pequenas cabanas com ramos de árvores e folhas de palmeiras, somente para protegerem-se do sol e da chuva (MOURE, 1862); habitações muito rudimentares, um simples para-vento com teto de folhas de palmeiras sobre quatro esteios (MONOYER, 1905).

Os Guatós viviam tradicionalmente da pesca, da caça, da coleta e da agricultura. Como ocupavam uma grande área, conseguiam tirar o sustento nos limites de suas próprias terras. A pesca era realizada na canoa durante o ano inteiro e por todos os membros da família. Usavam o arco e a flecha e preferiam o pacu. A caça era realizada com arco e flecha, armadilhas, bodoques e zagaias e as presas eram as mais variadas espécies de animais, sendo a mais apreciada o jacaré. A coleta era diversificada, destacando-se a do arroz-do-pantanal ou arroz-bravo, espécie nativa colhida nos períodos de cheias. Muitas frutas eram apreciadas, especialmente acuri, forno d’água e sitobá (situpá) (RIBEIRO, 2005).

A cultura material Guató compreende basicamente equipamentos de subsistência (arcos, flechas, bodoques, zagaias, canoas, remos e zingas, artefatos líticos, armadilhas para caçar, pau de cavouco, porrete para pesca) e equipamentos domésticos e de trabalho —objetos em madeira, em conchas de moluscos, em cerâmica, em couros, trançados e tecelagem. Parte dessa cultura material é produzida atualmente, ainda com dificuldades, tanto pelo grupo que reside no Mato Grosso quanto pelos Guató que vivem no Mato Grosso do Sul.

Os Guatós geralmente sepultavam seus mortos em locais específicos e protegidos das cheias, mas não muito próximos dos assentamentos mais fixos, aqueles utilizados na seca (RIBEIRO, 2005).

Os mortos eram enterrados em valas estendidas sobre uma esteira. Quando morria um Guató, havia apenas o seu enterramento e o lamentar de sua perda. O luto era restrito às mulheres que deixavam o cabelo muito curto quando perdiam o marido. Quando morria um filho, a mãe cortava seu cabelo pela metade do comprimento.

Nas festas, consumia-se o vinho da palmeira acuri, também conhecido como chicha e realizavam o cururu, uma roda e dançavam durante várias horas ao som da viola de cocho e do caracaxá (ganzá). Ainda hoje, a viola de cocho (sendo que antigamente era utilizada corda de tripa de bugio na viola) e o caracaxá (ganzá) acompanham e animam as festas guató (RIBEIRO, 2005).

4.1 Dados Geográficos

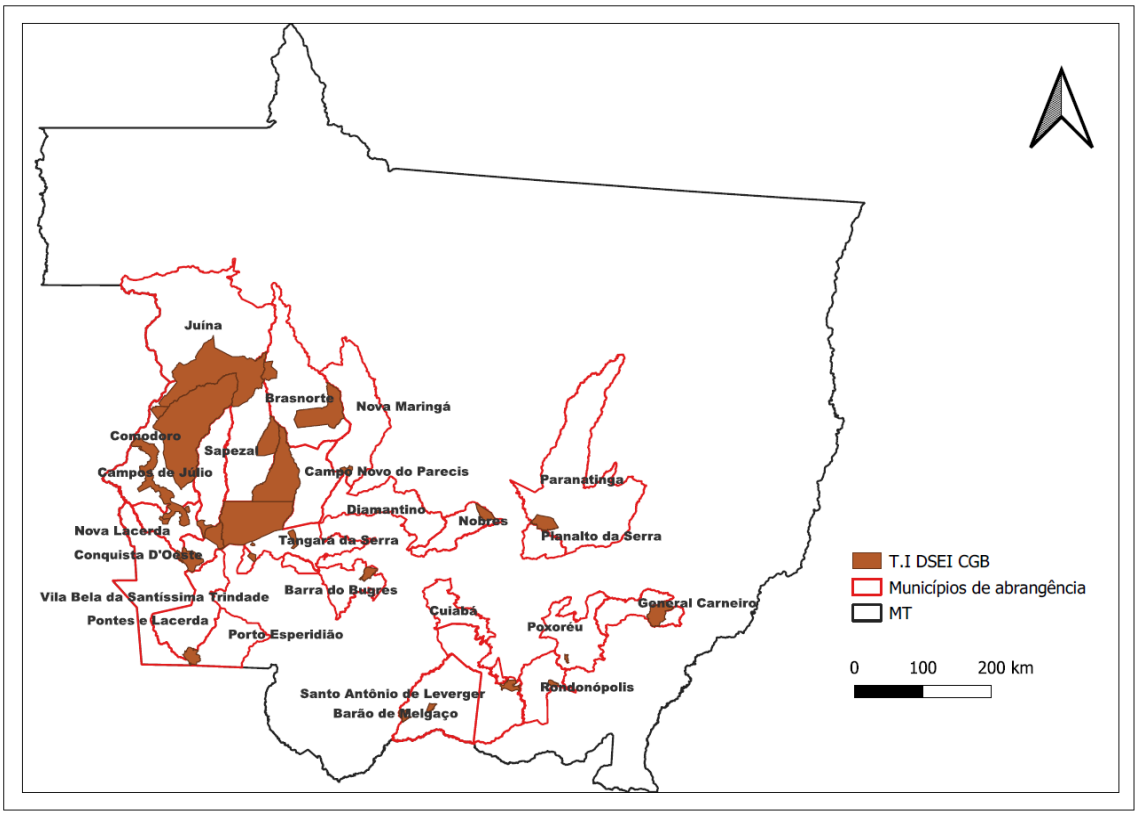
As informações aqui descritas, assim como os mapas apresentados, tiveram como fonte, dados oficiais dos órgãos federais e estaduais como FUNAI, INTERMAT, IBAMA, INMET, PRODES – INPE, MAPBIOMAS, SINFRA MT.

O DSEI Cuiabá está localizado no estado do Mato Grosso e é uma das 27 unidades federativas pertencentes ao Brasil e localiza-se na região Centro-Oeste. Suas fronteiras são formadas pelo Amazonas e Pará ao norte, Tocantins e Goiás a leste, Mato Grosso do Sul ao sul, Rondônia e Bolívia ao oeste. Sua área é de 903.357 km². Mato Grosso está organizado em 22 microrregiões e 5 mesorregiões, dividindo-se em 141 municípios. Ele é o único a possuir características de três biomas brasileiros: Pantanal, Cerrado e Amazônia.

O DSEI Cuiabá tem sua abrangência em 4 das 5 mesorregiões do estado, sendo elas: Norte, Sudoeste, Centro-Sul e Sudeste Mato Grossense.

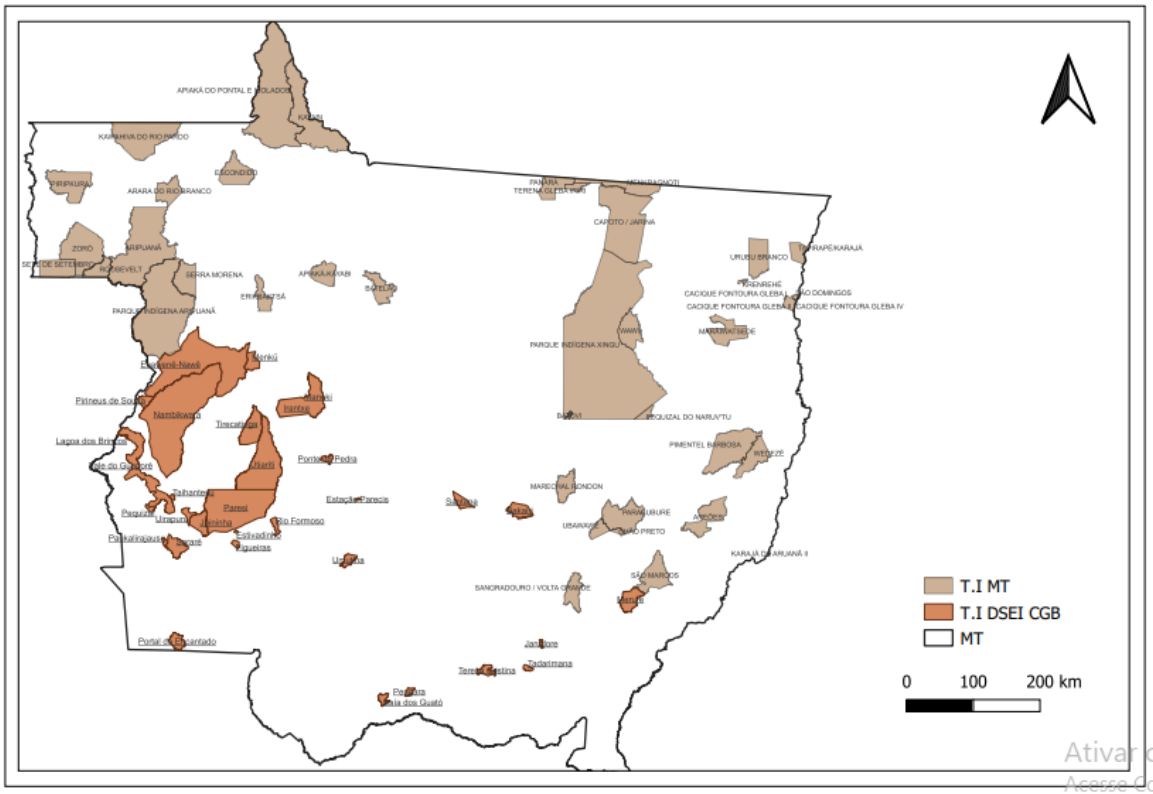
São 31 Terras Indígenas situadas em 23 municípios do estado, como observado nas figuras 1 e 2 abaixo. Observa-se que no município de Cuiabá não há área indígena, porém é a capital do estado onde estão localizadas a sede distrital, o Polo Base Administrativo Cuiabá e a CASAI Cuiabá.

Figura 1- Mapa de municípios de abrangência do DSEI Cuiabá, 2022.



Fonte: FUNAI – 2021; INTERMAT - 2022.

Figura 2 - Mapa de Terras Indígenas de abrangência do DSEI Cuiabá, 2022.

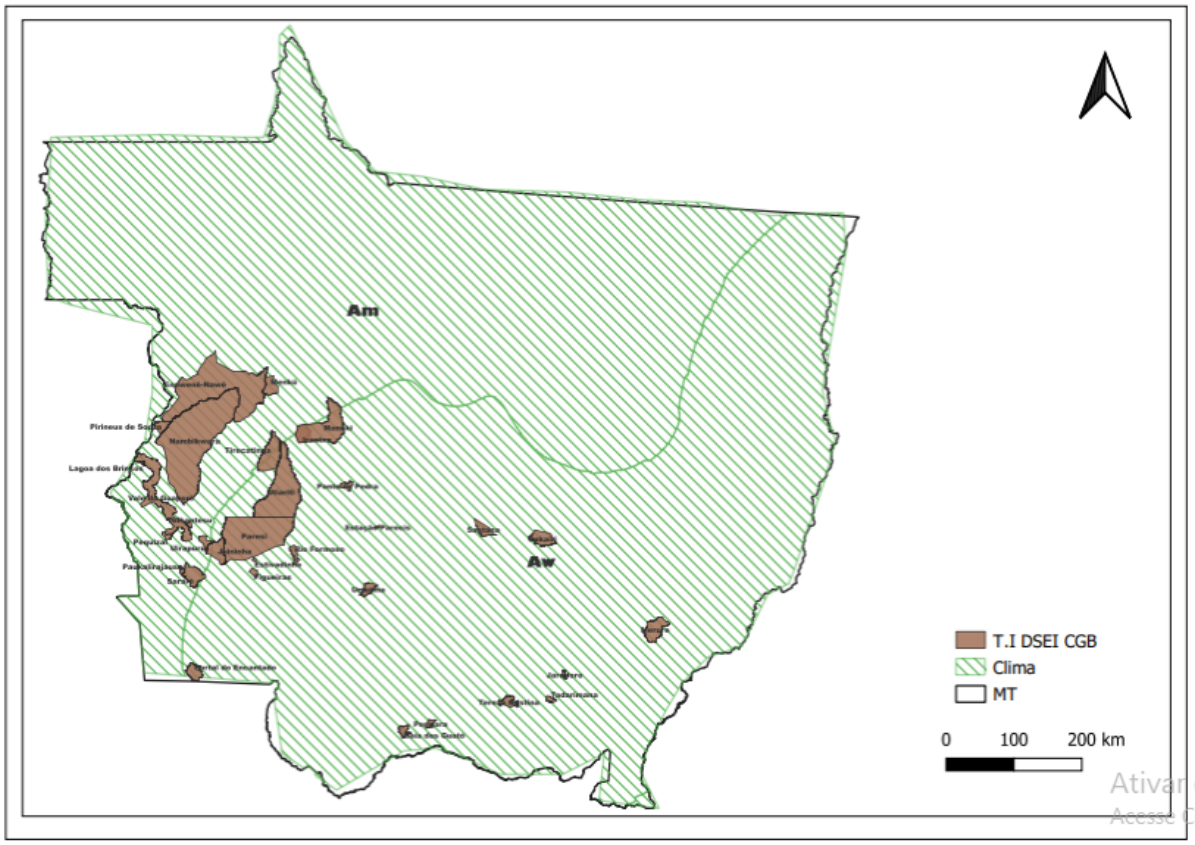


Fonte: FUNAI – 2021; INTERMAT - 2022.

O estado possui climas variados, prevalecendo o tropical super-úmido de monção, com temperatura média anual de 24 °C e pluviosidade de 2.000 mm anuais; e o tropical com chuvas de verão e inverno seco, com média de 23 °C no planalto e pluviosidade de 1.500 mm anuais. De acordo com a classificação de Köppen, o clima predominante no Estado do Mato Grosso é o clima tropical com inverno seco (Aw). Este clima se caracteriza por apresentar uma estação chuvosa no verão, de novembro a abril, e nítida estação seca no inverno, de maio a outubro (julho é o mês mais seco). A temperatura média do mês mais frio é superior a 18° C. As precipitações são superiores a 750 mm anuais, atingindo 1800 mm (EMBRAPA, 1988). Além desse clima há uma porção do estado cujo clima é a monção tropical (Am) que possui duas estações bem definidas: uma chuvosa e outra seca.

O clima do estado sofre influência de diversos sistemas como a Zona de Convergência Intertropical, o El Niño e a Zona de Convergência do Atlântico Sul, assim como de massas de ar como a Massa Equatorial Continental, a Massa Tropical Continental, a Frente Polar Atlântica e a Massa Polar Atlântica (SILVA, 2018).

Figura 3 - Clima da área de abrangência do DSEI Cuiabá, 2022.



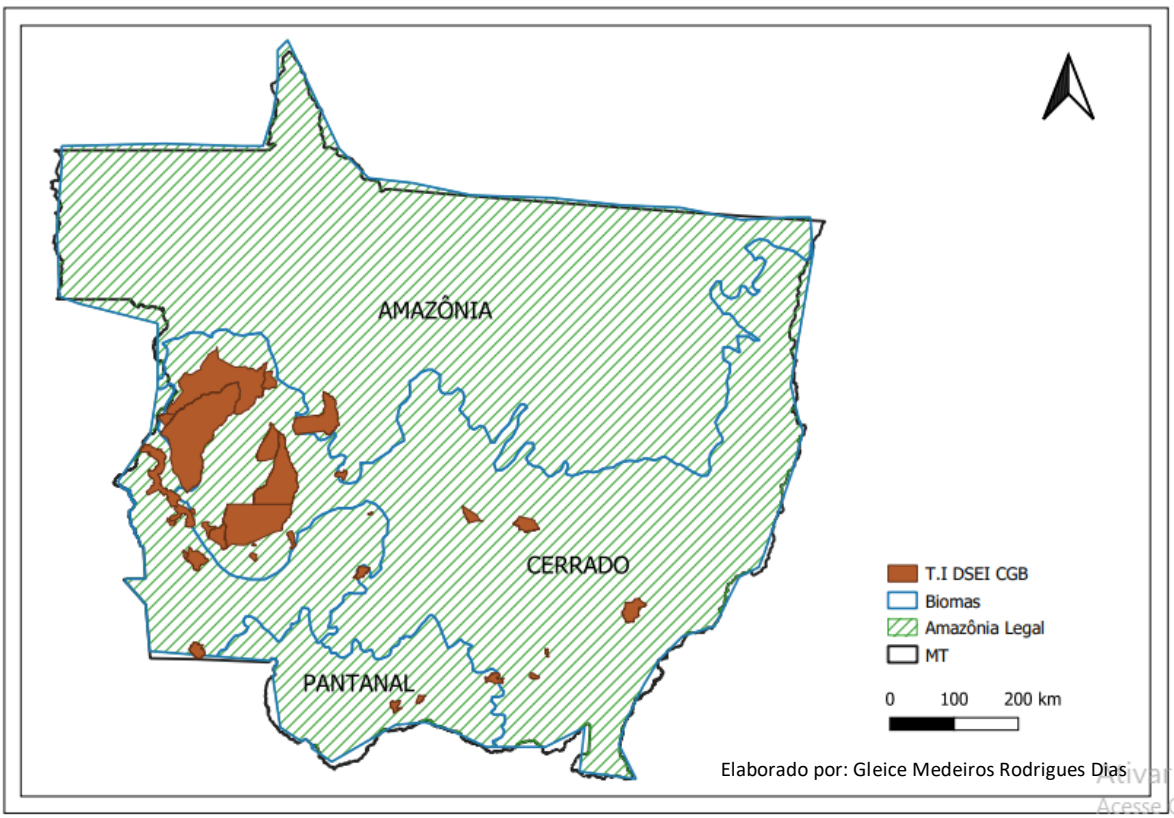
Fonte: Classificação Climática de Koeppen Brasil, 2013; FUNAI, 2021; e INTERMAT, 2022.

Como observado, a porção dos territórios indígenas ao Norte e Sudoeste do estado estão caracterizados na classificação climática monçãoos demais territórios na classificação climática tropical com inverno seco.

As 31 TI do DSEI Cuiabá localizam-se: na porção centro-norte do estado onde se encontram os chapadões sedimentares e os planaltos cristalinos, que apresentam altitude entre 400 e 800 m e integram o planalto central brasileiro; ao sul está o planalto arenito-basáltico, compondo uma simples parcela do planalto meridional; e na parte do Pantanal Mato-Grossense, encontra-se a baixada (planície) da porção centro-ocidental.

Na abrangência do DSEI Cuiabá são encontrados os três tipos de biomas, sendo ao norte coberto pela floresta amazônica, com a presença de árvores de grande porte. Na área centro-sul e sudeste do estado temos a vegetação de cerrado, com características e biodiversidade únicas. E no sul do estado, encontra-se parte da maior área alagada do mundo, o Pantanal (Ver figura 4).

Figura 4 - Biomas da área de abrangência do DSEI Cuiabá.

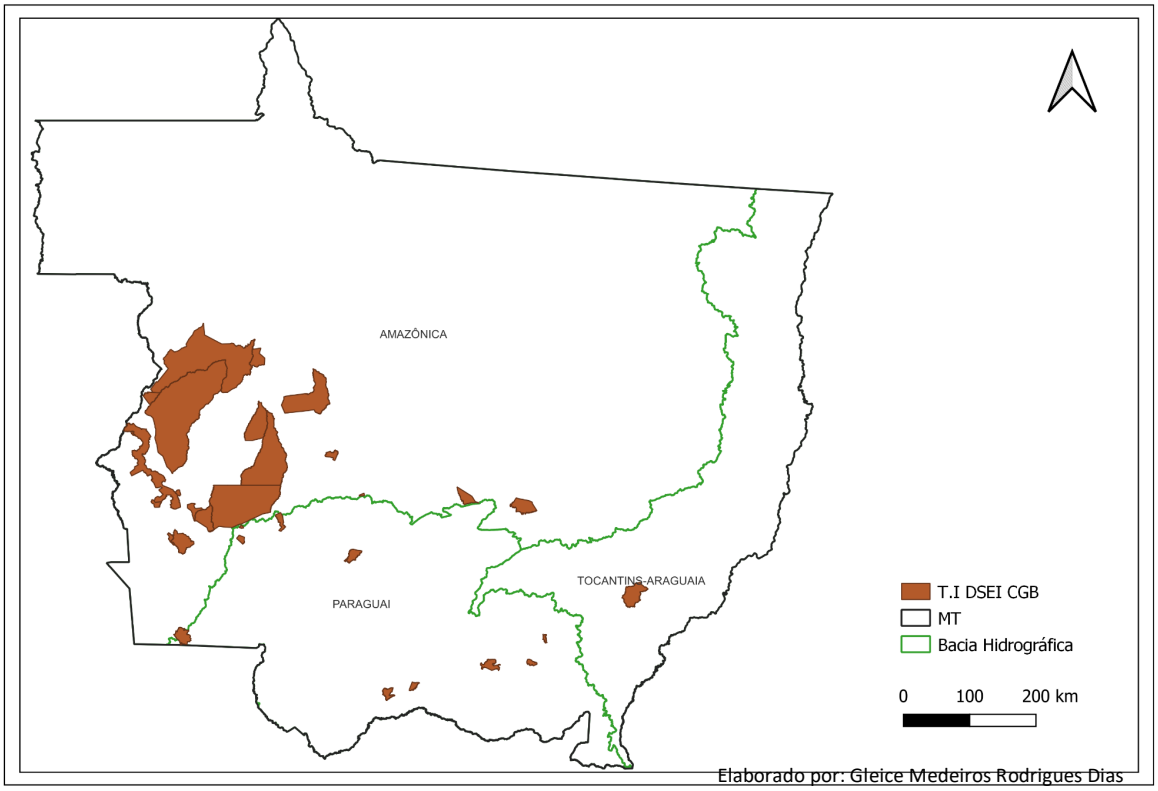


Fonte: FUNAI, 2021; INTERMAT, 2022; e Biomas e Amazônia legal – Terrabrasilis – INPE, 2022.

Todo o estado do Mato Grosso é considerado como Amazônia Legal. O conceito de Amazônia Legal foi instituído pelo governo brasileiro para planejar e promover o desenvolvimento social e econômico dos estados da região amazônica.

Mato Grosso é um dos estados que apresentam grande volume de água doce. O planalto dos Parecis, que ocupa toda porção centro-norte do território, é o principal divisor de águas do estado. Ele reparte as águas das três bacias hidrográficas mais importantes do Brasil: Bacia Amazônica, Bacia do Paraguai e Bacia Tocantins-Araguaia. Pode-se observar que o DSEI Cuiabá abrange as 3 bacias hidrográficas do estado de Mato Grosso, a maioria das áreas indígenas se concentram na bacia amazônica (Ver figura 5).

Figura 5 - Bacias Hidrográficas da área de abrangência do DSEI Cuiabá.



Fonte: FUNAI, 2021; INTERMAT, 2022; e ANA, 2016.

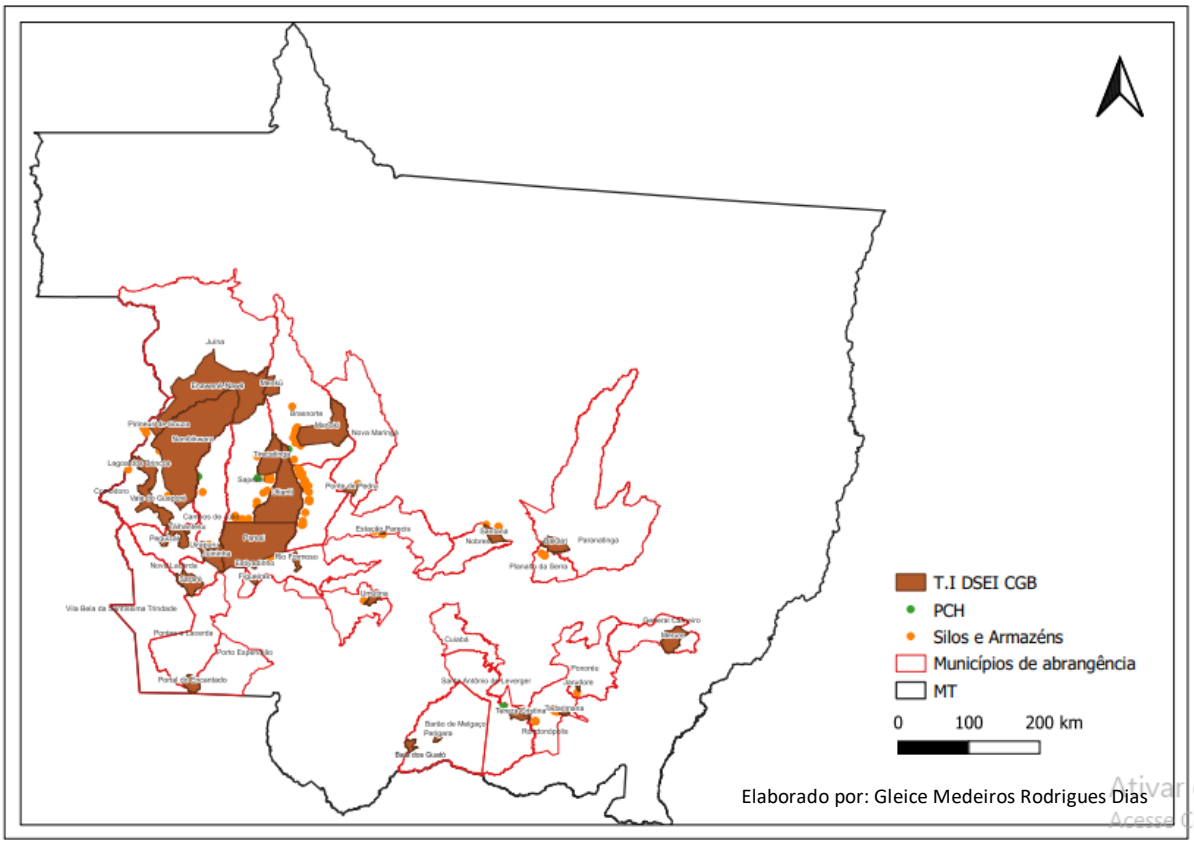
O crescimento no Mato Grosso teve seu início há mais de três décadas, quando ocorreu uma intensa imigração para a região. Esse movimento gerou, consequentemente, um dos maiores produtores de alimentos do mundo, tendo em vista que concentra o maior rebanho do Brasil e a maior produção de grãos. A particularidade do período de urbanização do Mato Grosso está vinculada à ocupação do campo e da atividade agrícola. O estado de Mato Grosso destaca-se no âmbito nacional com seu grande potencial produtivo, tendo uma grande participação e significância na balança comercial do Brasil, principalmente com sua forte produção agropecuária e as exportações de soja, milho, algodão, pecuária e diversos produtos da agricultura familiar para diversos países.

A caracterização econômica do estado influencia diretamente as populações indígenas do DSEI Cuiabá, através do monocultivo e da criação de gado.

A urbanização e a autonomia dos municípios adstritos aos DSEI Cuiabá são resultantes das necessidades de grandes empresas vinculadas à comercialização da soja e produtoras de insumos agrícolas.

Outro fator econômico de importância é o setor de geração de energia com a pressão sobre os territórios indígenas de Pequenas Centrais Hidrelétricas (PCH).

Figura 6 - Infraestruturas próximas às Terras Indígenas do DSEI Cuiabá.



Fonte: FUNAI, 2021; e INTERMAT, 2022.

Quanto à regionalização da saúde, é formada por municípios fronteiriços que compartilham identidades culturais, econômicas e sociais, redes de comunicação e infraestrutura de transportes para integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. No Mato Grosso são 16 regiões de saúde e as áreas indígenas do DSEI Cuiabá ocupam 8.

Nos territórios indígenas o estado está presente através da secretaria de educação. São 15 escolas nas aldeias do DSEI Cuiabá (Ver quadro 2).

3.3 Mapa

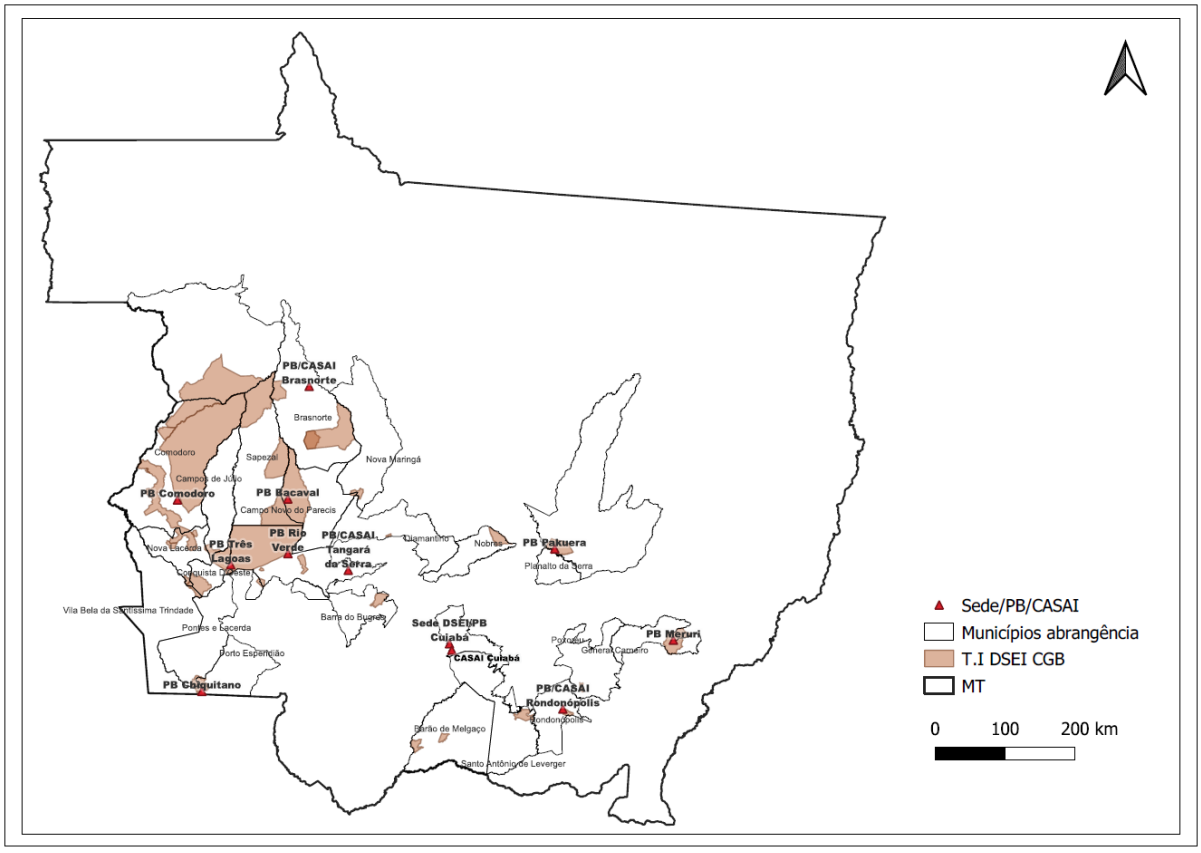
A sede do DSEI Cuiabá é localizada na capital do estado de Mato Grosso (Cuiabá), sendo a organização do serviço de atenção básica distribuídos em 11 (onze) Polos Base, sendo 06 (seis) Polos Base Assistencial (Tipo I) e 05 (cinco) Polos Base Administrativos (Tipo II) conforme abaixo.

• Polo Base Assistencial, localizado no território indígena, são eles: Bacaval, Rio Verde, Três Lagoas, Meruri, Pakuera, Chiquitano e;

• Polos Base Administrativos: localizados na sede de municípios da área de abrangência do território, são eles: Cuiabá, Rondonópolis, Comodoro, Tangará da Serra e Brasnorte.

Os indígenas que necessitam de atendimento complementar à Atenção Primária em Saúde, ou de média e alta complexidade, contam com uma rede de apoio de Casas de Saúde Indígena (CASAI). Estrategicamente localizadas considerando a capacidade instalada de cada município e o acesso da população indígena, localizadas em Tangará da Serra, Cuiabá, Rondonópolis e Brasnorte.

Figura 7 - Localização das estruturas da sede, Polos Base e CASAI do DSEI Cuiabá, 2022.



Fonte: FUNAI, 2021; e INTERMAT, 2022.

O maior divisor de águas da América do Sul está em Mato Grosso. Estende-se no sentido oeste-leste, separando as bacias fluviais opostas, vertentes umas para o norte e outras para o sul.

Toda a extensa rede hidrográfica que serve o estado de Mato Grosso, abrange grande parte das duas maiores bacias hidrográficas do Brasil, Amazônica e Platina (Paraguai), cujas águas se encontram separadas pela Chapada dos Parecis e pela Serra Azul. Destaca-se a Bacia do Tocantins, na qual o tributário mais importante, em

terras mato-grossenses, é o Rio Araguaia. Cumprem, desta forma, as chapadas mato-grossenses, o papel de divisor entre estas bacias hidrográficas.

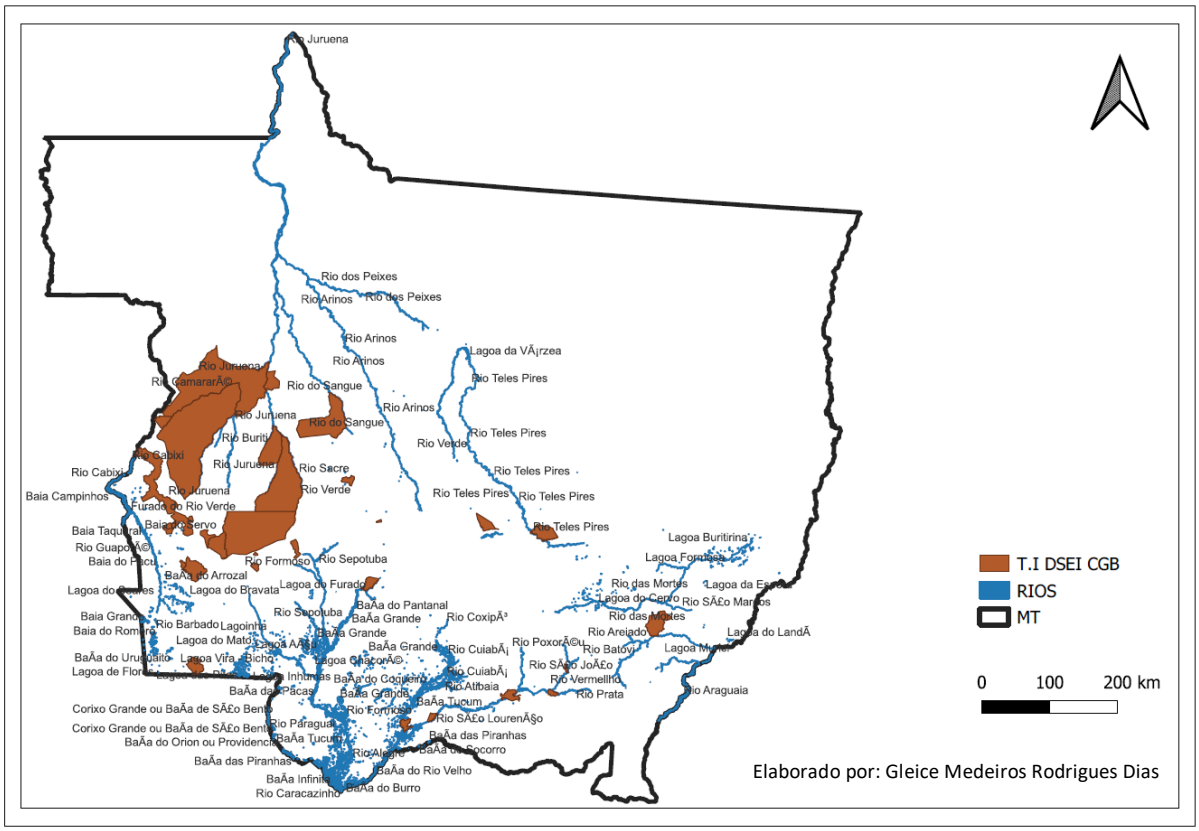
A hidrografia da região dos territórios indígenas é bastante extensa e com rios de grande volume de água destacam-se os rios dos principais municípios de abrangência do DSEI Cuiabá abaixo:

Quadro 3 - Bacias e rios que banham municípios de abrangência da DSEI

Município	Bacia Hidrográfica	Principais Rios
Brasnorte	Bacia Amazônica	Rio Papagaio, Rio Juruena, Rio do Sangue
Barra do Bugres	Bacia do Paraguai	Rio Paraguai, Rio Bugres, Rio Parí
Barão de Melgaço	Bacia do Paraguai	Rio Cuiabá
Campo Novo do Parecis	Bacia Amazônica	Rio do Sangue, Rio Verde, Rio Sacre
Comodoro	Bacia Amazônica	Rio Juína, Rio Juruena, Rio Guaporé, Rio Iquê
Conquista d'Oeste	Bacia Amazônica	Rio Galera, Rio Sararé
General Carneiro	Bacia Amazônica	Rio das Mortes, Rio Garças
Juína	Bacia Amazônica	Rio Juruena, Rio Madeira
Nobres	Bacia do Paraguai e do Paraguai	Rio Cuiabá, Rio Salobra, Rio Estivado, Rio Manso
Paranatinga	Bacia Amazônica	Rio Paranatinga, Rio Ronuro, Rio Batovi
Planalto da Serra	Bacia do Paraguai	Rio Teles Pires
Poconé	Bacia do Paraguai	Rio Cuiabá, Rio Bento Gones
Porto Esperidião	Bacia do Paraguai	Rio Jauru, Rio Aguapé
Poxoréu	Bacia do Paraguai	Rio Areia, Rio São João
Rondonópolis	Bacia do Paraguai	Rio Vermelho, Rio São João
Santo Antônio de Leverger	Bacia do Paraguai	Rio Cuiabá
Sapezal	Bacia Amazônica	Rio Juruena
Tangará da Serra	Bacia do Paraguai	Rio Sepotuba, Rio Formoso, Rio Juba
Vila Bela da Santíssima Trindade	Bacia Amazônica	Rio Guaporé, Rio Alegre

Fonte: DSEI, 2024.

Figura 8 - Hidrografia da área de abrangência das Terras Indígenas de jurisdição do DSEI Cuiabá

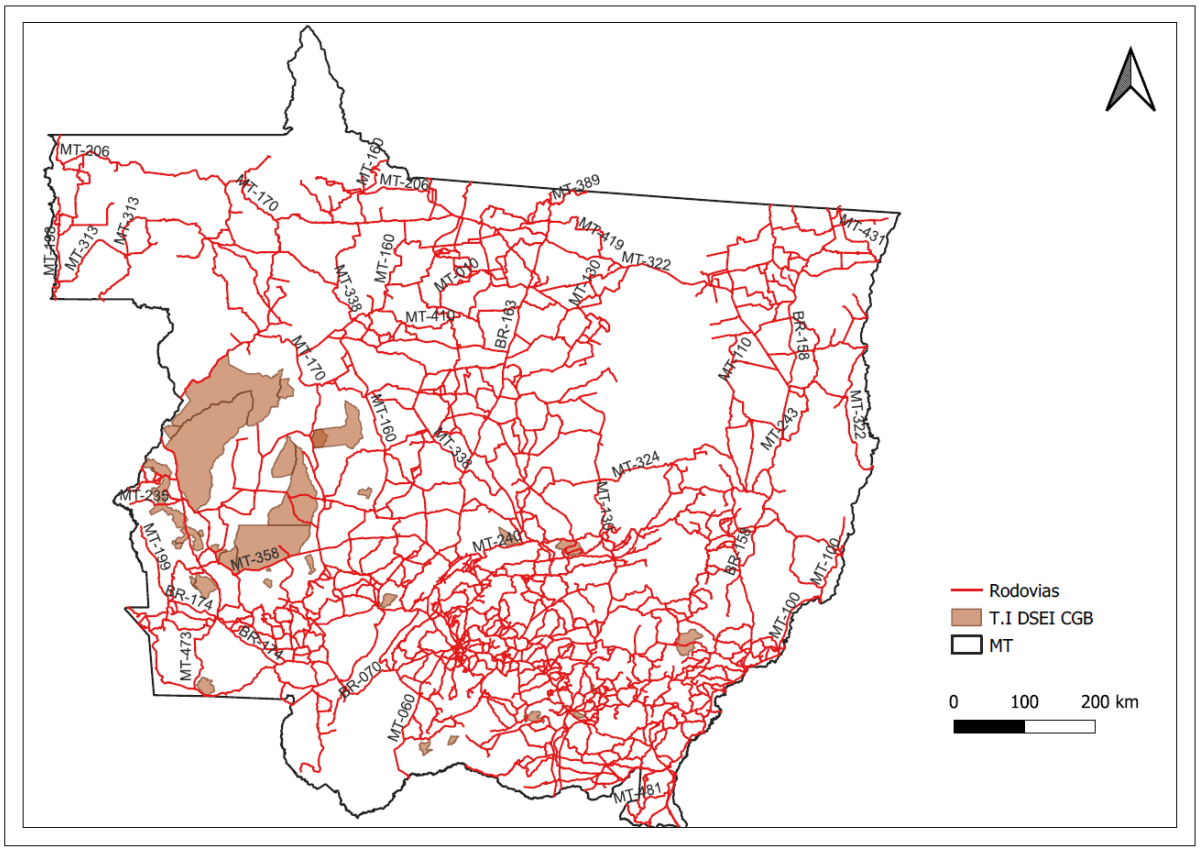


Fonte: FUNAI, 2021; e INTERMAT, 2022.

O estado do Mato Grosso conta com uma malha rodoviária com cerca de 84.200 km, dos quais 4.508 km são pavimentados. As principais rodovias federais são as BR-070, BR-163, BR-174 e BR-364.

Além das rodovias federais, o Mato Grosso também se destaca por sua rede estadual de estradas, que desempenha um papel crucial na conectividade entre os municípios e na integração com outras regiões do país (Ver figura 10). As rodovias estaduais, como a MT-130, MT-246, MT-343, MT-358 e MT-480, são essenciais para o desenvolvimento econômico e social da região, facilitando o transporte de pessoas e mercadorias.

Figura 9 - Rodovias da área de abrangência das Terras Indígenas de jurisdição do DSEI Cuiabá, 2022.



Fonte: FUNAI – 2021; INTERMAT - 2022

A Rodovia MT-130, operada pela concessionária Morro da Mesa Concessionária S.A. (MORRO DA MESA), e a Rodovia MT-130, sob responsabilidade da SPE – Concessionária de Rodovias Rota dos Grãos S/A, desempenham um papel fundamental no transporte regional, conectando os municípios de Primavera do Leste, Rondonópolis e Paranatinga.

Já as rodovias MT-246, MT-343, MT-358 e MT-480, operadas pela concessionária Via Brasil MT-246 Concessionária de Rodovias S.A. (Via Brasil MT-246), atravessam importantes municípios como Jangada, Barra do Bugres, Nova Olímpia e Tangará da Serra, contribuindo para o desenvolvimento econômico e o escoamento da produção agrícola e industrial da região.

Essa ampla rede rodoviária, aliada às principais rodovias federais, desempenha um papel vital no fortalecimento da economia do estado do Mato Grosso e na integração com outras regiões do Brasil.

4. DETERMINANTES E FATORES DE RISCOS AMBIENTAIS

A diretriz fundamental do DSEI Cuiabá, da mesma forma que estabelecida na Lei 8.808, define que a saúde tenha fatores determinantes e condicionantes, como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, entre outros. Esses também são fatores que direcionam a construção do Perfil de uma comunidade, que deve ocorrer com uma clara consciência de compromisso com a transformação das condições de saúde da população, favorecendo o desenvolvimento de um sistema de saúde que compreende o processo saúde-doença como parte da organização social.

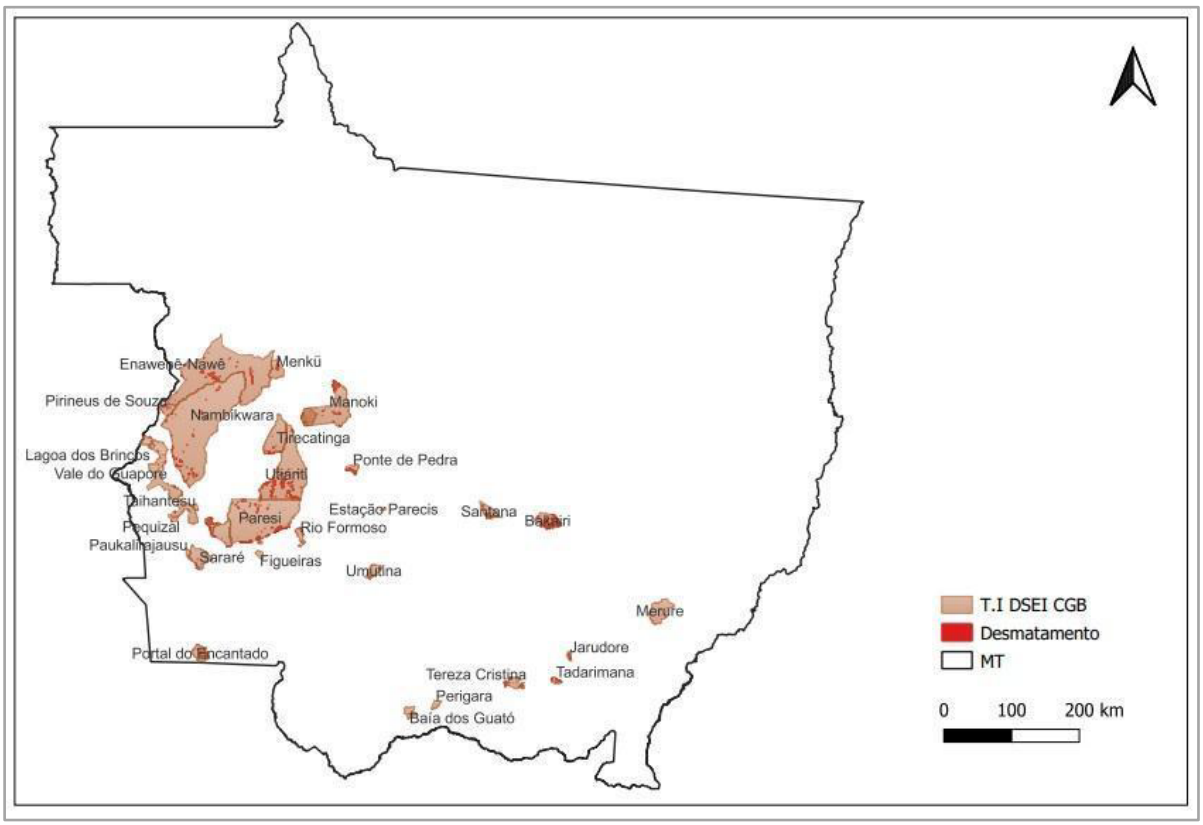
Portanto, os dados epidemiológicos do DSEI Cuiabá devem estabelecer um indicador observacional das condições de vida, do olhar ampliado de saúde, da saúde única, do processo saúde-doença e do estágio de desenvolvimento de sua população adscrita.

Quadro 4 - Características específicas da região do DSEI Cuiabá.

Caracterização	Descrição
Bioma	Amazônia, Cerrado e Pantanal
Sazonalidade	Estações bem definidas (verão chuvoso e inverno seco)
Área de Fronteira	Norte: Amazonas e Pará Leste: Tocantins e Goiás Sul: Mato Grosso do Sul Oeste: Rondônia e Bolívia
Áreas de garimpo	Aldeia Sararé
Áreas de Invasão	Meruri / Jarudore/ Guató
Áreas de desmatamento	7% de desmatamento do total das T.Is do DSEI Cuiabá. Figura 11.
Áreas contaminadas	Não identificado
Barreiras Geográficas	Não há barreiras geográficas que impeçam o acesso às T.I
Áreas Isoladas	Não há
Qualidade da água para consumo	São feitos Monitoramento da Qualidade da Água em aldeias elencados anualmente, ou quando apresenta surto de diarreia. Existem algumas aldeias onde a qualidade da água é risco ambiental.
Área com uso de agrotóxicos	Territórios com produção agrícola de monoculturas e provável uso (T.I Tirecatinga, T.I Paresi, T.I Uirapuru, T.I Manoki, T.I Bakairi)

Fonte: DIASI CGB, 2023.

Figura 10 - Áreas de desmatamento dentro das T.I do DSEI Cuiabá



Fonte: FUNAI, 2021; INTERMAT, 2022; e INPE – 2008 a 2022.

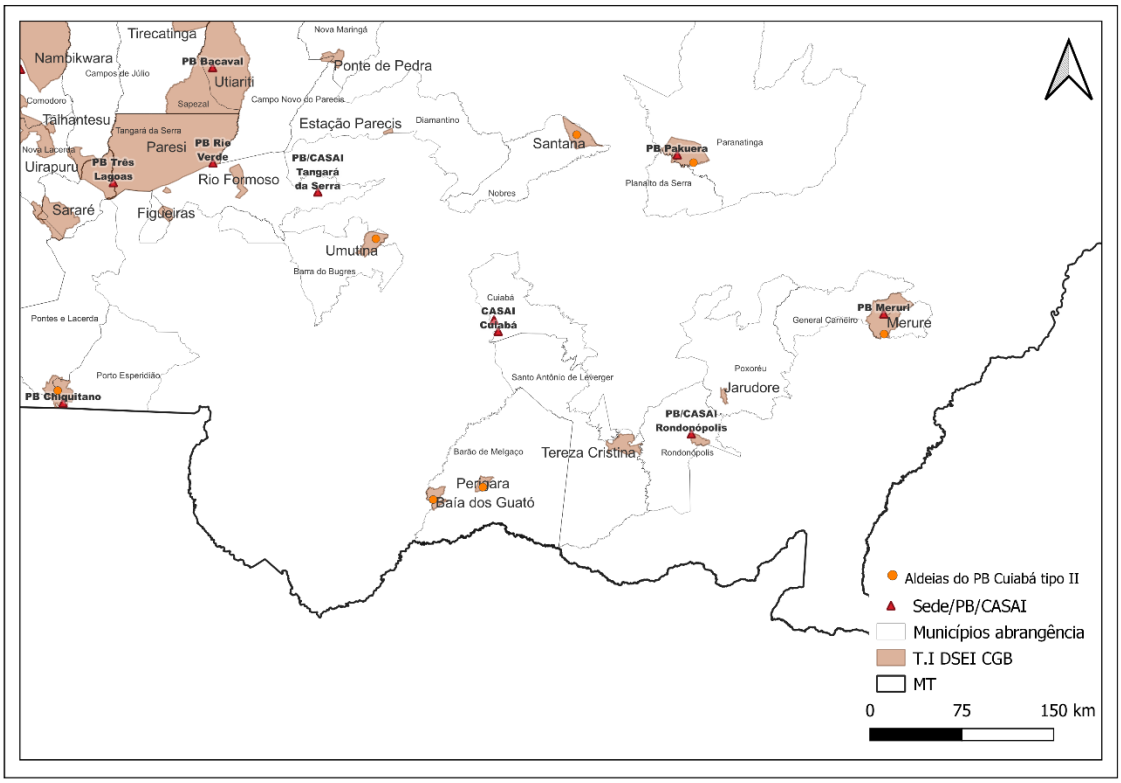
4.1 Dados demográficos

Polo Base Cuiabá é um polo base administrativo (tipo II) que dá apoio às EMSI das TI Santana no município de Nobres (povo Bakairi); Perigara, município de Barão de Melgaço (povo Boe Bororo); Baía dos Guató, município de Barão de Melgaço (povo Guató) e Umutina, município de barra do Bugres (povo Balatiponé Umutina). Além dessas áreas indígenas apoia administrativamente o Polo Base Assistencial Chiquitano, Meruri e Pakuera.

As áreas indígenas Santana e Umutina estão localizadas no bioma Cerrado com características naturais semelhantes quanto à flora e fauna e estação climática bem definida. Os acessos são, preferencialmente, terrestres. Existe a particularidade da T.I Umutina quanto ao acesso, é preciso atravessar o rio de balsa (própria dos indígenas) ou barco, após essa travessia o acesso às aldeias é realizado pelo modal terrestre. Já Perigara e Baía dos Guató estão localizadas no Pantanal Matogrossense e vivem períodos de cheia bem característico da região pantaneira, com elevados riscos ambientais relacionados às enchentes. Somado a isso há dificuldades

logísticas, com acesso exclusivo de barco e utilizando, nas emergências de saúde, o apoio do estado com a retirada de pacientes de helicóptero.

Figura 11 - Área de abrangência do Polo Base Cuiabá - Tipo II, 2022.

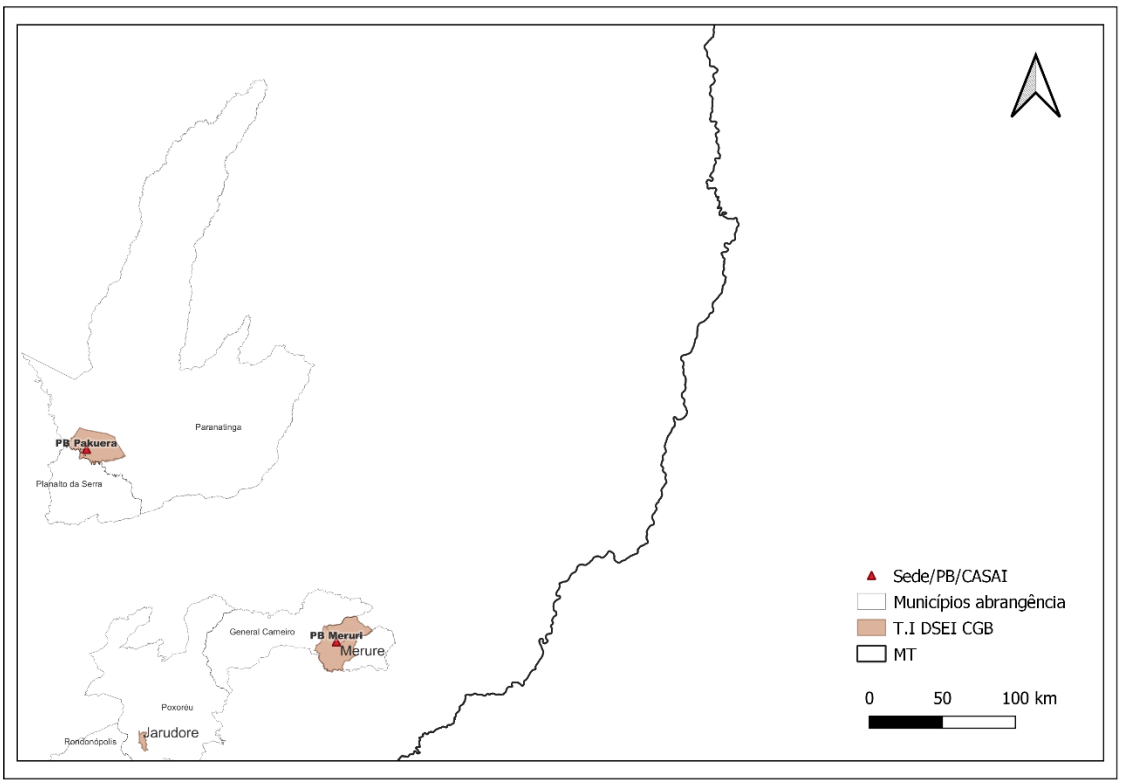


Fonte: FUNAI – 2021; e INTERMAT - 2022.

Polo Base Meruri é um polo base assistencial (tipo I) localizado na T.I Meruri, município de General Carneiro habitado pelo povo Boe Bororo. A área indígena localiza-se na região do cerrado, fazendo limite com a T.I Sangradouro do povo Xavante. Esse polo assistencial está vinculado administrativamente ao Polo Base Cuiabá.

Polo Base Pakuera é um polo base assistencial (tipo I) localizado na T.I Bakairi no município de Paranatinga divisa com o município de Planalto da Serra habitada pelo povo Kura Bakairi. A área indígena localiza-se na região de cerrado e esse polo tipo I está vinculado ao Polo Base Administrativo Cuiabá.

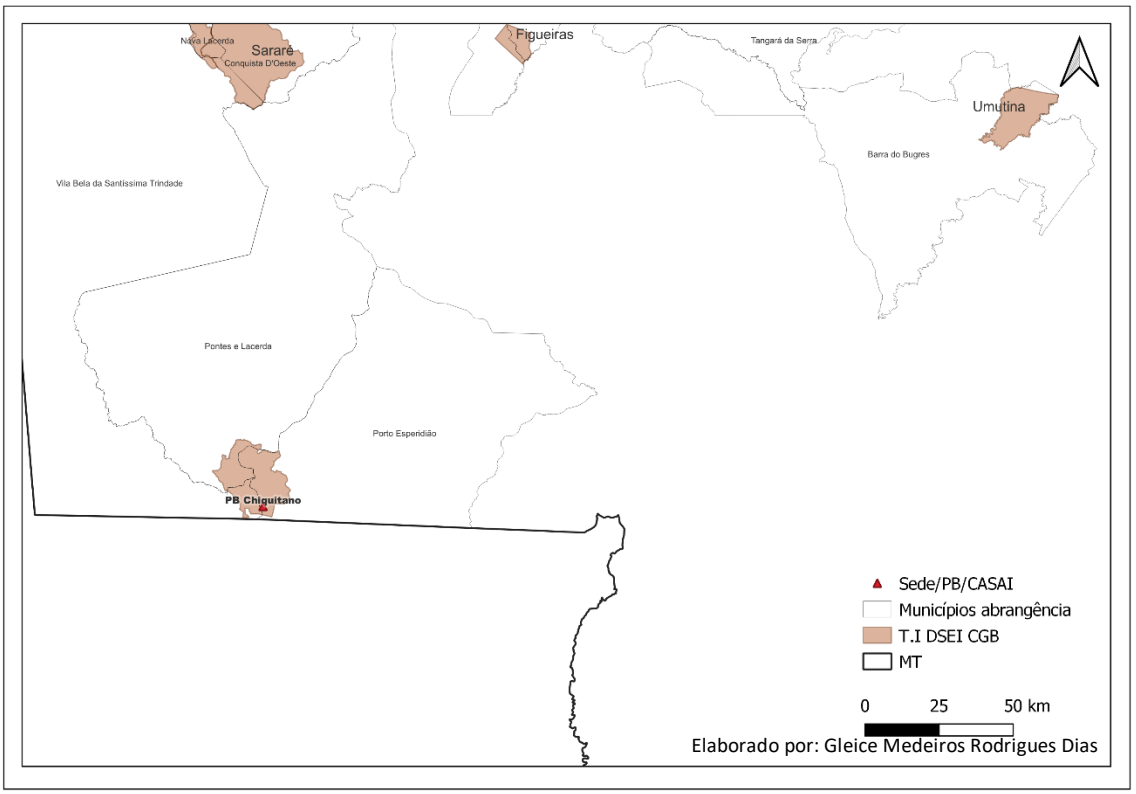
Figura 12 - Área de abrangência dos Polos Base Meruri e Pakuera - Tipo I, 2022.



Fonte: FUNAI, 2021; e INTERMAT, 2022.

Polo Base Chiquitano é um polo base assistencial (tipo I) localizado na T.I Chiquitano no município de Porto Esperidião, fronteira com a Bolívia habitada pelo povo Chiquitano. A área indígena localiza-se na região amazônica, e esse polo tipo I está vinculado administrativamente ao Polo Base Cuiabá.

Figura 13 - Área de abrangência do Polo Base Chiquitano - Tipo I, 2022.



Fonte: FUNAI, 2021; e INTERMAT, 2022.

Polo Base Comodoro é um polo base administrativo (tipo II) sua criação se deu em 2019 com a transferência de uma parte da População nambiquara pertencente ao DSEI Vilhena. Esse Polo Base dá suporte administrativo às EMSI das T.I Nambikwara, Pirineus de Souza, Lagoa dos Brincos, Vale do Guaporé, Taihantesu, Pequizal, Paukalirajausu e Sararé, localizadas nos municípios de Comodoro, Nova Lacerda e Conquista D"Oeste. Se dividem nos biomas cerrado e amazônico.

Polo Base Tangará da Serra se apresenta em dois tipos, Assistencial e Administrativo. O Polo Base Administrativo está localizado no município de Tangará da Serra e apoia as EMSI dos Polos Base Assistenciais Tangará da Serra, Bacaval, Três Lagoas e Rio Verde.

O Polo Base Tangará da Serra é um polo base assistencial (tipo I) que está localizado na T.I Tirecatinga no município de Sapezal da população Nambiquara e a população Paresi ao norte da T.I Utiariti, também no município de Sapezal. Localiza-se na região amazônica e concentra produções agrícolas de monoculturas como soja e milho.

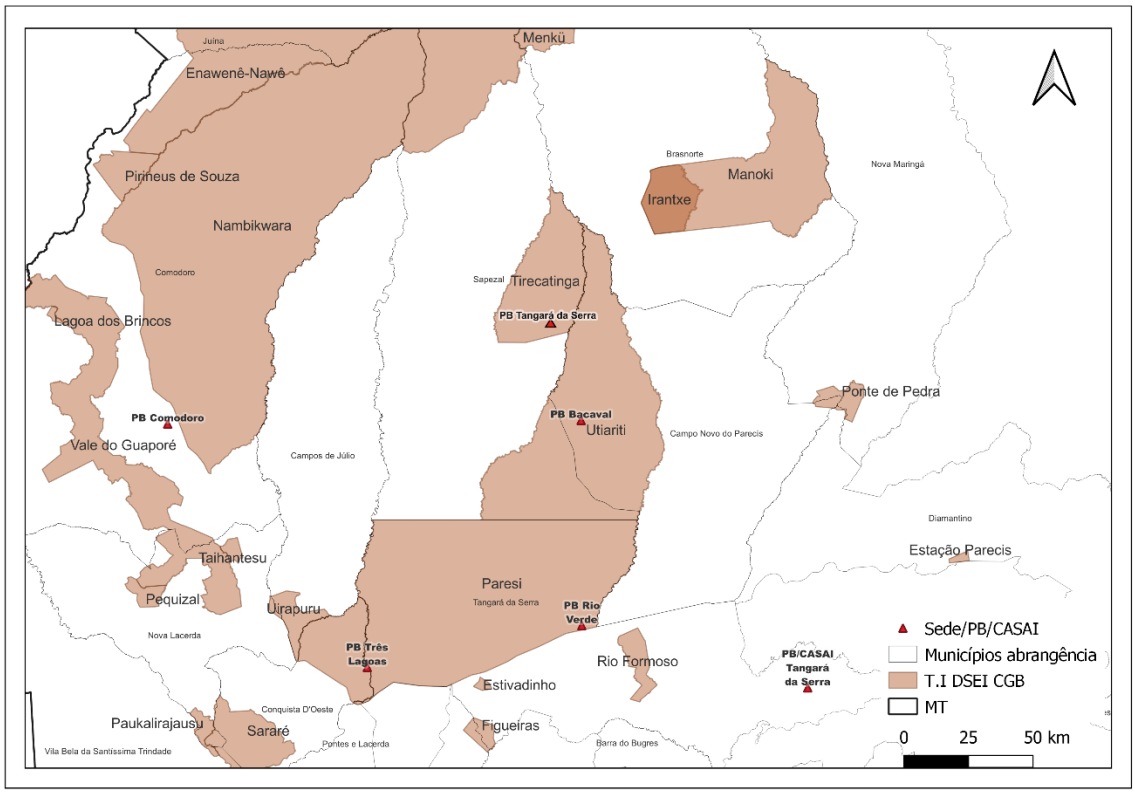
Polo Base Bacaval é um polo base assistencial (tipo I) está localizado ao sul da T.I Utiariti, município de Campo Novo do Parecis e atende às populações Paresi da

T.I Ponte de Pedra. Localiza-se na região amazônica, com áreas de belezas cênicas naturais promovendo o ecoturismo e etnoturismo, também, concentra produções agrícolas de monoculturas como soja e milho.

Polo Base Três Lagoas é um polo base assistencial (tipo I) está localizado na T.I Juininha, município de Conquista D"Oeste, atendendo também as populações da T.I Estivadinho, Figueiras e Uirapuru. Localiza-se na região amazônica e concentra produções agrícolas de monoculturas como soja e milho.

Polo Base Rio Verde é um polo base assistencial (tipo I) está localizado na T.I Paresi município de Tangará da Serra, atendendo também as populações da T.I Estação Paresis e Rio Formoso. Localiza-se na região amazônica.

Figura 14 -Área de abrangência dos Polos Base Comodoro e Tangará da Serra - Tipo II e Polos Base Tangará da Serra, Bacaval, Três Lagoas e Rio Verde – Tipo I, 2022.

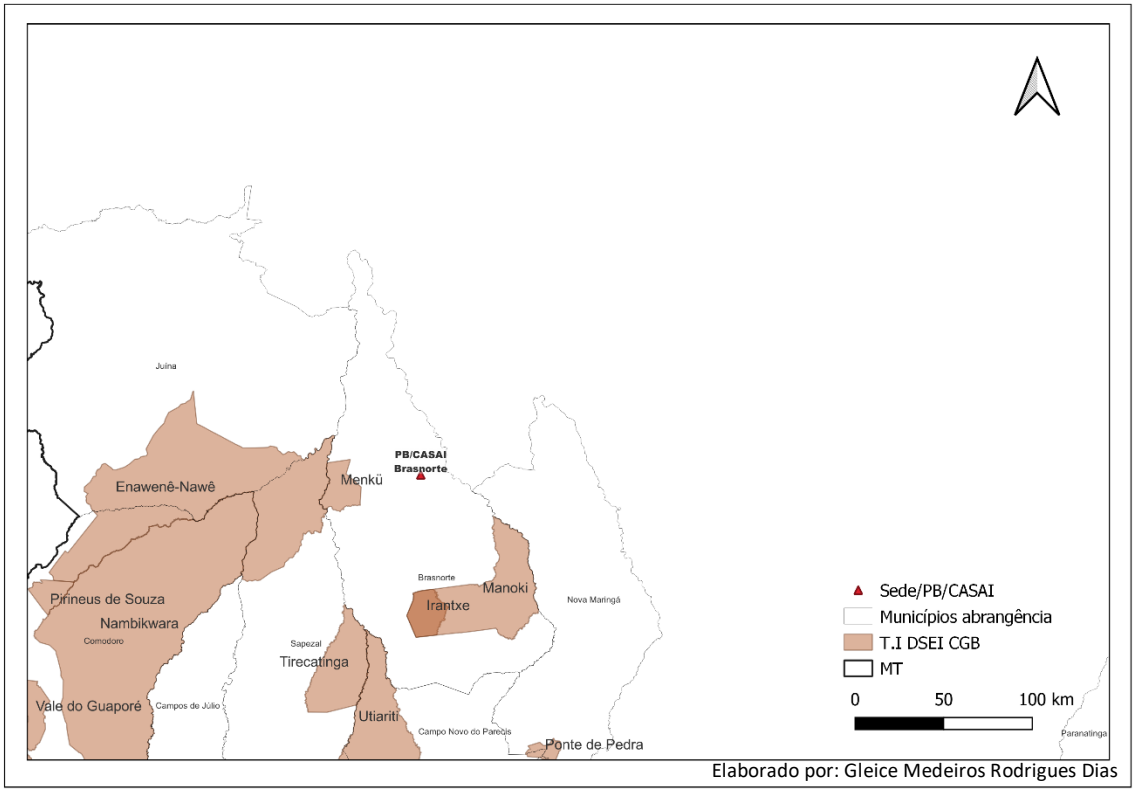


Fonte: FUNAI, 2021; e INTERMAT - 2022

Polo Base Brasnorte é um polo administrativo (tipo II) que dá suporte às EMSI das Terras Indígenas Enawene Nawe, Manoki e Myky. Está localizado no município de Brasnorte. A T.I Enawene Nawe localiza-se em 2 municípios, ao norte no município de Juína e ao Sul no município de Comodoro, há 2 anos mudaram a localização de sua aldeia, saíram da porção relacionada ao município de Comodoro (aldeia

Halataikwa) e passaram para a porção relacionada a cidade de Juína (aldeia Dolowikwa/Kotakowinakwa). As T.I Manoki e Myky estão localizadas no município de Brasnorte. As três T.I se concentram no bioma amazônico. Na T.I Manoki há produção de monoculturas como soja e milho.

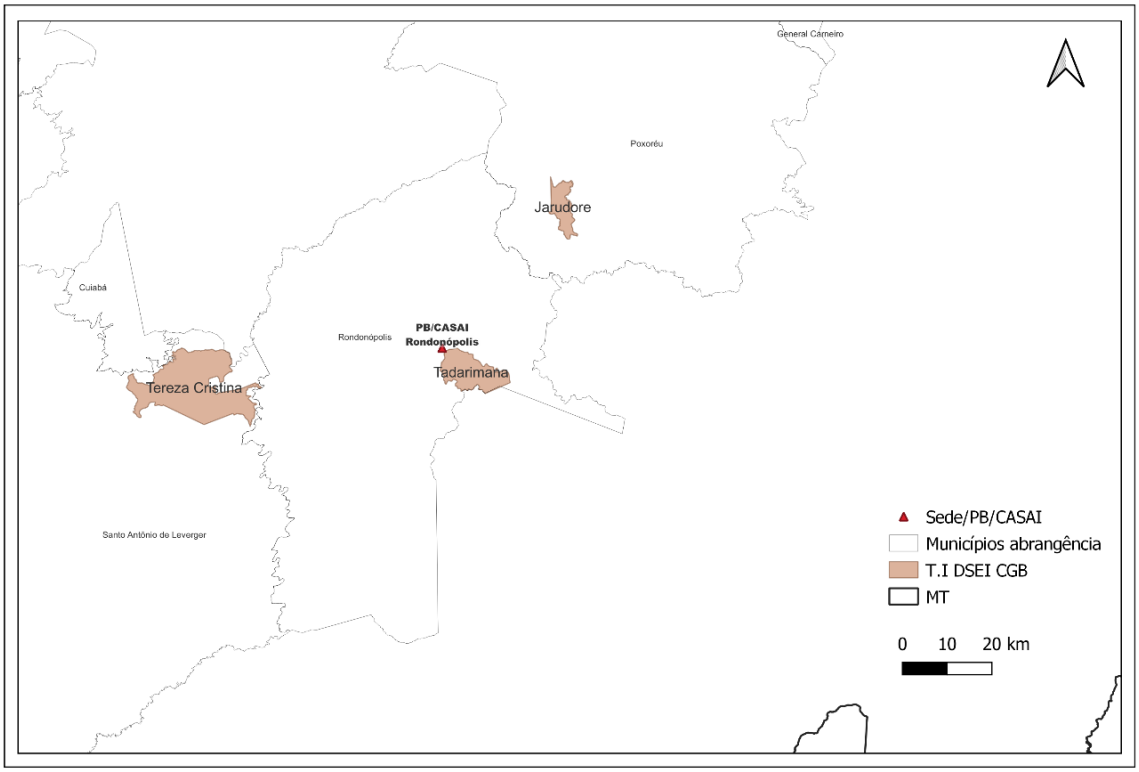
Figura 15 - Área de abrangência do Polo Base Brasnorte - Tipo II, 2022.



Fonte: FUNAI, 2021; e INTERMAT, 2022

Polo Base Rondonópolis é um polo base administrativo (tipo II) que dá apoio às EMSI das T.I Tereza Cristina (município de santo Antônio de Leverger), Tadarimana (município de Rondonópolis) e Jarudore (município de Poxoréu) do povo indígena Boe Bororo. Pertencem ao bioma cerrado.

Figura 16 - Área de abrangência do Polo Base Rondonópolis - Tipo II, 2022.



Fonte: FUNAI, 2021; e INTERMAT, 2022.

Na Tabela 1, a seguir, está o demonstrativo de população por Polo Base.

Tabela 1 - Demonstrativo da população por Polo Base, 2023.

Polo Base	População	%
Comodoro	1678	17,20%
Brasnorte	1631	16,70%
Rondonópolis	1183	12,10%
Cuiabá	902	9,20%
Rio Verde	836	8,50%
Pakuera	766	7,80%
Bacaval	708	7,20%
Tangará da Serra	574	6,00%
Três Lagoas	575	5,90%
Meruri	541	5,50%
Chiquitano	347	3,50%
Total	**9777**	**100%**

Fonte: Painel SIASI Local, 2023.

A Tabela 2 apresenta o perfil sociodemográfico, étnico e linguístico da população indígena assistida pelo DSEI Cuiabá.

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

Polo Base	Nome dos Municípios	Nº Aldeia	Nº Povo/ Etnia	População												Pop. 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			
Cuiabá	Barão de Melgaço Nobres Poconé Barra do Bugres	21	02	1	27	52	308	51	3	2	26	39	308	30	44	**925**	Karib Macro-Jê	80%
Meruri	General Carneiro	5	01	4	25	26	213	22	12	3	27	26	158	12	13	**540**	Macro-Jê	80%
Pakuera	Paranatinga Planalto da Serra	12	01	4	17	35	241	29	41	6	36	40	234	30	53	**760**	Karib	70%
Chiquitano	Porto Esperidião	6	01	1	9	15	107	17	21	3	20	21	106	14	13	**348**	Chiquito	100%
Tangará da Serra	Sapezal Tangará da Serra	26	02	4	38	38	183	11	8	6	29	36	205	14	15	**574**	Aruák Nambiquara	80%
Bacaval	Campo Novo dos Parecis	25	01	5	46	29	233	17	23	4	30	52	214	18	27	**675**	Aruák	80%
Três Lagoas	Conquista D"Oeste	19	01	8	39	35	170	15	14	7	30	29	259	18	17	**571**	Aruák	80%
Rio Verde	Tangará da Serra Diamantino	28	01	5	61	50	260	26	24	5	45	41	267	27	26	**844**	Aruák	80%
Brasnorte	Brasnorte Juína	12	03	13	91	159	486	32	22	24	94	133	507	32	38	**1624**	Aruák Irantxe	30%
Comodoro	Comodoro Nova Lacerda Conquista D” Oeste	54	01	17	104	128	540	32	39	10	100	119	513	22	53	**1675**	Nambiquara	40%
Rondonópolis	Poxoréo Santo Antônio Rondonópolis	16	01	6	76	53	435	27	35	10	54	62	364	33	28	**1179**	Macro-Jê	80%

Fonte: Painel SIASI, 2023.

4.2 Determinantes Sociais.

Os Determinantes Sociais da Saúde, de acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), englobam as condições de nascimento, crescimento, trabalho, vida e envelhecimento das pessoas, assim como as diversas forças e sistemas que influenciam as condições de vida cotidiana. Entre esses fatores estão incluídos os sistemas econômicos e políticas, agendas de desenvolvimento, normas sociais e políticas, que exercem impacto significativo na saúde da população.

O DSEI Cuiabá possui uma população indígena multivariada, são 10 etnias distribuídas com abrangência do sudoeste ao centro sul do estado de Mato Grosso. Possui ainda características étnicas que podem variar também dentro de sub grupos e a depender da localização da terra indígena. Diante desse amplo contexto, alguns determinantes sociais são ainda inexplorados pelo DSEI. Questões essas que estarão no planejamento da instituição para esse PDSI, para garantir a melhoria no diagnóstico social e nas proposições de ações de saúde na perspectiva da saúde única (englobando o social, animal e ambiental).

Quanto a Função social, diante de uma pesquisa respondida pelos pontos focais dos Polos Base, observa-se no quadro 6 que a função social de conselheiro, professor, AIS, AISAN e agricultor são as que apareceram com maior proporção diante da população economicamente ativa (>= 16 anos).

Tabela 3 - Porcentagem de profissionais por setor de atividades, 2023.

SETOR DE ATIVIDADES	%
CONSELHEIRO(A)	2,82%
PROFESSOR	2,21%
AISAN	2,10%
AGRICULTURA	1,82%
AIS	1,81%
MOTORISTA	1,58%
TÉCNICO(A) ENFERMAGEM	1,32%
PAJÉ	0,91%
PARTEIRA	0,39%
BARQUEIRO	0,35%
ENFERMEIRO(A)	0,30%
ASB	0,21%
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	0,16%
PSICÓLOGO(A)	0,09%
NUTRICIONISTA	0,09%
ADVOGADO	0,05%
MERENDEIRA	0,05%
MÉDICO(A)	0,04%
ASSISTENTE SOCIAL	0,04%
DENTISTA	0,04%

SETOR DE ATIVIDADES	%
GEOGRAFIA	0,04%
ARQUITETO	0,04%
ZOOTECNISTA	0,02%
TÉCNICO ENGENHARIA DE ALIMENTOS	0,02%
ENGENHEIRO	0,02%
ADMINISTRADOR	0,02%

Fonte: DSEI, 2023.

Nota: Levantamento realizado pelos pontos focais dos Polos Base Administrativos.

O desenvolvimento e a infraestrutura domiciliar são aspectos fundamentais para garantir qualidade de vida e segurança nas comunidades. Ao analisarmos os dados apresentados (Ver quadro 5), podemos observar a diversidade de situações nos diferentes polos bases.

Quadro 5 - Características dos domicílios da área de abrangência do DSEI Cuiabá.

Polo Base	Infraestrutura domiciliar	Geração de energia	Segurança
BACAVAL	ALVENARIA (86%)	REDE GERAL (100%)	*
BRASNORTE	MALOCA (50%)	REDE GERAL (100%)	*
CHIQUITANO	MADEIRA (90%)	REDE GERAL (100%)	PELOTÃO ESPECIAL DE FRONTEIRA DO EXÉRCITO
COMODORO	MADEIRA (85%)	REDE GERAL (75%) PLACA SOLAR (25%)	*
CUIABÁ	MADEIRA (63%)	REDE GERAL (85%) PLACA SOLAR (15%)	*
MERURI	ALVENARIA (87%)	REDE GERAL (100%)	*
PAKUERA	PAU A PIQUE (90%)	REDE GERAL (100%)	*
RIO VERDE	MADEIRA (80%)	REDE GERAL (90%)	*
RONDONÓPOLIS	MADEIRA (83%)	REDE GERAL (100%)	*
TANGARÁ DA SERRA	MADEIRA (85%)	REDE GERAL (90%)	*
TRÊS LAGOAS	MADEIRA (87%)	REDE GERAL (85%)	*

*Seminformação

Fonte: Autoria própria, 2023.

No Polo Base Bacaval, por exemplo, a maioria das habitações é construída em alvenaria, o que indica um nível de estabilidade e durabilidade maior em comparação com outros materiais de construção. Além disso, a rede geral de energia elétrica está completamente disponível, fornecendo uma fonte confiável de eletricidade para os moradores.

Por outro lado, no Polo Base Brasnorte, apenas metade das moradias são em alvenaria, o que pode indicar uma menor estabilidade estrutural. No entanto, a rede geral de energia elétrica está totalmente instalada, garantindo acesso à eletricidade para toda a comunidade.

Em relação à geração de energia, observamos diferentes abordagens nos diferentes polos bases. Enquanto em alguns, como Comodoro e Cuiabá, há uma presença significativa de placas solares, em outros, como Meruri e Rio Verde, a principal fonte de energia ainda é a rede geral.

É importante ressaltar que a segurança também é uma consideração essencial. Em polos como Pelotão Especial de Fronteira do Exército, a presença militar pode contribuir para um ambiente mais seguro, enquanto em outros, como Tangará da Serra e Três Lagoas, medidas adicionais podem ser necessárias para garantir a segurança da população.

4.3 Perfil epidemiológico

4.3.1 Taxa bruta de natalidade

A taxa de natalidade é um indicador demográfico essencial que representa o número de nascimentos por cada mil habitantes em uma determinada região durante um determinado período de tempo. Ao analisarmos os dados da taxa de natalidade no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) nos anos de 2020, 2021 e 2022 (Ver quadro 8), observamos uma tendência interessante.

Tabela 4 - Taxa de natalidade do DSEI por ano, 2020-2022.

Ano	2020	2021	2022
Taxa de Natalidade no DSEI	25,7	25,4	30,9

Fonte: Painel SIASI local, 2023.

Nota: O método de cálculo utilizado foi: n.º de nascidos vivos/Pop Total X 1.000.

No ano de 2020, a taxa de natalidade no DSEI foi de 25,7 nascimentos por cada mil habitantes. Esse número indica uma certa estabilidade na taxa de natalidade durante esse período inicial.

Entretanto, em 2021, houve uma leve queda na taxa de natalidade, que ficou em 25,4 nascimentos por cada mil habitantes. Essa diminuição pode ser atribuída a uma variedade de fatores, como mudanças nos padrões de comportamento reprodutivo, acesso a métodos contraceptivos e condições socioeconômicas.

Por outro lado, em 2022, observamos um aumento significativo na taxa de natalidade, atingindo 30,9 nascimentos por cada mil habitantes. Esse aumento pode indicar uma mudança nas condições socioeconômicas, políticas de saúde

reprodutiva ou outros fatores que levaram a um aumento na fertilidade dentro da população do DSEI.

A análise da taxa de natalidade nos permite entender melhor as tendências demográficas e as necessidades da população em termos de saúde materno-infantil e planejamento familiar. Esses dados são cruciais para o desenvolvimento de políticas e programas de saúde adequados para atender às necessidades específicas das comunidades indígenas.

4.3.2 Medidas de frequência

Para análise das medidas de frequência, são apresentados o número absoluto e a incidência e prevalência das principais morbidades do DSEI Cuiabá (Ver tabelas 5 e 6). É possível observar que a nasofaringite aguda é a morbidade de maior incidência nos anos analisados, sendo uma doença sazonal com picos nas estações chuvosas e no inverno.

Quadro 9 - Taxa de incidência das principais morbidades que acometem os povos indígenas do DSEI Cuiabá.

MORBIDADES	2020		2021		2022	
	Nº absoluto de casos	Incidência	Nº absoluto de casos	Incidência	Nº absoluto de casos	Incidência
Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa	149	14,6	147	14,3	104	10,4
Malária não especificada	182	17,9	95	9,3	1	0,1
Nasofaringite aguda [resfriado comum]	526	51,7	542	53,0	468	47,2

Fonte: Painel SIASI local, extraído em 06/11/2023, sujeito a alteração.

Nota: O método de cálculo utilizado foi: Nº de óbitos/Total da Pop X 1000

Outra morbidade com casos aumentados em 2020 é a malária (casos somente no polo base Comodoro), totalizando 182 casos. Por meio de ações de controle de mosquitos e educação em saúde, nos anos de 2021 e 2022, observamos uma queda expressiva nos registros, com apenas 95 e 1 caso, respectivamente.

Quadro 10 - Taxa de prevalência das principais morbidades que acometem os povos indígenas do DSEI Cuiabá, 2020 a 2022.

MORBIDADES	2020		2021		2022	
	Nº absoluto de casos	Prevalência	Nº absoluto de casos	Prevalência	Nº absoluto de casos	Prevalência
Diabetes mellitus insulino-dependente	36	3,5	37	3,6	36	3,6
Diabetes mellitus não-insulino-dependente	141	13,8	144	14,1	143	14,4

Hipertensão essencial (primária)	1050	103,2	1032	101,0	1025	103,4

Fonte: Painel SIASI, 2023.

Nota: O método de cálculo utilizado foi: Nº de óbitos/Total da Pop X 1000.

Quanto às doenças prevalentes, destacam-se a Diabetes e a Hipertensão, sendo esta última com maior prevalência na população indígena do DSEI Cuiabá. Nota-se uma certa estabilidade desses indicadores nos anos apresentados. Esse cenário ressalta a importância da continuidade e efetividade das ações de prevenção e controle, visando a melhoria da qualidade de vida e saúde da população indígena dessa região.

4.3.3 Taxas de mortalidade

Para a apresentação das principais causas de óbitos, foram selecionadas as causas de maior frequência (Ver tabelas 6 e 7). A taxa de mortalidade geral é o número total de óbitos, por 1000 mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Essa medida expressa a frequência anual de mortes e com fatores de estrutura da população, incluindo idade e sexo, além de ser condicionada por fatores socioeconômicos.

Tabela 6 - Causas de mortalidade geral de indígenas no DSEI e Taxa de mortalidade geral por ano, 2020 a 2022.

Óbito Geral	**2020**		**2021**		**2022**	
	Nº óbitos	**Tx de Mortalidade**	**Nº de óbitos**	**Tx de Mortalidade**	**Nº de óbitos**	**Tx de Mortalidade**
Coeficiente Geral de Mortalidade	68	6,66	63	6,14	60	6,03
Principais Causas de Óbito	**Nº de óbitos**		**Nº de óbitos**		**Nº de óbitos**	
Infecção por coronavírus	24		05		03	
Doença pulmonar e insuficiência respiratória	05		02		02	
Afogamento e submersão	02		0		02	

Fonte: Painel SIASI, 2023.

Nota: O método de cálculo utilizado foi: Nº de óbitos/Total da Pop X 1000

Observa-se que nos anos analisados, uma taxa de mortalidade que ultrapassa os 6 óbitos a cada mil habitantes. As principais causas de morte são relacionadas a doenças infecciosas, doenças do aparelho respiratório e causas externas. Esse

cenário sinaliza a disponibilidade de infraestrutura assistencial e condições para o diagnóstico de doenças, bem como a capacitação profissional para o preenchimento das declarações de óbito.

Esses dados destacam a importância de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como a necessidade de investimentos na melhoria da infraestrutura de saúde e na capacitação dos profissionais para garantir um sistema de saúde mais eficiente e acessível à população.

A **taxa de mortalidade infantil** é o número de óbitos de menores de um ano, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida. Reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil.

Expressa um conjunto de causas de morte cuja composição é diferenciada entre os subgrupos de idade. Costuma-se classificar o valor da taxa como alto (50 por mil ou mais), médio (20 a 49) e baixo (menos de 20).

A tabela 7 apresenta as taxas de mortalidade infantil e as principais causas de óbitos nos períodos de 2020 a 2022. Nota-se que nos anos de 2020 e 2022 o DSEI Cuiabá estava com a classificação média e no ano de 2021 na classificação de baixa mortalidade infantil. As principais causas de mortes infantis são doenças infecciosas e doenças relacionadas a gravidez, parto e puerpério.

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

Óbito Infantil	2020		2021		2022	
	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade
Total de Mortalidade Infantil	07	26.82	05	19.31	08	26.06
Principais Causas de Óbito	**Nº de óbitos**		**Nº de óbitos**		**Nº de óbitos**	
Infecção por coronavírus	01		0		0	
Parada cardíaca	01		0		0	
Septicemia do recém-nascido	01		01		01	

Fonte: Painel SIASI, 2023.

Nota: O método de cálculo utilizado foi: Nº de óbitos infantis/Total de nascidos vivos X 1.000.

Número de óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos de mães residentes

em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Estima a frequência de óbitos femininos, ocorridos até 42 dias após o término da gravidez, atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, em relação ao total de nascidos vivos.

Tabela 8 - 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
Razão de Mortalidade Materna	0	0	01	386	0	0
Principais Causas de Óbito	**Nº de óbitos**		**Nº de óbitos**		**Nº de óbitos**	
Insuficiência Respiratória	0		01		0	

Fonte: Painel SIASI, 2023.

Nota: O método de cálculo utilizado foi: Nº de óbito de mulheres por gravidez, parto ou puerpério/Total de nascidos vivos X 100.000

Reflete a qualidade da atenção à saúde da mulher. Taxas elevadas de mortalidade materna estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo, desde o planejamento familiar e a assistência pré-natal, até a assistência ao parto e ao puerpério.

4.3.4 Especialidades para referência de média e alta complexidade

Para as informações relacionadas as CASAI do DSEI Cuiabá foram realizados os somatórios das CASAI Brasnorte, Cuiabá, Tangará da Serra e Rondonópolis para cada ano.

Não foi possível extrair a informação das principais morbidades que geram referências para média e alta complexidade, porém temos as informações das especialidades referenciadas.

Na Tabela 9 é apresentada as principais especialidades que ocasionaram consultas na média e alta complexidade nos municípios de referência na área de abrangência do DSEI Cuiabá.

Tabela 9 - Principais especialidades que ocasionaram consultas na média e alta complexidade, de 2020 a 2022.

Especialidades	Número de indígenas encaminhados		
	2020	2021	2022
Clínico Geral	15	70	627

Ginecologista e Obstetrícia	55	26	109
Hemodiálise	66	24	147
Oftalmologista	130	61	109
Pediatria e especialidades em pediatria.	57	84	273

Fonte: CASAI, 2022.

Diante da realidade local, as referências encaminhadas para as CASAI englobam vários fatores, dentre eles: ausência de médicos nos territórios, atendimentos de urgências e emergências, onde está associado ao acompanhamento em Hospitais e Upas relacionados fatores externos (acidentes com animais peçonhentos, automobilísticos, entre outros).

Portanto, as CASAI do DSEI Cuiabá não realizam atendimento médico, por isso não se aplica.

4.3.5 Doenças Crônicas Não Transmissíveis

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT, como as cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, são grupos de agravos que se caracterizam por terem uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado e por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais.

No ano de 2022, as intervenções específicas podem ser observadas intervenções relacionadas às doenças do aparelho geniturinário, neoplasias, doenças do aparelho circulatório (hipertensão), doenças endócrinas (diabetes) e doenças do olho e anexos.

Tabela 10 - Quantitativo de usuários com doenças crônicas não transmissíveis e que necessitam de intervenção/cuidados específicos em 2022.

Cronicidade	Usuários
Transplantes	01
Hemodiálise	147
Doenças hematológicas	10
Câncer	44
HIV Positivo	08
Hipertensão Arterial	35
Diabetes	25
Oftalmologista	109

Fonte: Autoria própria, 2022.

4.3.6 Violências

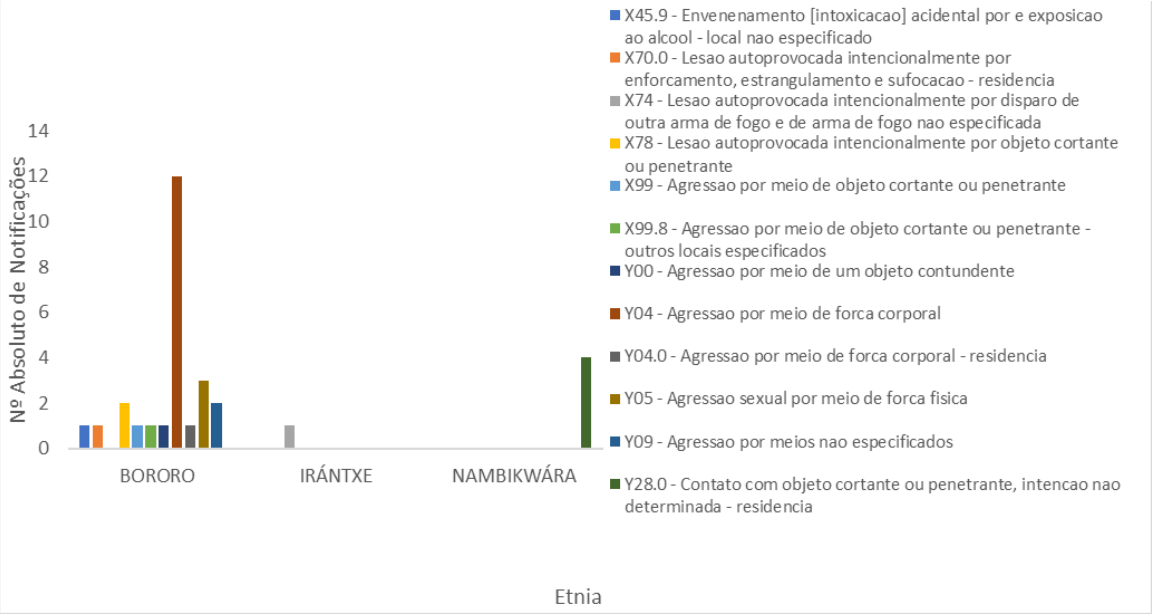
A OMS conceitua violência como "uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou

uma comunidade, que resulte ou tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação".

As figuras 18, 19 e 20 apresentam o número de notificações por violência por etnia nos anos 2020, 2021 e 2022, consequentemente.

Na figura 17 tem-se o maior índice de violência por agressão por meios não especificados e agressão sexual por meio de força física no ano de 2020 na etnia Bororo. Observa-se, também, notificações de contato com objeto cortante ou penetrante na etnia Nambikwara.

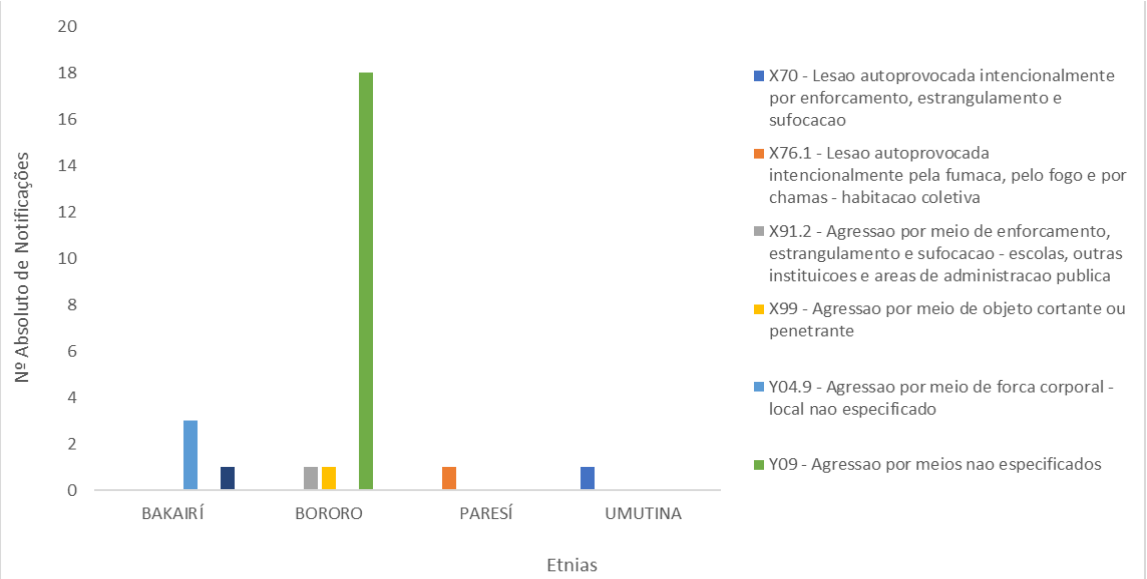
Figura 17 - Notificações de violências DSEI Cuiabá, 2020.



Fonte: Painel SIASI, 2020.

Na figura 18 tem-se o maior índice de violência no ano de 2021 por agressão por meios não especificados.

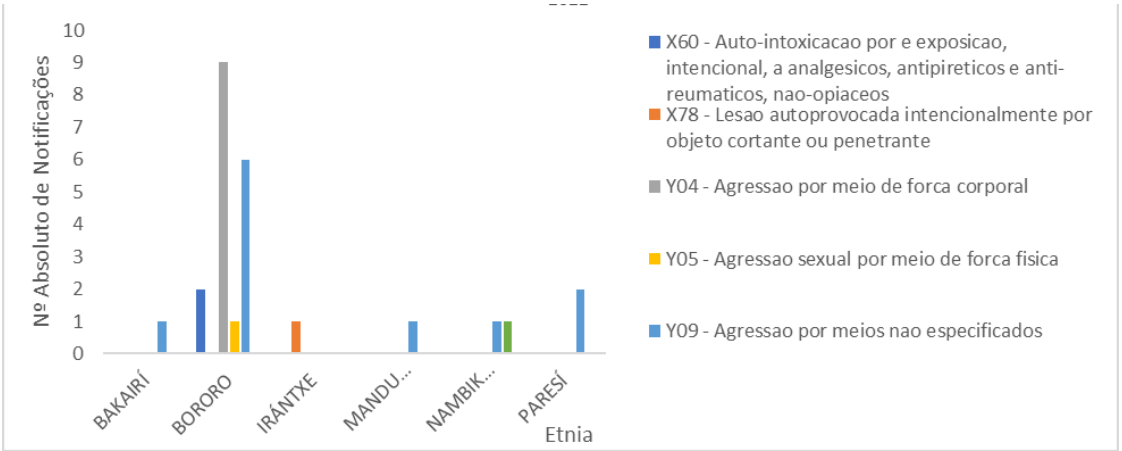
Figura 18 - Notificações de violências DSEI Cuiabá, 2021.



Fonte: Painel SIASI, 2023.

Na figura 19, no ano de 2022 tem-se o maior índice de violência na etnia Bororo por agressão por meio de força corporal e agressão por meios não especificados.

Figura 19 - Notificações de violências DSEI Cuiabá, 2022.



Fonte: Painel SIASI, 2023.

4.3.7 Doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado

A destinação inadequada do esgoto e a falta de tratamento da água que consumimos são causas de diversas doenças provocadas por organismos patogênicos, que se desenvolvem em ambientes insalubres. Além disso, a falta de saneamento contribui para o agravamento de epidemias, deixando a população mais

exposta a vírus e bactérias que desencadeiam enfermidades potencialmente fatais.

A maioria das doenças frequentemente associadas à precariedade nos sistemas de coleta e de tratamento de esgoto, bem como no acesso à água potável, é causada por cistos, larvas ou parasitas provenientes de fezes e fluidos humanos, aos quais a população sem acesso ao saneamento está constantemente em contato. Além disso, o lixo armazenado em locais inapropriados propicia o acúmulo de água e, consequentemente, a procriação de mosquitos que são vetores de várias doenças.

Tabela 11 - Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado (DRSAI)

Polo Base	Grupos de Doenças					
	Vetores/ Artrópodes			Diarreicas/ Ectoparasitas/Helmintos		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Cuiabá	2	2	1	15	7	8
Meruri	4	3	3	37	11	1
Pakuera	7	1	1	16	13	13
Chiquitano	1	0	0	9	2	0
Tangará da Serra	0	0	0	11	7	0
Bacaval	1	0	1	7	3	1
Três Lagoas	0	2	0	0	7	1
Rio Verde	1	1	0	0	18	5
Brasnorte	2	3	14	59	52	60
Comodoro	204	183	18	29	44	19
Rondonópolis	8	4	2	22	36	13
Total	**230**	**199**	**40**	**205**	**200**	**121**

Fonte:SIASI/SESAI/MS, extraído em 31/10/2023, sujeito a alterações

Os dados fornecidos revelam a incidência de diferentes grupos de doenças transmitidas por vetores ou artrópodes em diversos polos ao longo dos anos de 2020, 2021 e 2022. Os grupos de doenças incluem Diarreicas, Ectoparasitas e Helmintos.

Ao analisar os números, observamos algumas tendências interessantes. Primeiramente, os casos de doenças diarreicas mostraram uma redução significativa em 2022 em comparação com os anos anteriores. Por outro lado, os casos de ectoparasitas tiveram uma diminuição em 2022 em relação a 2020, mas houve um leve aumento em comparação com 2021. Já os casos de helmintos tiveram uma queda acentuada em 2021, mas se estabilizaram em 2022.

Alguns polos se destacam pelos altos números de casos, como Comodoro, que apresentou uma incidência muito elevada de doenças diarreicas, enquanto outros polos, como Tangará da Serra e Três Lagoas, não registraram casos de algumas das doenças em determinados anos.

Esses dados são fundamentais para entender a distribuição das doenças transmitidas por vetores e artrópodes ao longo do tempo e são úteis para orientar medidas de controle e prevenção em áreas afetadas.

4.3.8 Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA)

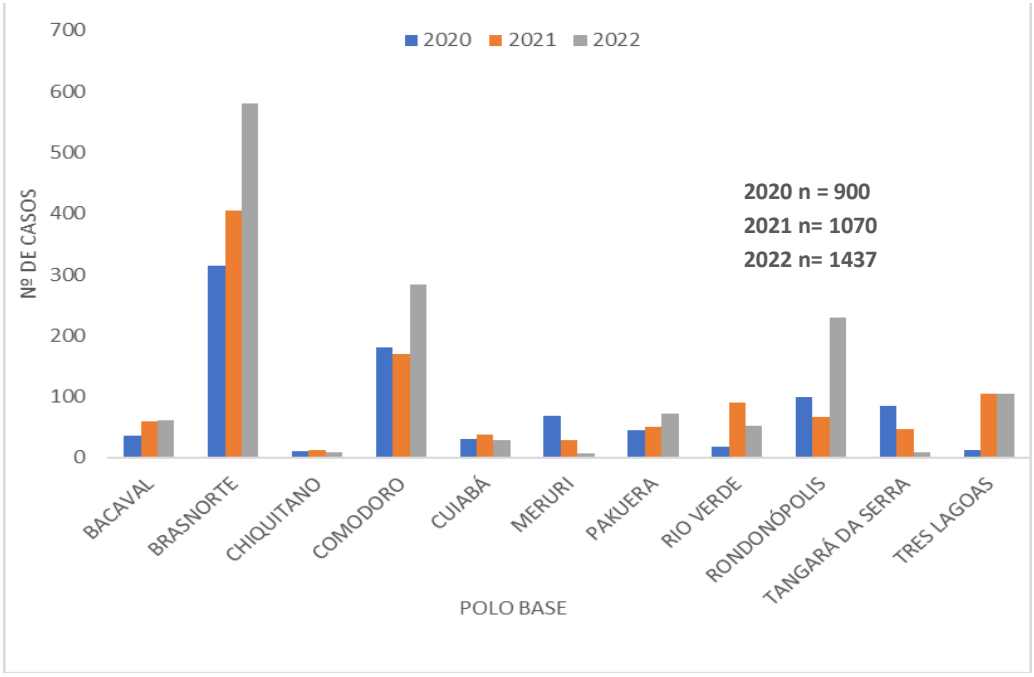
As Doenças Diarreicas Agudas (DDA) podem ser causadas por diferentes microrganismos infecciosos (bactérias, vírus e outros parasitas, como os protozoários) que geram a gastroenterite – inflamação do trato gastrointestinal – que afeta o estômago e o intestino.

A doença diarreica aguda é reconhecida como importante causa de morbimortalidade no Brasil, mantendo relação direta com as precárias condições de vida e saúde dos indivíduos, em consequência da falta de saneamento básico, desnutrição crônica, entre outros fatores.

O processo de monitorização se caracteriza por ser uma atividade própria e obrigatória do subsistema de serviços de saúde em todos os níveis. Em nível local, é importante para proporcionar agilidade, eficácia e avaliação contínua dos sistemas e não necessita de complexidade técnica crescente.

Na figura 20 temos o acompanhamento das notificações de diarreia para os anos de 2020, 2021 e 2022 por Polo Base do DSEI Cuiabá. Nota-se um número crescente ao longo dos 3 anos. Temos os Polos Base Brasnorte e Comodoro com maior número de casos no período apresentado.

Figura 20 - Notificações de Doenças Diarreicas Agudas, 2020 a 2022.



Fonte: SIASI/SESAI/MSI, 2023.

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

5.1 Infraestrutura de saúde

A rede de serviços básicos de saúde nas terras indígenas está hierarquizada em 23 municípios de abrangência, sendo 1 sede do DSEI, 1 almoxarifado, 1 Núcleo de vigilância ambiental, 1 Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF, 4 CASAI, 11 Polos Base e 34 Unidades Básicas de Saúde em funcionamento. Praticamente estes estabelecimentos são prédios próprios, com exceção da CASAI de Brasnorte.

Na Sede do DSEI não tem a acessibilidade adequada, principalmente seus banheiros e necessita de instalações adequadas de energia elétrica e cabeamentos de internet.

As UBSI praticamente todas necessitam de reforma, principalmente no telhado e na rede de energia elétrica, pois os fios são subdimensionados e provocam instabilidades no uso contínuo e principalmente na utilização de equipamentos que exigem maiores potências como ar-condicionado e equipamentos odontológicos.

Outro problema grave nas UBSI é a invasão de morcegos, baratas e roedores necessitando de projeto e a adoção de tecnologias de engenharia sanitária para a eliminação da entrada destes vetores nas UBSI de todo o território de abrangência do DSEI Cuiabá.

Tabela 12 - Quantidade atual de estabelecimentos de saúde indígena por subtipo, Nº de reformas/ampliações e novos estabelecimentos previstos.

Estabelecimento	Qt atual	Nº de reformas/ampliações previstas/ano	Nº de novos estabelecimentos previstos/Ano*
CASAI	04	03	01
UBSI Tipo I	14	14	02
UBSI Tipo II	14	09	04
UBSI Tipo III	6	04	02
Polo Base tipo I	6	03	01
Polo Base tipo II	5	0	0
Sede do DSEI	1	0	01
Escritório Local	0	0	0

Fonte: Painel SESANI, 2023

Os dados fornecidos apresentam informações sobre o número atual de estabelecimentos de saúde em diferentes categorias, juntamente com as previsões de reformas/ampliações e a criação de novos estabelecimentos por ano para cada categoria.

Para a CASAI (Casa de Apoio à Saúde do Índio), existem atualmente 4 unidades, com previsão de 3 reformas/ampliações por ano e criação de 1 novo estabelecimento por ano. As UBSIs (Unidades Básicas de Saúde Indígena) estão divididas em três tipos: Tipo I, Tipo II e Tipo III. Atualmente, há 14 UBSIs Tipo I, 14 UBSIs Tipo II e 6 UBSIs Tipo III. As previsões para reformas/ampliações e novos estabelecimentos variam para cada tipo, sendo as UBSIs Tipo II as que têm a maior previsão de criação de novos estabelecimentos por ano (4).

Os Polos Base também estão divididos em dois tipos: Tipo I e Tipo II. Existem atualmente 6 Polos Base Tipo I e 5 Polos Base Tipo II. As previsões para reformas/ampliações e novos estabelecimentos são menores em comparação com as UBSIs. A Sede do DSEI conta com 1 estabelecimento atualmente, com previsão de criação de 1 novo estabelecimento por ano.

Por fim, não há estabelecimentos de Escritório Local atualmente, e não há previsões de reformas/ampliações ou criação de novos estabelecimentos para essa categoria. Destacamos que a previsão para Implantação e Reformas das edificações adstritas do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá serão atendidas conforme

demanda requerida pela Divisão de Atenção Básica, seguindo as diretrizes do Plano Anual de Contratação de cada ano subsequente.

Quadro 11 - Descrição dos estabelecimentos a implantar, reformar e ampliar para o exercício de 2024 a 2027.

Tipo de Estabelecimento	Nome da Aldeia ou Polo Base ou Município (estabelecimentos não aldeados)	Implantação / reforma / ampliação	Ano
CASAI	Tangará da Serra	Reforma	2024
CASAI	Rondonópolis	Reforma	2025
CASAI	Cuiabá	Ampliação	2025
CASAI	Brasnorte	Implantação	2024
UBSI Tipo I	Sararé Serra da Borda	Reforma	2024
UBSI Tipo I	Wassusu Central	Reforma	2024
UBSI Tipo I	Camararé João Maxixe	Reforma	2024
UBSI Tipo I	Wasusu Bacurizal	Reforma	2024
UBSI Tipo I	Perdiz	Reforma	2025
UBSI Tipo I	Recanto do Alípio	Reforma	2025
UBSI Tipo I	Batizá	Reforma	2025
UBSI Tipo I	Salto da Mulher	Reforma	2026
UBSI Tipo I	Vale do Rio Papagaio	Reforma	2026
UBSI Tipo I	Nambikwara 13 de Maio	Reforma	2026
UBSI Tipo I	Negarotê Central	Reforma	2026
UBSI Tipo I	Asa Branca	Reforma	2027
UBSI Tipo I	Kotitiko	Reforma	2027
UBSI Tipo I	Alantesu Central	Reforma	2027
UBSI Tipo I	Paikum	Implantação	2025
UBSI Tipo I	Kaiahoalo	Implantação	2026
UBSI Tipo II	Piebaga	Reforma	2024
UBSI Tipo II	Cravari	Reforma	2025
UBSI Tipo II	Caititu	Reforma	2025
UBSI Tipo II	Japuíra	Reforma	2026
UBSI Tipo II	Nova Esperança	Reforma	2026
UBSI Tipo II	Santana	Reforma	2027
UBSI Tipo II	Sararé Central	Reforma	2027
UBSI Tipo II	Manairisu-Thahantesu	Reforma	2027
UBSI Tipo II	Kithaulu	Reforma	2027
UBSI Tipo II	Perigara	Implantação	2026
UBSI Tipo II	Kolidiki	Implantação	2026
UBSI Tipo II	Aterradinho	Implantação	2025
UBSI Tipo II	Sacre II	Implantação	2026
UBSI Tipo III	Umutina	Implantação	2024
UBSI Tipo III	Doloiwkwa	Implantação	2024
UBSI Tipo III	Gomes Carneiro	Reforma	2025
UBSI Tipo III	Tadarimana	Reforma	2026
UBSI Tipo III	Aturua	Reforma	2027
UBSI Tipo III	Formoso	Reforma	2027
Polo Base tipo I	Meruri	Implantação	2024
Polo Base tipo I	Rio Verde	Reforma	2025
Polo Base tipo I	Bacaval	Reforma	2026
Polo Base tipo I	Chiquitano	Reforma	2027
Sede do DSEI	Sede do Dsei	Reforma	2025

Fonte: Painel SESANI, 2023.

5.2 Rede de Atenção à Saúde

No Estado de Mato Grosso, muitos procedimentos de saúde estão disponíveis nas diferentes regiões de saúde (consultas com especialistas, exames da média complexidade, cirurgias, por exemplo), via consórcios intermunicipais, sendo 16 consórcios pactuados, que contam com recurso municipal e estadual. Tais procedimentos são agendados por sistema de saúde próprio ou outras formas de agendamento mais simplificadas, dependendo do porte e organização interna municipal.

Os serviços estaduais ou contratualizados pela Secretaria de Estado de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá são solicitados e regulados via SISREG.

A partir do atendimento médico nas aldeias, as solicitações de procedimentos de média e alta complexidade são entregues nos municípios, para a regulação municipal proceder aos trâmites internos de direcionamento, seja para o SISREG ou para outras formas de solicitações de agenda.

A CASAI Cuiabá já atua com acesso ao SISREG desde 2015, com disponibilidade da senha via município. Muitos procedimentos no Estado de Mato Grosso são direcionados pela Central de Regulação de Cuiabá, devido à maior disponibilidade dos serviços na capital.

No fim de 2022, houve disponibilidade de senha do Complexo Regulador Estadual para a assistente social da CASAI Cuiabá e para a apoiadora técnica em saúde do DSEI.

Nesse período, procedimentos de responsabilidade do Estado ou Central de Regulação de Cuiabá foram acessados de maneira mais oportuna, nas demandas apresentadas. Serviços de tomografias, ressonâncias, na área da oftalmologia, cirurgia ortopedia, neurologia, neuropediatria, dermatologia oncológica, urologia, atendimento à pessoa com deficiência estão entre os procedimentos que tanto Estado quanto Central de Regulação de Cuiabá possibilitaram ao DSEI agendamentos via SISREG, observando as dificuldades logísticas, condições clínicas e organização da atenção à saúde indígena.

Ainda em 2022, o DSEI Cuiabá retomou a discussão e solicitações do acesso à senha do SISREG junto aos municípios e Estado. Em outubro de 2023, foi alcançado o objetivo apontado acima na CASAI Tangará da Serra, sendo a assistente social capacitada pelo Escritório Regional de Saúde para utilização do

SISREG e disponibilização de senha pela Secretaria Municipal de Saúde de Tangará da Serra.

Há necessidade ainda de avançar nesse processo, com disponibilidade de acesso da senha do SISREG, de acordo com a realidade e necessidade do DSEI. No momento, há necessidade para as CASAIS Brasnorte e Rondonópolis e Polos Comodoro, Cuiabá, Rondonópolis e Brasnorte.

De maneira geral, pactuação de vagas e organização dos agendamentos, as equipes multidisciplinares de saúde indígena e dos Polos Administrativos e CASAIS têm tido sucesso nos municípios onde os serviços estão disponíveis. Há dificuldades pontuais de falta de serviço no primeiro município de referência, longas distâncias até o município que tem o serviço, há demora na fila de espera para alguns procedimentos, absenteísmo, dificuldade interna na saída do paciente da aldeia até o município do exame em alguns períodos pela dificuldade de transporte, por exemplo.

O transporte dos pacientes até a referência varia de acordo com a realidade local, pois em muitos casos é feito por ônibus ou outro meio disponibilizado pelo município ou pelo próprio DSEI, com disponibilidade de passagem ou veículo oficial. Essa situação depende das condições clínicas, culturais e sociais do paciente, além da logística desde a aldeia até o município de onde tem o transporte municipal e existência de CASAIS.

Em particular, a mudança de aldeia e consequentemente, de município, do Povo Enawene Nawe demanda uma reavaliação dos atendimentos dos mesmos para os serviços de média complexidade e exames complementares da atenção primária à saúde.

Atualmente, os mesmos têm como principal porta de entrada para esses atendimentos, os serviços ofertados em Brasnorte, porém, considerando a localidade da aldeia, distância e oferta de serviços, faz-se necessário uma reavaliação e pactuação com município de Juína e também com DSEI Vilhena referente ao apoio da CASAI Juína.

5.3 Gestão do Trabalho e educação na saúde

A seguir, 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, terceirizado, bem como a Educação Permanente na Saúde.

5.3.1. Força de Trabalho

Tabela 13 - Demonstrativo geral de recursos humanos existente no DSEI Cuiabá, 2024.

CARGO	TOTAL	LOTAÇÃO				VÍNCULO EMPREGATÍCIO				
		PB TIPO I	PB TIPO II	CASAI	SEDE	Servidor	Convênio	Terceirizada	PMM	Município
AG. DE SAÚDE PÚBLICA	11	-	-	-	11	11	-	-	-	-
AG. DE TRANSP. MARÍTIMO	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-
AGENTE DE PORTARIA	6	-	-	4	2	-	-	6	-	-
AIS	111	111	-	-	-	-	111	-	-	-
AISAN	134	134	-	-	-	-	134	-	-	-
ANALISTA TÉCNICO DE POLÍTICAS SOCIAIS	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-
APOIADOR TÉCNICO DE ATENÇÃO À SAÚDE	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-
APOIADOR TÉCNICO SANEAMENTO	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-
ARTÍFICE ESPECIALIZADO	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-
ASSESSOR TÉCNICO INDÍGENA	2	-	-	-	2	-	2	-	-	-
ASSISTENTE SOCIAL	4	-	-	4	-	-	4	-	-	-
AUX. DE ADMINISTRAÇÃO	13	-	-	3	10	-	-	13	-	-
AUX. DE SANEAMENTO	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-

CARGO	TOTAL	LOTAÇÃO				VÍNCULO EMPREGATÍCIO				
		PB TIPO I	PB TIPO II	CASAI	SEDE	Servidor	Convênio	Terceirizada	PMM	Município
AUX. OPERACIONAL ADM	8	-	-	4	4	-	-	8	-	-
AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	12	12	-	-	-	-	12	-	-	-
BARQUEIRO	7	7	-	-	-	-	-	7	-	-
CIRURGIÃO DENTISTA	14	13	-	-	1	-	14	-	-	-
CONTADOR	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-
COORDENADOR	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-
COPEIRA	5	-	-	4	1	-	-	5	-	-
COZINHEIRA	9	9	-	-	-	-	-	9	-	-
ENFERMEIRO	48	23	5	16	4	-	48	-	-	-
ENGENHEIRO	2	-	-	-	2	-	2	-	-	-
FARMACÊUTICO	5	-	4	-	1	-	5	-	-	-
GESTOR DE SANEAMENTO	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-
GUARDA DE ENDEMIAS	6	-	-	1	5	6	-	-	-	-
INTÉRPRETE	2	1	-	-	1	-	-	2	-	-
LAVADEIRA	7	-	4	3	-	-	-	7	-	-
MÉDICO	9	9	-	-	-	-	2	-	7	-
MOTORISTAS	133	107	-	15	11	-	-	133	-	-
NUTRICIONISTA	5	-	-	4	1	-	5	-	-	-
OFICIAL ADMINISTRATIVO	12	-	-	1	11	-	-	12	-	-
OFICIAL DE SERVIÇOS GERAIS	5	4	-	-	1	-	-	5	-	-
PSICÓLOGO	5	-	-	4	1	-	5	-	-	-
RECEPCIONISTA	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-
SECRETÁRIO EXECUTIVO CONDISI	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-

CARGO	TOTAL	LOTAÇÃO				VÍNCULO EMPREGATÍCIO				
		PB TIPO I	PB TIPO II	CASAI	SEDE	Servidor	Convênio	Terceirizada	PMM	Município
SERVENTE DE LIMPEZA	62	5	24	30	3	-	-	62	-	-
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	130	93	-	37	-	-	130	-	-	-
TÉCNICO DE ENFERMAGEM JI	3	3	-	-	-	-	3	-	-	-
TÉCNICO DE SUPORTE	7	-	-	1	6	-	-	7	-	-
TÉCNICO SANEAMENTO / TÉC. EDIFICAÇÕES / TÉC. QUÍMICA / TÉC. ELETROTÉCNICO	5	-	3	-	2	-	-	5	-	-
VIGILANTE	16	-	-	10	6	-	-	16	-	-
TOTAL	**809**	**531**	**40**	**141**	**97**	**22**	**481**	**299**	**7**	**0**

Fonte: SESAI-RH DSEI CGB, 2024.

Tabela 14 - Capacidade de EMSI instalada, 2024.

POLO BASE	EMSI	PERFIL DAS EMSI							
		Enfermeiro	Médico	CD	Téc Enf	ASB/TSB	AIS	AISAN	Aldeias Atendidas
Brasnorte	EMSI 1 Enawene Nawe	2	1	1	6	1	8	3	2
	EMSI 2 Manoky/ Myky	1	1	1	8	2	6	9	10
Comodoro	EMSI 3 Manairisu	2	2	1	5	0	4	4	8
	EMSI 4 Sarare	1			7	0	2	2	8
	EMSI 5 Barracão queimado	1		1	2	0	8	8	13
	EMSI 6 Linha Cargil	1			2	0	5	5	25
Cuiabá	EMSI 7	1		1	4	1	8	6	8
	EMSI 8 Umutina	1		1	2	1	7	5	15
	EMSI 9 Chiquitano	1			3		3	1	6
	EMSI 10 Meruri	2		1	4		4	4	5
	EMSI 11 Pakuera	1		1	7		6	10	12
Rondonópolis	EMSI 12 Tadarimana	1	1	1	6	1	11	13	16
	EMSI 13 Gomes Carneiro	1			6				
Tangará da Serra	EMSI 14 Rio verde	1	1*	1	6	1	3	11	21
	EMSI 15 Três Lagoas	1	-	1	4	1	10	9	11
	EMSI 16 Kolidiki	1	1*		4		8	14	13
	EMSI 17 Bacaval	1	1*	1	6	1	0	0	19
	EMSI 18 Tangará	1	1*	1	5	1	0	0	26

Fonte: DIASI CGB, 2024.

O quadro 24, abaixo, traz a necessidade de ampliação da força de trabalho do DSEI Cuiabá nos principais setores (DIASI, SESANI e SELOG).

Para a DIASI a necessidade de ampliação de vagas se dá em um contexto de avaliação da complexidade territorial, epidemiológica e evolutiva das populações indígenas do DSEI Cuiabá. Os profissionais de saúde têm um papel fundamental na educação e orientação dos pacientes e seus familiares sobre questões relacionadas à saúde, como tratamentos, medicamentos, autocuidado e prevenção de doenças. Ainda executam atribuições importantes na promoção da saúde e na prevenção de complicações, capacitando os pacientes a tomarem decisões informadas sobre sua saúde. Diante disso, a relação de cargos e o quantitativo é apresentada conforme demanda dos conselhos locais de saúde e avaliação técnica.

O fortalecimento de uma equipe NASI (enfermeiro, nutricionista, psicólogo e antropólogo) como forma de apoio técnico às EMSI e fomentadora de ações específicas diante das necessidades apresentadas pela equipe de saúde se faz necessária.

Profissionais farmacêuticos e nutricionistas nos Polos Base com vistas a promover a inclusão de hortas e uso de plantas medicinais como tratamento terapêutico e promover a vigilância alimentar e nutricional dos territórios.

Profissional antropólogo na área técnica como forma de auxiliar o entendimento das equipes nos contextos interculturais e capacitá-los na antropologia em saúde, buscando o entendimento dos modos de vida e a relação com o não indígena.

Profissional psicólogo nos Polos Base, diante às ameaças existentes de uso abuso de álcool, violências e suicídio, a fim de promover o bem viver das populações assistidas.

Diante do aumento das mortes infantis do DSEI Cuiabá no ano de 2023, cuja série histórica não aponta taxas de mortalidade infantil alta nos anos anteriores, é imprescindível, a composição de uma equipe específica para Vigilância Epidemiológica (permitindo um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde, individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos). Essa mesma equipe formará o comitê de vigilância do óbito (médico sanitarista, epidemiologista, sanitarista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, farmacêutico, antropólogo, cirurgião dentista), o que levará a informações sobre os problemas da assistência e da rede de saúde, possibilitando intervenções para a prevenção de novos óbitos na população.

No setor SESANI, atualmente, em seu quadro técnico são dois engenheiros civil, que ficam responsáveis pela elaboração de projetos de edificações e acompanhamento e fiscalização de obras, atualmente fiscaliza oito obras de construção de Sistema de Abastecimento de Água. Para o exercício de 2024 estão previstos à execução de 14 Sistema de Abastecimento de Água, 01 Casai, 01 Unidade Básica de Saúde Tipo III, 02 Unidade Básica de Saúde Tipo II e a aprovação de outros 12 (doze) empreendimentos, estão previstos também a perfuração de 30 (trinta) poços tubulares através do convênio com o Governo do Estado. Além das execuções, o setor possui processos continuados e a instrução para aquisição de insumos e equipamentos para garantir a continuidade das ações de sua competência.

Justifica-se também a necessidade de mais um profissional na área de Gestor de Saneamento Ambiental, visto que a meta pretendida é desafiadora para o SESANI/CGB. Haja visto que o DSEI Cuiabá possui em funcionamento 128 Sistemas de Abastecimento de Água, logo a contratação permitirá um melhor controle e Monitoramento do MQAI e GRS em território.

Quanto à contratação dos Oficiais justifica-se retornar à contratação conforme escopo do PDSI 2016/2019, a mão de obra sobre a supervisão da conveniada proporciona um melhor gerenciamento e atendimento nas ações quando solicitada.

Ressalta-se ainda que a administração possui 49 estruturas físicas, dentre elas, Casai, Unidade Básica de Saúde Indígena, dessa forma, o aumento do quadro técnico ora pretendido permitirá que a administração alcance as metas pactuadas.

Diante da demanda informada e das demais atividades previstas no plano distrital, é necessário a contratação de mais um(a) Engenheiro(a), um(a) Gestor(a) de Saneamento e oito técnicos para somar à equipe técnica do SESANI em suas atividades pactuadas.

No setor SELOG, considerando que o atual Contrato Administrativo o Distrito encontra-se com o planejamento de ações a serem realizadas para o presente ano e o subsequente, tendo em vista o aumento das demandas.

Quadro 12 - Demonstrativo da necessidade de ampliação de recursos humanos do DSEI Cuiabá, 2024 a 2027.

Recurso Humano	Polo Base tipo I	Polo Base tipo II	CASAI	DSEI	Total	Programação			
						2024	2025	2026	2027
Médico sanitarista				x	1	1	-	-	-
Epidemiologista				x	1	-	1	-	-
Enfermeiro	x		x	x	14	3	3	3	5
Téc. Enfermagem	x		x		18	-	5	5	8
Psicólogo	x			x	6	-	4	1	1
Nutricionista	x				5	-	3	1	1
Educador físico	x				2	-	1	1	-
Antropólogo				x	3	-	2	1	-
Assistente Social			x	x	3	-	2	1	-
Farmacêutico	x			x	4	-	2	1	1
Aux. farmácia	x	x			11	-	5	3	3
Técnico de laboratório	x				2	-	1	1	-
Técnico de jardinagem	x	x			11	-	5	3	3
Conhecedor tradicional de plantas	x	x			11	-	5	3	3
Cirurgião Dentista	x				5	1	2	1	1
ASB	x				7	2	3	1	1
AIS	x				45	-	15	15	15
AISAN	x				25	-	10	10	5
Apoiador institucional		x			5	-	2	2	1
Apoio Administrativo		x	x	x	10	3	3	2	2
Agente de Portaria	x		x		8	8	-	-	-
Servente de Limpeza	x	x	x	x	25	-	-	25	-
Engenheiro Civil				x	2	-	-	-	-
Técnico em Edificações		x			5	2	2	1	-
Gestor de Saneamento				x	2	-	1	1	-
Oficial de Manutenção				x	8	4	2	2	-

Fonte: DIAIS, SESANI, SELOG

Considerando ainda que o quantitativo de mão de obra operacional está se mostrando insuficiente, para o atendimento das ações oriundas das CASAI e Polos Base, conforme solicitação da área demandante DIASI/CGB. Justifica-se a necessidade de alteração no contrato de prestação de serviço de limpeza, asseio e conservação nas Unidades de abrangência do DSEI/CGB, visto que atualmente a prestação de serviço encontra-se com a modalidade de contratação de horista nas UBSI, o qual não se aplica por tratar-se de Unidades de Saúde, onde os serviços deverão ser continuados, o Serviço de Contratação de Recursos Logísticos instruirá um processo propondo a substituição da contratação de horista por uma prestação de serviço, com a carga horária de30 horas semanais, o qual os serviços serão prestados nas Unidades de 2ª a 6ª feiras, considerando a área interna e externa preconizada pela PortariaNº 16, DE 16 DE AGOSTO DE 2010. Atualiza os valores limites para contratação de serviços de limpeza e conservação.

O contrato de Portaria, atualmente, contempla as Unidades: Sede DSEI/CGB, Almoxarifado e Polo Brasnorte. A área demandante DIASI solicitou junto ao SELOG a contratação de posto de serviço, para a Unidades da DIASI/CGB – CASAI: Tangará, Rondonópolis e Polo Comodoro, visando uma melhor identificação dos usuários e visitantes nas Unidades de Saúde.

5.3.2 Qualificação profissional

A Educação Permanente em Saúde, tem como estratégia a capacitação, qualificação, atualização e a produção de novos conhecimentos, para que os trabalhadores da saúde utilizem em seu ambiente e realidades do campo de trabalho, motivando-os às mudanças, quando necessário, com vistas a aprimorar sua prática profissional. A teoria da problematização é o que se busca nas capacitações, oficinas e treinamentos para todos os profissionais da saúde indígena, em atendimento a todas as preconizações do Subsistema de Atenção aos Povos Indígenas - SasiSUS, da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS.

Destaca-se que no processo de ensino-aprendizagem são utilizadas metodologias ativas, onde não existe um repasse de informações verticalizadas, mas a construção acontece no contexto das ações e práticas diárias dos profissionais de saúde, de acordo com a realidade desses profissionais nas aldeias, tendo em vista à qualificação e aperfeiçoamento das ações realizadas e o desenvolvimento de pessoas

para trabalhar na perspectiva de atuação no contexto intercultural. Com isso, o incentivo à Educação Permanente das equipes multidisciplinares de saúde indígena, para a atenção qualificada à saúde dos povos indígenas é assegurado através das capacitações periódicas desses profissionais de saúde.

Nas tabelas 15 e 17 são apresentados o número de trabalhadores com participação em ações educativas do contexto intercultural e aprimoramento do trabalho em saúde.

Nos quadros 13 e 14 são apresentadas as previsões de capacitações no contexto intercultural e para aprimoramento do trabalho em saúde para os próximos quatro anos.

Tabela 15 - Número de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural (PPA), 2020 a 2023.

CATEGORIA PROFISSIONAL	2020	2021	2022	2023
MÉDICO (A)	-	4	2	1
ENFERMEIRO (A)	25	16	1	6
CIRURGIÃO DENTISTA (A)	-	-	1	2
ASSISTENTE SOCIAL (A)	-	2	-	1
NUTRICIONISTA (A)	-	3	-	2
PSICÓLOGO (A)	-	1	-	1
FARMACÊUTICO (A)	-	-	-	2
AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE	-	-	-	4
AGENTE INDÍGENA DE SANEAMENTO	-	-	-	-
AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	-	-	-	-
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	1	-	4	8
APOIADOR TÉCNICO EM ATENÇÃO À SAÚDE	-	-	-	-

Fonte: SICONV, 2020 a 2023.

Quadro 13 - Previsão de Capacitações voltadas para o Contexto Intercultural, 2024 a 2027.

Previsão Das Principais Temáticas/Prioridades De Formação Profissional	Ano
Oficina de Cuidados nas DCNT: Um olhar para as plantas do Território	2024
Oficina sobre cuidado com as crianças (troca de saberes)	2024
Oficina sobre antropologia em saúde para os trabalhadores do DSEI (3 etapas)	2024
Oficina sobre uso racional da água	2025
Oficina Intercultural - compartilhando saberes e medicina tradicional	2025
Oficina de produção de cosméticos naturais - promovendo interculturalidade, saúde e renda	2026
Oficina de trocas de saberes no cuidado com a gestante, parto e puerpério	2027

Fonte: DIASI e SESANI CGB, 2023.

Tabela 16 - Número de trabalhadores da atenção qualificados para o aprimoramento do trabalho em saúde.

CATEGORIA PROFISSIONAL	2020	2021	2022	2023
MÉDICO (A)	7	6	4	3

CATEGORIA PROFISSIONAL	2020	2021	2022	2023
ENFERMEIRO (A)	13	15	47	25
CIRURGIÃO DENTISTA (A)	4	2	13	3
ASSISTENTE SOCIAL (A)	-	2	2	2
NUTRICIONISTA (A)	2	2	1	2
PSICÓLOGO (A)	2	2	-	2
FARMACEUTICO (A)	1	-	1	2
AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE	-	28	-	-
AGENTE INDÍGENA DE SANEAMENTO	-	18	-	-
AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	-	-	-	-
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	9	5	27	33
APOIADOR TÉCNICO EM ATENÇÃO À SAÚDE	1	3	-	-

Fonte: SICONV, 2020 a 2023.

Quadro 14 - Previsão de Capacitações voltadas para trabalhadores da atenção qualificados para o aprimoramento do trabalho em saúde.

Previsão Das Principais Temáticas/Prioridades De Formação Profissional	Ano
Qualificar 100% dos Agentes Indígenas de Saúde e Saneamento	2024/2025
Oficina de Capacitação dos AISANS em manutenções preventivas e corretivas	2024
Oficina sobre GRS e GRSS (Gerenciamento de Resíduos Sólidos e de Saúde)	2024
Web Oficina sobre a prevenção da Tuberculose SES/DSEI CUIABÁ/Comunidade	2024
Capacitação dos Engenheiros em softwares BIM (Arquitetônico, estrutural, hidrossanitário, elétrico, orçamentação e planejamento de Obras)	2024
Rodada de conversa sobre as formas de transmissão das Hepatites	2024
Capacitação em Vigilância à Saúde (incluindo todas as vigilâncias), voltada ao olhar ampliado de saúde	2024
Capacitação em Sala de Vacinas e Rede de Frios	2024/2025
Oficina de Atenção à Saúde de Povos Indígenas de Recente Contato	2024/2025/2026/2027
Atualização sobre manejo de doenças negligenciadas	2025
Capacitação sobre respostas às emergências em saúde pública - CIEVS	2025
Capacitação para o enfrentamento às doenças mentais (depressão e suicídio)	2025
Capacitação de Planejamento em Saúde Indígena para todos os setores do DSEI	2025
Capacitação em promoção da saúde	2026
Capacitação em doenças crônicas não transmissíveis	2026
Capacitação em Promoção da Alimentação Adequada e Saudável na Atenção primária à saúde	2026
Capacitação em Vigilância e Controle de Vetores de Importância em Saúde Pública	2027
Capacitação em Abordagem Familiar na Atenção Domiciliar	2027
Capacitação em Planejamento em Saúde	2027
Capacitação em: Reconhecendo o Sobrepeso e a Obesidade no contexto da Atenção Primária À Saúde	2027
Capacitação em atenção integral à saúde da mulher em situação de violência	2027

Fonte: DIASI e SESANI CGB

5.4 Infraestrutura de saneamento

Dentro dos três caminhos do saneamento: qualidade da água, tratamento de esgoto e Gerenciamento dos Resíduos Sólidos, o SESANI CGB, priorizou a

distribuição de água de qualidade nos últimos anos. Assim como é priorizado nas ações de saneamento no Brasil.

Atualmente o DSEI oferece infraestrutura de água em 128 aldeias, beneficiando 84,55% da população local, além destas, muitas comunidades possuem sistemas alternativos de abastecimento coletivo que necessitam de incrementos e melhorias.

Desta forma, foi dado prioridade às ações de implementação de Sistemas de Abastecimento de Água. Neste sentido, já está disponibilizado no Fundo Nacional de Saúde, um convênio do Ministério da Saúde com o Governo do Estado do Mato Grosso cerca de R$15.500.000,00 para a construção de 63 Sistemas de Abastecimento de Água (SAA), para os próximos 2 anos. O Convênio foi instituído nos últimos dois anos (2022 e 2023).

A partir de 2021 foram, gradativamente, liberadas as entradas em área, após a vacinação dos trabalhadores e dos indígenas aldeados. Juntamente com a contratação da Apoiadora Técnica de Saneamento e da Gestora de Saneamento foram instruídos processos para a compra de insumos para ser possível a retomada dos trabalhos de Monitoramento da Qualidade da Água. De acordo com os resultados obtidos e a ADPF 709, foram disparadas instruções dos processos de aquisições de insumos de desinfecção da água, cloradores, filtros de barro (desinfecção intradomiciliar da água). E o processo de contratação de empresa de distribuição de água potável através do Carro Pipa para o atendimento das aldeias que não possuem Sistema de Abastecimento de Água.

Para as manutenções de SAA, foi instruído processo de manutenção que atuou durante o ano de 2022. Paralelo a esta ação, foram contratados 5 técnicos de edificações que também executaram reparos nos SAA.

Desta forma, entende-se que o primeiro passo de distribuição de água de qualidade, teve um avanço muito grande. Essas ações são contínuas e precisam ser continuamente executadas.

Quanto ao Gerenciamento de Resíduos Sólidos, foram distribuídas lixeiras e instruídos processos para a aquisição de ferramentas para os AISANs. Durante as viagens de MQAI, foi dada importância no projeto “Aldeia Limpa” em que ocorriam palestras e instruções para os AISANs e estudantes das escolas indígenas sobre a compostagem e a coleta seletiva dos resíduos. Houve também parceria com a FUNAI e a Prefeitura de General Carneiro na Aldeia Garças onde foram recolhidos todos os resíduos sólidos acumulados e feita a poda de resíduos orgânicos.

O GRS é um ramo do Saneamento que está sendo iniciado, foram dados passos importantes, porém as ações precisam ser ampliadas em aldeias.

Quanto ao tratamento do esgotamento sanitário, é um desafio do DSEI Cuiabá, quando forem implantados os módulos sanitários individuais, integrando aos Sistema de Abastecimento de Água. Destacamos que as obras são realizadas por meio de licitações e contratações de empresas, bem como parcerias com Municípios e organizações sem fins lucrativos.

O quadro 15 traz a caracterização das aldeias quanto a infraestrutura de saneamento.

Tabela 17 - Caracterização das aldeias sobre infraestrutura de saneamento, 2023.

Polo Base	N° de aldeias	N° de aldeias com coleta de resíduos pela prefeitura	N° de aldeias que destinam seus resíduos orgânicos para compostagem ou alimentação animal	N° de aldeias que realizam a queima de resíduos na aldeia	N° de aldeias com infraestrutura de água	N° de aldeias com esgotamento sanitário adequado
Cuiabá	21	0	0	21	5	0
Meruri	5	0	0	5	4	0
Pakuera	12	0	0	12	11	0
Chiquitano	6	0	0	6	4	0
Tangará da Serra	26	0	0	26	6	0
Bacaval	25	0	0	25	16	0
Três Lagoas	19	0	0	19	15	0
Rio Verde	28	0	0	28	18	0
Brasnorte	12	0	0	12	8	0
Comodoro	54	0	0	54	31	0
Rondonópolis	16	0	0	16	10	0
Total	**224**	**0**	**0**	**224**	**128**	**0**

Fonte: SESANI/CGB, 2023.

Tabela 18 - Tecnologias de tratamento de água mais utilizadas, 2023.

Polo Base	N° de Aldeias	N° de aldeias com clorador	N° de aldeias que sem tratamento	N° de aldeias atendidas por concessionária	N° de aldeias com salta-Z	N° de aldeias com filtração
Cuiabá	21	0	21	0	0	0
Meruri	5	0	5	0	0	0
Pakuera	12	3	9	0	0	0
Chiquitano	6	0	6	0	0	0
Tangará da Serra	26	0	26	0	0	0
Bacaval	25	0	25	0	0	0
Três Lagoas	19	0	19	0	0	0
Rio Verde	28	0	28	0	0	0
Brasnorte	12	0	12	0	0	0
Comodoro	54	0	54	0	0	0
Rondonópolis	16	0	16	0	0	0

Fonte: SESANI/CGB, 2023.

Quadro 31 - Tecnologias de tratamento e disposição final de esgotamento mais utilizadas

Polo Base	N° de Aldeias	N° de aldeias com fossa séptica e sumidouro	N° de aldeias com tanque de evapotranspiração	N° de aldeias com fossas rudimentares	N° de aldeias atendidas por concessionária	N° de aldeias corpos hídricos
Cuiabá	21	0	0	21	0	0
Meruri	5	0	0	5	0	0
Pakuera	12	0	0	12	0	0
Chiquitano	6	0	0	6	0	0
Tangará da Serra	26	0	0	26	0	0
Bacaval	25	0	0	25	0	0
Três Lagoas	19	0	0	19	0	0
Rio Verde	28	0	0	28	0	0
Brasnorte	12	0	0	12	0	0
Comodoro	54	0	0	54	0	0
Rondonópolis	16	0	0	16	0	0

Fonte: SESANI/CGB, 13/11/2023

Tabela 19 - 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
Bacaval	Chapada Azul	41	2024
Bacaval	Marekwa	28	2024
Bacaval	Rio Sacre	12	2024
Brasnorte	Cachoeirinha BN	33	2024
Brasnorte	Dolowikwa/Kotakowinakwa	1059	2024
Cuiabá	Massepô	36	2024
Rondonópolis	Guanandi	15	2024
Três Lagoas	Papagaio III	36	2024
Cuiabá	ATERRADINHO	97	2025
Comodoro	ALANTESU QUENTO	49	2025
Chiquitano	PAAMA MASTAKAMA	41	2025
Comodoro	NOVA BACURI	36	2025
Rondonópolis	JOKUREA	35	2025
Comodoro	NEGAROTÊ NOVA JACARE	32	2025
Bacaval	CABECEIRA DO SERINGAL II	32	2025
Chiquitano	NATUKIS	30	2025
Comodoro	BELA VISTA	29	2025
Rondonópolis	MOTO"OKWA	27	2026
Comodoro	NOVA FIGUEIRA A (NOVA MARRALOTIRU NAKADOTU)	28	2026
Rondonópolis	APIDO PARU	27	2026
Comodoro	RENATO	25	2026
Comodoro	NOVA NAJÁKITHAULU	24	2026
Comodoro	CORGÃO	23	2026
Cuiabá	VALE DO RIO BUGRES	22	2026
Rio Verde	PAKWERA	22	2026
Comodoro	NOVA PRIMAVERA	19	2026
Tangará da Serra	CABECEIRA DO JABUTI	19	2026
Comodoro	KANACHOE SARARE	18	2026
Tangará da Serra	NOVA ENCANTADA	18	2026
Comodoro	SARARÊ- PISCINA	17	2027
Comodoro	KITHAULU CASCALHEIRA	17	2027
Tangará da Serra	CERRADINHO	17	2027

Polo Base	Aldeia	População	Ano de previsão de implantação de infraestrutura de água
Bacaval	J5	16	2027
Comodoro	CACHOEIRA KITHAULU	16	2027
Comodoro	CAMPO CLARO	16	2027
Rio Verde	SACRE NOVO	15	2027
Bacaval	OREKE	14	2027
Três Lagoas	RECANTO DO MOXI	14	2027
Rondonópolis	AREME EWORORO	14	2027
Três Lagoas	NOVA ARIMATEIA	13	2027
Comodoro	ALTA FLORESTA	13	2027
Tangará da Serra	SERRA DOURADA	13	2027
Cuiabá	ADONAI	13	2027
Rio Verde	CIERRE 3	13	2027
Tangará da Serra	BURITI II	13	2027

Fonte: SESANI/CGB, 2023.

Tabela 20 - 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
Bacaval	Bacaval	139	2024
Bacaval	Salto da Mulher	37	2024
Brasnorte	Paredão	80	2024
Cuiabá	Vila Nova Barbecho	90	2024
Tangará da Serra	Caititu	36	2024
Três Lagoas	Figueira	26	2024
Rondonópolis	Piebaga	91	2024
Comodoro	Kithaulu Central	57	2024
Comodoro	Namibkwara Central	17	2024
Tangará da Serra	Três Jacu	39	2025
Pakuera	Pakuera	282	2025
Umutina	Umutina	292	2026
Brasnorte	Japuíra	154	2026

Fonte: SESANI/CGB, 2023.

Tabela 21 - Previsão de sistema de esgotamento sanitário por Polo Base

Polo Base	Aldeia	População	Ano de previsão de implantação de infraestrutura de esgotamento sanitário
Bacaval	Bacaval	139	2025

Fonte: SESANI/CGB, 2023

O Serviço de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena de Cuiabá informa que solicitará à Coordenação de Análise e Elaboração de Projetos de Infraestrutura e Saneamento com o apoio técnico na elaboração dos projetos de engenharia. Conforme relação de prioridade definido no Plano Anual de Contratação e consoante as metas pactuadas no Plano Distrital 2023-2027.

O Serviço de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena de Cuiabá informa que para garantir a efetividade das ações serão instruídos ao longo da vigência do Plano Distrital 2023-2027. E, conforme o Plano de Contratação Anual (PCA), à aquisição de insumos de saneamento, edificação, contratação de mão de obra, aquisição de ferramentas, equipamentos de uso permanentes, serviços gráficos e entre outros. Destacamos que essas aquisições e contratações visam à melhoria das condições sanitárias e ambientais das populações indígenas, promovendo a instalação, operação e manutenção de sistemas de abastecimento de água, edificações e a implantação de solução coletiva e/ou individual para o destino adequado de dejetos e melhorias das condições sanitárias das habitações.

5.5 Meio de transporte

O acesso às aldeias da área de abrangência do DSEI Cuiabá ocorre nos modais terrestre e fluvial. As aldeias localizadas na região do Pantanal Mato Grossenses utilizam os dois modais de transporte e no período de chuva somente por meio fluvial. Outra particularidade se dá no acesso para a T.I. Umutina, localizada no município de Barra do Bugres, para acessá-la é necessária a travessia por balsa para veículos e pessoas e barco para pessoas, portanto se faz o uso do barco para transporte de pacientes e equipes quando necessário.

As aldeias de registro atual não estão caracterizadas com a distância percorrida. São apontamentos que estarão no planejamento do setor de logística para os próximos anos.

5.5.1 Plano de Transporte

O DSEI Cuiabá não possui atualmente o Plano de Transporte oficializado, tendo sido utilizadas algumas ferramentas para monitoramento dos veículos bem como os combustíveis, por meio do Boletim Diário de Tráfego Terrestre (BDTS).

Cabe ressaltar que com a implantação do SEPAT, o DSEI por meio do SELOG/SEPAT compromete-se em elaborar no período de 2024 a 2027, juntamente com as áreas técnicas do DIASI e SESANI, a parceria para formalização e oficialização do Plano de Transporte.

Em 2023 foram contratados 3 motoristas, com jornada de trabalho de 44 horas diurnas e noturnas e 15/15. E os veículos são contemplados atualmente no contrato emergencial.

Para o período de 2024 há elaboração de contrato de motorista com veículos, por grupo, onde será, caso aprovado, pela SESAI por grupo, ou seja, por região, visando a economicidade e transparência nos processos de contratação.

É um instrumento de planejamento a utilização do SIAG/Vale Card, visando orientar as ações na gestão do transporte através das informações como: km percorridos, distância entre Polo Base e aldeias, quantitativo de combustível utilizado por Polo. Importante pontuar que será realizado o plano de transporte com as atualizações das informações conforme o PDSI 2024 – 2027.

5.5.2 Monitoramento e Acompanhamento dos Contratos

O monitoramento e acompanhamento dos contratos administrativos relacionados ao transporte, informa que na instrução de processos, tem uma pessoa como ponto focal que faz esse acompanhamento por meio de planilhas que compõem informações detalhadas sobre a vigência dos contratos que se referem aos contratos administrativos ao transporte.

O fluxo estabelecido pelo Serviço de Contratação de Recursos Logísticos , para não haver interrupção da prestação de serviço, são de 180 dias para o fim da vigência contratual. É enviado oficialmente para os fiscais de contrato uma solicitação de manifestação se é favorável a prorrogação ou se há algum apontamento de desabone a prorrogação contratual. O Setor segue as leis e demais instrumentos preconizados pela AGU/CJU necessários e atualizados para a prorrogação contratual. São realizadas, quando necessárias, as pesquisas de preços de mercado para análise crítica e se o valor atual da contratação encontra-se no valor prático no mercado, como, por exemplo, a repactuação, e o aditivo de valor.

5.5.3 Equipe de Transporte Estruturada

A Equipe de transporte, conta atualmente com 02 profissionais, e com a implantação do SEPAT. A mesma irá para 03 profissionais, sendo dois terceirizados, e um servidor efetivo. Além desses, faz se necessário a contratação de profissional que irá ficar para atuar com as demandas de inserção no banco de dados a ser construído para subsidiar a implantação do plano de transporte.

Quadro 15 - Caracterização do meio de transporte entre as unidades de abrangência do Polo Base para as aldeias, 2023.

Distância da Sede do DSEI Ao Polo Base	Aldeia / CASAI	Distância Do Polo ase À CASAI / Aldeia UBSI	Acesso Terrestre	Acesso Fluvial	Observações Do Acesso
660 Km	POLO/CASAI BRASNORTE	660 Km	X		A CASAI/Polo funciona no município de Brasnorte no mesmo prédio estrada de asfalto
	CASAI/CUIABÁ	680 Km	X		CASAI/Cuiabá funciona no município de Cuiabá 20 Km asfalto e 4 Km de estrada de terra
	DOLOWIKWA / KOTAKOWINAKWA	353 Km	X	X	A CASAI/Polo funciona no município de Brasnorte no mesmo prédio 180 Km estrada de asfalto e 173 estrada de terra
600 Km	POLO BASE COMODORO	600 Km	X		Polo funciona no município de Comodoro
	CASAI CUIABÁ	620 Km	X		Polo Comodoro referência para CASAI Cuiabá sendo 600 Km de asfalto até Sede e da Sede até CASAI Cuiabá 20 Km de estrada de asfalto e 4 Km de estrada de terra
252 Km	POLO BASE TANGARÁ DA SERRA	252 Km	X		A CASAI/Polo funciona no município de Tangará da Serra
	CASAI CUIABÁ	252 Km	X		Polo tendo como referência A CASAI Cuiabá para regulação de alta complexidade, 252 de estrada de asfalto até a Sede do DSEI e do DSEI até a CASAI Cuiabá são 20 Km de estrada asfalto e 4 Km de chão
355 km	POLO BASE RIO VERDE	110 Km	X		Do Polo Rio Verde até a CASAI Tangará 75 Km estrada de asfalto do 35 estrada de chão
	CASAI CUIABÁ	355 Km	X		Polo tendo como referência para regulação de alta complexidade, 250 de estrada de asfalto até o DSEI/Cuiabá e 20 Km de estrada de asfalto e 4 Km de chão
485 Km	POLO TRÊS LAGOAS	225 Km	X		Do Polo Três Lagoas município Conquista D'Oeste até CASAI/Tangará da Serra são225 Km de estrada asfalto e 150 Km de chão
	CASAI CUIABÁ	501 Km	X		Polo tendo como referência para regulação de alta complexidade até a CASAI Cuiabá 20 Km asfalto e 4 Km de chão

Distância da Sede do DSEI Ao Polo Base	Aldeia / CASAI	Distância Do Polo ase À CASAI / Aldeia UBSI	Acesso Terrestre	Acesso Fluvial	Observações Do Acesso
474 Km	POLO BACAVAL	222 Km	X		Polo Base Bacaval município de Campo Novo dos Pareci são 210 Km de estrada de asfalto e 12 de estrada de chão até a CASAI Tangará
	CASAI CUIABÁ	498 Km	X		Polo Bacaval até a Sede 474 km estrada de asfalto, da Sede do DSEI até a CASAI Cuiabá são 20 Km de asfalto e 4 Km de estrada de chão
475 Km	POLO CHIQUITANO	459 Km	X		Polo Chiquitano município de Porto Esperidião, referência para Cuiabá,sendo 342 Kmde estrada de asfalto até a Sede do DSEI, sendo 133 estrada de chão, e da Sede do DSEI até a CASAI Cuiabá são 20 km de estrada de asfalto e 4 de estrada de chão
240 Km	POLO RONDONÓPOLIS/ CASAI RONDONÓPOLIS		X		Polo Rondonópolis CASAI/Polo funciona no mesmo prédio no município de Rondonópolis
	CASAI CUIABÁ	240 Km	X		Polo Rondonópolis referência para Cuiabá sendo 240Km de asfalto até a sede do DSEI Cuiabá da Sede, até a CASAI Cuiabá 20 Km de asfalto e 4 Km de estrada de chão
-	POLO CUIABÁ		X		Polo Cuiabá funciona no prédio Sede do DSEI/CGB município de Cuiabá
	CASAI CUIABÁ	24 Km	X		Polo Cuiabá até a CASAI Cuiabá 20 Km asfalto e 4 Km de estrada de terra
250 Km	POLO CUIABÁ	274 Km	X	X	A.I Aterradinho/Perigara região do Pantanal município de Barão de Melgaço, sendo 12 de barco no período chuvoso. No trajeto terrestre são 120 estradas de asfalto e 130 estradas de chão. Da sede do DSEI/Cuiabá até a CASAI/Cuiabá são 20 km de estrada de asfalto e 4 km de chão

Fonte: SIASI - SEPAT, 2019; e PDSI, 2023.
Nota: Os Polo Base que funcionam nos municípios, são os Polos Administrativos. Os Polos que funcionam na aldeia são os Polos Assistenciais.

Quadro 16 - Caracterização do meio de transporte do Polo Base para a CASAI

Polo Base	CASAI	Meio de transporte	Tempo de deslocamento
POLO BASE CUIABÁ	CASAI CUIABÁ	TERRESTRE	20 km de estrada de asfalto e 4 km de chão
POLO BASE BRASNORTE	CASAI BRASNORTE	TERRESTRE/FLUVIAL	Polo Base Brasnorte, funciona na mesmo prédio da CASAI/Brasnorte
POLO BASE COMODORO	CASAI CUIABÁ	TERRESTRE	620 Km do Polo
POLO BASE RONDONÓPOLIS	CASAI RONDONÓPOLIS	TERRESTRE	Polo Base Rondonópolis, funciona na mesmo prédio da CASAI/Rondonópolis
POLO BASE TANGARÁ DA SERRA	CASAI TANGARÁ DA SERRA	TERRESTRE	-

Fonte: SEPAT, 2023.

Quadro 17 - Caracterização do meio de transporte da CASAI para os estabelecimentos de saúde.

CASAI	Estabelecimento de Saúde	Meio de Transporte
Cuiabá	Hospital De Barra Do Bugres, Serviço De Apoio Ao Diagnóstico E Laboratório De Prótese.	Terrestre
Cuiabá	Hospital Regional De Tangará Da Serra, Hospital Municipal De Cuiabá, Santa Casa De Cuiabá, Hospital Metropolitano E Hospital Geral De Cuiabá.	Terrestre
Cuiabá	Hospital Municipal, Serviço De Apoio Ao Diagnóstico E Terapêutico.	Terrestre
Cuiabá	Hospital Municipal De Cuiabá, Santa Casa De Cuiabá, Hospital Metropolitano E Hospital Geral De Cuiabá.	Terrestre
Cuiabá	Hospital Municipal E Serviço De Apoio Ao Diagnóstico E Terapêutico	Terrestre
Cuiabá	Hospital Municipal De Cuiabá, Santa Casa De Cuiabá, Hospital Metropolitano E Hospital Geral De Cuiabá.	Terrestre
Cuiabá E Rondonópolis	Pronto Atendimento E Serviço De Apoio Ao Diagnóstico E Terapêutico	Terrestre
Cuiabá E Rondonópolis	Pronto Socorro Municipal De Barra Do Garças Hospital Municipal De Cuiabá, Santa Casa De Cuiabá, Hospital Metropolitano E Hospital Geral De Cuiabá	Terrestre
Cuiabá E Rondonópolis	Hospital Municipal E Serviço De Apoio Ao Diagnóstico E Terapêutico	Terrestre
Cuiabá E Rondonópolis	Hospital Regional De Rondonópolis, Santa Casa De Rondonópolis, Hospital Municipal De Cuiabá, Santa Casa De Cuiabá, Hospital Metropolitano E Hospital Geral De Cuiabá.	Terrestre
Cuiabá E Rondonópolis	Serviço De Apoio Ao Diagnóstico E Terapêutico	Terrestre
Cuiabá E Rondonópolis	Hospital Regional De Rondonópolis, Santa Casa De Rondonópolis, Hospital Municipal De Cuiabá, Santa Casa De Cuiabá, Hospital Metropolitano E Hospital Geral De Cuiabá.	Terrestre
Cuiabá	Serviço De Apoio Ao Diagnóstico E Terapêutico	Terrestre
Cuiabá	Hospital Regional De Cáceres, Hospital Municipal De Cuiabá, Santa Casa De Cuiabá, Hospital Metropolitano E Hospital Geral De Cuiabá.	Terrestre
Rondonópolis	Hospital Municipal E Serviço De Apoio Ao Diagnóstico E Terapêutico	Terrestre

CASAI	Estabelecimento de Saúde	Meio de Transporte
Rondonópolis	Hospital Regional De Rondonópolis, Santa Casa De Rondonópolis, Hospital Municipal De Cuiabá, Santa Casa De Cuiabá, Hospital Metropolitano E Hospital Geral De Cuiabá.	Terrestre
Rondonópolis	Hospital Regional De Rondonópolis, Hospital Santa Casa De Rondonópolis, Centro De Especialidades E Serviço De Apoio Ao Diagnóstico E Terapêutico.	Terrestre
Rondonópolis	Hospital Regional De Rondonópolis, Hospital Santa Casa De Rondonópolis, Hospital Municipal De Cuiabá, Santa Casa De Cuiabá, Hospital Metropolitano E Hospital Geral De Cuiabá	Terrestre
Rondonópolis	Serviço De Apoio Ao Diagnóstico E Terapêutico	Terrestre
Tangará Da Serra E Cuiabá	Hospital Municipal E Serviço De Apoio Ao Diagnóstico E Terapêutico	Terrestre
Tangará Da Serra E Cuiabá	Hospital Regional De Tangará Da Serra, Hospital Municipal De Cuiabá, Santa Casa De Cuiabá, Hospital Metropolitano E Hospital Geral De Cuiabá	Terrestre
Tangará Da Serra E Cuiabá	Hospital Regional, Centro De Especialidades E Serviço De Apoio Ao Diagnóstico E Terapêutico.	Terrestre
Tangará Da Serra E Cuiabá	Hospital Regional De Tangará Da Serra, Hospital Municipal De Cuiabá, Santa Casa De Cuiabá, Hospital Metropolitano E Hospital Geral De Cuiabá	Terrestre
Tangará Da Serra E Cuiabá	Hospital Municipal, Serviço De Apoio Ao Diagnóstico E Terapêutico.	Terrestre
Tangará Da Serra E Cuiabá	Hospital Regional De Tangará Da Serra, Hospital Municipal De Cuiabá, Santa Casa De Cuiabá, Hospital Metropolitano E Hospital Geral De Cuiabá.	Terrestre
Tangará Da Serra E Cuiabá	Hospital Municipal, Serviço De Apoio Ao Diagnóstico E Terapêutico.	Terrestre

CASAI	Estabelecimento de Saúde	Meio de Transporte
Tangará Da Serra E Cuiabá	Hospital Regional De Tangará Da Serra, Hospital Municipal De Cuiabá, Santa Casa De Cuiabá, Hospital Metropolitano E Hospital Geral De Cuiabá.	Terrestre
Tangará Da Serra E Cuiabá	Hospital Regional, Centro De Especialidades E Serviço De Apoio Ao Diagnóstico E Terapêutico.	Terrestre
Tangará Da Serra E Cuiabá	Hospital Regional De Tangará Da Serra, Hospital Municipal De Cuiabá, Santa Casa De Cuiabá, Hospital Metropolitano E Hospital Geral De Cuiabá.	Terrestre
Tangará Da Serra E Cuiabá	Serviço De Apoio Diagnóstico E Terapêutico	Terrestre
Tangará Da Serra E Cuiabá	Hospital Santa Casa De Pontes Lacerda, Hospital Regional De Cáceres, Hospital Municipal De Cuiabá, Santa Casa De Cuiabá, Hospital Metropolitano E Hospital Geral De Cuiabá.	Terrestre
Tangará Da Serra E Cuiabá	Serviço De Apoio Diagnóstico E Terapêutico	Terrestre
Tangará Da Serra E Cuiabá	Hospital Santa Casa De Pontes Lacerda, Hospital Regional De Cáceres, Hospital Municipal De Cuiabá, Santa Casa De Cuiabá, Hospital Metropolitano E Hospital Geral De Cuiabá.	Terrestre
Tangará Da Serra E Cuiabá	Hospital Regional, Centro De Especialidades E Serviço De Apoio Ao Diagnóstico E Terapêutico.	Terrestre
Tangará Da Serra E Cuiabá	Serviço De Apoio Ao Diagnostico E Terapeutico	Terrestre
Tangará Da Serra E Cuiabá	Hospital Municipal De Cuiabá, Santa Casa De Cuiabá, Hospital Metropolitano E Hospital Geral De Cuiabá.	Terrestre

CASAI	Estabelecimento de Saúde	Meio de Transporte
Tangará Da Serra E Cuiabá	Hospital Regional, Centro De Especialidades E Serviço De Apoio Ao Diagnóstico E Terapêutico.	Terrestre
Tangará Da Serra E Cuiabá	Hospital Regional De Tangará Da Serra, Hospital Municipal De Cuiabá, Santa Casa De Cuiabá, Hospital Metropolitano E Hospital Geral De Cuiabá.	Terrestre
Brasnorte E Cuiabá	Hospital Municipal, Serviço De Apoio Ao Diagnóstico E Terapeutico.	Terrestre
Brasnorte E Cuiabá	Hospital Regional De Tangará Da Serra, Hospital Municipal De Cuiabá, Santa Casa De Cuiabá, Hospital Metropolitano E Hospital Geral De Cuiabá.	Terrestre
Brasnorte E Cuiabá	Hospital Municipal, Serviço De Apoio Ao Diagnóstico E Terapeutico	Terrestre
Brasnorte E Cuiabá	Hospital Regional De Tangará Da Serra, Hospital Municipal De Cuiabá, Santa Casa De Cuiabá, Hospital Metropolitano E Hospital Geral De Cuiabá.	Terrestre
Cuiabá/ Comodoro	Hospital Municipal, Serviço De Apoio Ao Diagnóstico E Terapeutico.	Terrestre
Cuiabá/ Comodoro	Hospital Santa Casa De Pontes Lacerda, Hospital Regional De Cáceres, Hospital Municipal De Cuiabá, Santa Casa De Cuiabá, Hospital Metropolitano E Hospital Geral De Cuiabá	Terrestre
Cuiabá/ Comodoro	Serviço De Apoio Ao Diagnóstico E Terapeutico.	Terrestre
Cuiabá/ Comodoro	Hospital Santa Casa De Pontes Lacerda, Hospital Regional De Cáceres, Hospital Municipal De Cuiabá, Santa Casa De Cuiabá, Hospital Metropolitano E Hospital Geral De Cuiabá	Terrestre
Cuiabá/ Comodoro	Serviço De Apoio Ao Diagnóstico E Terapeutico.	Terrestre
Cuiabá/ Comodoro	Hospital Santa Casa De Pontes Lacerda, Hospital Regional De Cáceres, Hospital Municipal De Cuiabá, Santa Casa De Cuiabá, Hospital Metropolitano E Hospital Geral De Cuiabá	Terrestre

Fonte: SEPAT/DSEI/CGB

Tabela 22 - Caracterização do acesso às aldeias por tipo de transporte no DSEI

Meios de Acesso às aldeias indígenas	Número de aldeias	Percentual de aldeias
Fluvial (exclusivo período chuvoso)	03	-
Terrestre (exclusivo)	219	97,76%
Aéreo	00	00
Misto (terrestre e fluvial)	05	2,23%

Fonte: SEPAT/DSEI/CGB, 2023.

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

Tipo	Quantidade	Previsão anual da necessidade
Picape (própria)	10	05
Picape (locada)	42	07
Carro passeio	00	01
Van (própria)	02	02
Van (locada)	01	02
Caminhão Munck	01	00
Ônibus / Microônibus	00	00
Voadeira	00	00
Utilitáriopróprio (SUV)	01	01

Fonte: SEPAT/DSEI/CGB, 2023.

Quadro 18 - Apresentação de contratos logísticos vigentes no DSEI

Contrato logístico atual	Período de vigência	Observações/Justificativa
08/2012	27/03/2022 à 27/03/2027	Locação de Imóvel Sede CASAI/Polo Base Brasnorte
01/2013	Indeterminado	Serviço de Água e Esgoto - **Cuiabá**
06/2017	13/06/2023 à 13/06/2024	Locação de Imóvel Barracão em Várzea Grande - Almoxarifado
16/2018	Indeterminado	Serviço de Água e Esgoto - **Tangará da Serra**
19/2018	Indeterminado	Serviço de Água e Esgoto - **Brasnorte**
12/2019	Indeterminado	Serviço de Água e Esgoto - **Comodoro**
Termo de Compromisso	Indeterminado	Fornecimento de Energia elétrica
06/2020	16/03/2023 à 16/03/2024	Manutenção de Equipamentos Odontológicos
19/2020	14/09/2023 à 14/09/2024	Prestação de serviços continuados de Telecomunicações dedicado a internet
22/2020	Indeterminado	Serviço de Água e Esgoto - **Rondonópolis**
24/2020	28/11/2020 à 27/11/2024	Prestação de Serviço de Agenciamento e repasse de passagens terrestre
25/2020	03/01/2022 a 04/01/2026	Serviço de Correios
26/2020	03/12/2023 à 02/12/2024	Manutenção de Equipamentos de Ar Condicionado
01/2021	08/02/2023 à 08/02/2021	Prestação de serviço de portaria
03/2021	15/02/2023 à 14/02/2024	Locação de Impressora
12/2021	13/05/2021 à 13/05/2026	Publicação em jornais de grande circulação
13/2021	21/05/2023 à 21/05/2024	Manutenção de veículos Oficiais
16/2021	12/07/2023 à 11/07/2024	Serviços Funerários dos municípios Conquista D'Oeste, Porto Esperidião, Comodoro
17/2021	12/07/2023 à 11/07/2024	Serviços Funerários dos municípios de Campo Novo, Comodoro, Brasnorte e Sapezal
18/2021	12/07/2023 à 11/07/2024	Serviços Funerários dos municípios General Carneiro, Primavera do Leste, Barra do Garças e Paranatinga
19/2021	12/07/2023 à 11/07/2024	Serviços Funerários dos municípios de Cuiabá, Santo Antônio Leverger, Barão de Melgaço, Poconé, Diamantino e Nobres.
22/2021	16/08/2023 à 15/08/2023	Prestação de Serviço de Limpeza, asseio e conservação
24/2021	07/08/2023 à 06/08/2024	Prestação do Serviço Telefônico
25/2021	15/09/2023 à 15/09/2024	Prestação de Serviço de Vigilância Desarmada
02/2022	12/2023 à 11/01/2024	Manutenção de Motores de Popa e Embarcação
05/2022	17/02/2023 à 16/02/2024	Prestação de Serviço de Apoio Administrativo
10/2022	08/04/2023 à 07/04/2024	Prestação de Serviço, manutenção predial
13/2022	0/07/2023 à 07/07/2024	Refeições Prontas CASAI: Cuiabá, Rondonópolis e Tangará da Serra
14/2022	08/07/2023 à 07/07/2024	Prestação de Serviço de Motorista - 15X15 Hs
15/2022	14/07/2023 à 01/02/2024	Prestação de Serviço de Motorista - 44 Hs Noturno

Contrato logístico atual	Período de vigência	Observações/Justificativa
16/2022	14/07/2023 à 13/07/2024	Prestação de Serviço de Motorista - 44 Hs Semanais
19/2022	26/07/2023 à 26/07/2024	Coleta de Resíduo Sólido
08/2023	13/06/2023 à 13/06/2024	Prestação de Serviços - Barqueiro
09/2023	16/09/2023 à 15/09/2023	Refeições Prontas CASAI: Brasnorte
10/2023	20/08/2023 à 15/02/24	Emergencial - Locação de Veículos

Fonte: SELOG/CGB

Quadro 19 - Previsão de novos contratos logísticos no DSEI.

Previsão de Novos contratos	Ano previsto	Observações/Justificativa
Locação de Veículos	2024	Processo em andamento em substituição do Emergencial
Prestação de Serviço de Portaria	2024	Em fase de elaboração, para substituição do atual, devido impossibilidade de prorrogação contratual
Prestação de Serviço de Limpeza, Asseio e Conservação	2025	Substituição à atual contratação
Prestação de Serviço de Motorista 44 horas noturno	2024	Processo em andamento em Contrato, devido ao limite de 60 meses de substituição o atual que expira em 02/2024
Prestação de Serviço de Coleta de Resíduo Sólido	2024	Processo em andamento em substituição ao atual, devido à empresa não estar cumprindo com cláusulas contratuais
Fornecimento de água	2024/2027	Contratação de empresa especializada para o fornecimento de água com carro Pipa em aldeias sem abastecimento
Manutenção de Equipamentos Odontológicos	2024/2025	Substituição ao atual Contrato, devido o limite de 60 meses de contratação

Fonte: SELOG/CGB, 2023.

Quadro 20 - Previsão de Compra de equipamentos logísticos no DSEI.

Tipo de equipamento	Ano previsto	Observações/Justificativa
Bebedouros	2024	Atender as demandas da Sede do DSEI, CAF e CASAI"s - Em andamento
Equipamento de Ar Condicionado	2024	Atender as demandas da Sede e demais área de abrangência
Motor de Popa	2024/2025	Atender nos deslocamentos para as aldeias de acesso fluvial
Embarcação (Barco)	2024/2025	Atender nos deslocamentos para as aldeias de acesso fluvial
Suprimento de Informática	2024	Atender a Sede do DSEI, CASAI"s, Polo Base e demais área de abrangência do DSEI/CGB
Mobiliário	2024/2025	Atender Sede do DSEI, CASAI"s, Polo Base e demais área de abrangência do DSEI/CGB
Materiais de Copa, utensílio doméstico	2024	Atender Sede do DSEI, CASAI"s, Polo Base e demais área de abrangência do DSEI/CGB

Fonte: SELOG/CGB

Quadro 21 - Previsão de novos contratos – natureza diversa

Tipo de contrato	Ano previsto	Observações/Justificativa
Ata de Registro de Preços	2024	Aquisição de Materiais: Recarga gás, engarrafados
Ata de Registro de Preços	2024	Aquisição de Café, Açúcar, Chá
Ata de Registro de Preços	2024	Aquisição de Medicamentos
Ata de Registro de Preços	2024	Aquisição de Material MMH
Ata de Registro de Preços	2024	Aquisição de Insumo Odontológico
Ata de Registro de Preço	2024	Aquisição de materiais e equipamentos, necessários para a estruturação das Unidades Básicas de Saúde Indígena - UBSI
Ata de Registro de Preço	2024	Materiais Hidráulicos e Elétricas
Ata de Registro de Preço	2024	Materiais de Construção
Ata de Registro de Preço	2025	Aquisição de insumos para o Monitoramento de qualidade da água
Ata de Registro de Preço	2025	Materiais Mobiliários
Ata de Registro de Preços	2024/2025	Materiais de Copa, utensílio doméstico

Fonte: SELOG/CGB, 2023.

5.6. Controle social

O Controle Social constitui a instância de participação dos povos indígenas no processo de implementação e execução da PNASPI. A participação indígena no planejamento, execução e avaliação das ações e programas da saúde indígena realizadas no âmbito dos DSEIs ocorre por meio dos Conselhos Locais (CLSI) e Distritais de Saúde Indígena (CONDISI); pelas Conferências Nacionais de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, pelo Fórum dos Presidentes de CONDISI e pelo Conselho Nacional de Saúde, que conta com a assessoria da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI).

Os Conselhos Locais de Saúde, de caráter consultivo, são constituídos

somente por indígenas representantes das comunidades da área de abrangência dos Polos Base. Já os Conselhos Distritais de Saúde (CONDISI), de caráter deliberativo, possuem uma composição paritária, sendo 18 representantes de usuários (50%), e 18 representantes de gestores e trabalhadores do setor de saúde (50%). Dentre as suas deliberações estão:

I — Participar na elaboração, aprovação, monitoramento e execução do Plano Distrital de Saúde Indígena;

II — Acompanhar a execução das ações de atenção integral à saúde indígena; e

III — Analisar a prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e serviços de atenção à saúde indígena.

Tabela 24 - Total de conselheiros locais, distritais e assessor indígena no DSEI Cuiabá, 2023.

Descrição	Total
Conselheiro Local	156
Conselheiro Distrital	36
Assessor Indígena	02

Fonte: CONDISI Cuiabá e Plano de trabalho, 2023.

Tabela 25 - Previsão de capacitação anual de conselheiros distritais e local do DSEI Cuiabá, 2024-2027.

Capacitação	2024	2025	2026	2027
Conselheiro Distrital	1	1	1	1
Conselheiro Local	12	12	12	12

Fonte: CONDISI Cuiabá, 2024-2027.

No quadro 46 segue o Plano de previsão de reuniões anuais (local, distrital); atuação no CNS, conselhos municipais e estaduais de saúde.

Quadro 25 - Previsão de reuniões dos conselhos locais e distrital de saúde indígena DSEI Cuiabá, de 2024 a 2027.

Reuniões: CLSI; CONDISI	Total de Participantes	Local	Período/Quantidade			
			2024	2025	2026	2027
1- Conselho Local de Saúde Indígena- **USINHANORISCH PUTSIORCH**	30	Aldeia Portal do Encantado	2	2	2	2
2- Conselho Local de Saúde Indígena - **CLOSAM**	40	Aldeia Meruri	2	2	2	2
3- Conselho Local de Saúde Indígena – I**MEPÃM**	30	Aldeia Santana	2	2	2	2
4- Conselho Local de Saúde Indígena - **EPIU**	30	Aldeia Pakuera	2	2	2	2
5- Conselho Local de Saúde Indígena - **COLOSU**	35	Aldeia Umutina	2	2	2	2
6- Conselho Local de Saúde Indígena - **MANOKI - MYKY**	35	Aldeia Cravari	2	2	2	2
7- Conselho Local de Saúde Indígena - **KOROGEDO PARU**	40	Aldeia Gomes Carneiro	2	2	2	2
8- Conselho Local de Saúde Indígena - **CLOSIHAP**	30	A. Rio Verde	2	2	2	2
9- Conselho Local de Saúde Indígena - **KUTUVIURS MASTAKAMA**	25	A. Vila Nova	2	2	2	2
10- Conselho Local de Saúde Indígena - **KEOKURIREU**	25	A. Perigara	2	2	2	2
11- Conselho Local de Saúde Indígena - **VALE DO GUAPORÉ**	30	A. Sararé	2	2	2	2
12- Conselho Local de Saúde Indígena - **TADARIMANA**	25	Tadarimana	2	2	2	2
13- Conselho Local de Saúde Indígena - **WAYMARE**	30	Bacaval	2	2	2	2
14- Conselho Local de Saúde Indígena - **WAKALITSU**	20	Tirecatinga	2	2	2	2
15- Conselho Local de Saúde Indígena - **HAITSU**	30	Aldeia Branca	2	2	2	2
16- Conselho Local de Saúde Indígena – **ENAWENE NAWE**	50	A. Dolowikwa	2	2	2	2
17- Conselho Local de Saúde Indígena - **MAGUATÒ**	20	Aterradinho	2	2	2	2

Reuniões: CLSI; CONDISI	Total de Participantes	Local	Período/Quantidade			
			2024	2025	2026	2027
CONDISI CUIABÁ	56	Cuiabá	3	3	3	3
TOTAL	**581**	**-**	**37**	**37**	**37**	**37**

Fonte: CONDISI Cuiabá, 2024

Nota[1]: justificativa do quantitativo de conselhos: os conselheiros são um total de 36, sendo 18 representantes do segmento trabalhador e governo, e 18 segmentos usuários. A representação do segmento usuário são 17 conselhos e 1 organização indígena local, sendo aFederação dos Povos Indígenas de Mato Grosso - FEPOIMT.

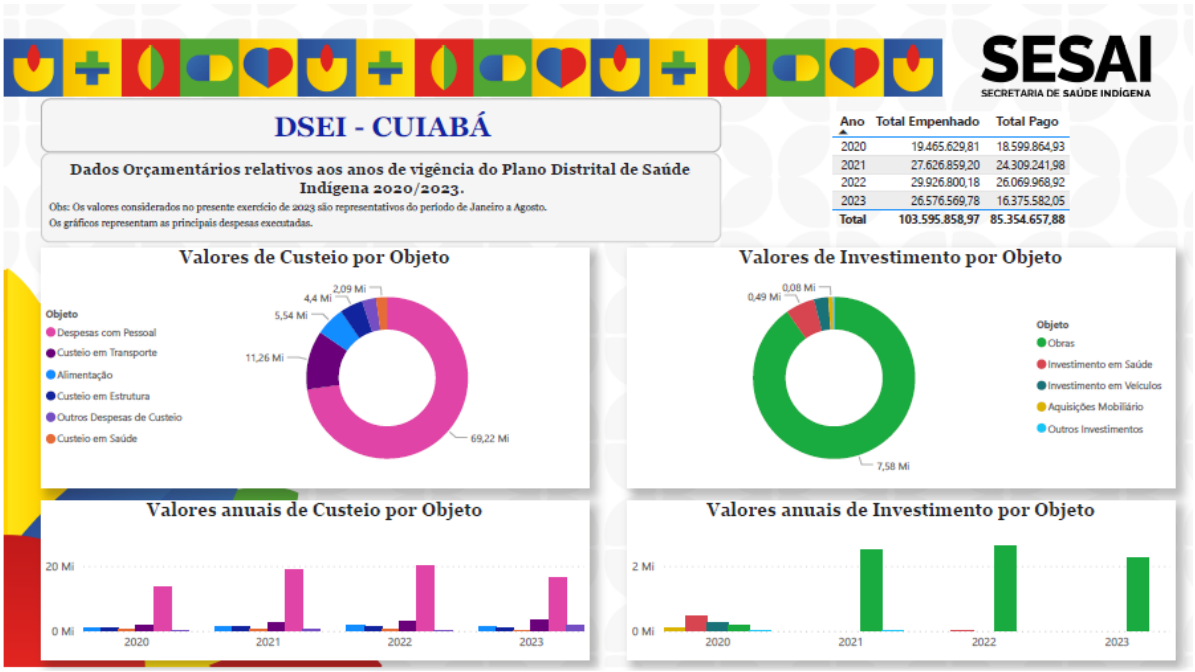
Nota[2]: Todos os Conselhos já existiam, como consta no regimento interno de 2017, em 2023 o regimento foi atualizado e permaneceram todos os seus conselhos, como consta no Capítulo II, da composição, em seu artigo 3º,§1º.

5.7. Recursos financeiros

Os recursos financeiros destinados aos Distritos Sanitários Indígenas desempenham um papel crucial na garantia do acesso a serviços de saúde de qualidade para as comunidades indígenas. A execução orçamentária e os dados relativos aos valores de custeio e investimento fornecem apontamentos importantes sobre como esses recursos são alocados e utilizados. Os custos de custeio são essenciais para manter as operações diárias dos serviços de saúde, incluindo despesas com pessoal, transporte e alimentação.

Por outro lado, os investimentos são direcionados para melhorias de infraestrutura, aquisição de equipamentos médicos e outras iniciativas que visam fortalecer e expandir os serviços de saúde indígena. Uma gestão eficaz desses recursos é fundamental para garantir a eficiência e a eficácia dos serviços de saúde prestados aos povos indígenas, promovendo assim o bem-estar e a saúde dessas comunidades.

Figura 22 - Execução Orçamentária, Dados de custeio e investimento no período de 2020 a 2023.



Fonte: SESAI/MS, 2020.

Conforme a figura representativa das despesas executadas no período de 2020-2023, é possível discernir duas categorias principais de despesas: custeio e investimento.

A análise da execução revela que os gastos com custeio constituem uma parcela significativa das despesas do órgão. Estes dispêndios são essenciais para a manutenção das operações da entidade, visando alcançar seus objetivos.

As categorias de custeio mais representativas na composição das despesas do DSEI Cuiabá são Despesa com Pessoal, Transporte e Gastos com Alimentação.

As despesas com pessoal totalizaram 69,22 milhões no período, representando a maior despesa da entidade. Estas despesas geralmente incluem contratos contínuos de mão de obra, como apoio administrativo, motoristas, limpeza, vigilância, entre outros.

Logo após as despesas com pessoal, os custos de transporte constituem um componente significativo na composição dos gastos do DSEI Cuiabá, totalizando 11,26 milhões no período. Estes gastos incluem contratos de locação de veículos, compra de passagens, entre outros.

Por fim, as despesas com alimentação, também significativas no custeio do DSEI Cuiabá, totalizaram 5,54 milhões, geralmente envolvendo contratos de fornecimento de alimentação às CASAIS. Além disso, será enviado junto com este Plano Distrital 2024-2027 um arquivo no formato Microsoft Excel, com detalhes dos contratos.

6. AVALIAÇÃO DO PDSI 2020-2023

Optou-se por realizar uma análise qualitativa e a apresentação dos principais avanços, dificuldades e desafios na execução dos resultados.

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

6.1.1. Resultado 1 - Alcançar, em 2023, 90% das crianças menores de 5 anos com esquema vacinal completo conforme o calendário indígena de vacinação.

Quadro 48 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI do calendário indígena de vacinação, de 2020 a 2023.

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE
2020	86%	86%	87,7%
2021	87,5%	87,5%	85,8%
2022	88,5%	88,5%	92,3%
2023	90%	90%	87,3%

Fonte: Cobertura Vacinal, 2020 a 2023.

Na avaliação do Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) 2020/2023, conforme aponta a tabela, o DSEI Cuiabá atingiu parcialmente o alcance das metas propostas pelo Mês de Vacinação dos Povos Indígenas (MVPI). Em 2020, a meta foi alcançada; no entanto, em 2021, ficamos abaixo da meta devido à disseminação de notícias falsas relacionadas à vacina contra a COVID-19, gerando insegurança na população em relação à administração das demais vacinas. Já em 2022, com uma maior campanha de sensibilização a favor das vacinas e a desmistificação de seus efeitos adversos, a cobertura atingiu o alcance necessário, refletindo as expectativas para 2023. Além disso, a meta propõe alcançar, em 2023, 90% das crianças menores de 5 anos com esquema vacinal completo conforme o calendário indígena de vacinação (PNS), adicionando um compromisso adicional para o alcance da cobertura vacinal desejada.

Avanços:

- Capacitação em Sala de Vacinas para os profissionais Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.
- Houve atualização e/ou matriciamento em vacina para os profissionais de saúde nos anos de 2020 – 2022.
- Realização da cobertura vacinal na planilha de imunização, descentralizada para os Polos Base e aldeias.
- O Mês de Vacinação dos Povos Indígenas (MVPI) ocorreu no quadriênio 2020 - 2022, com alcance das metas propostas.
- Inserção das Vacinas de Rotina pelo DSEI/CGB no Programa Nacional de Imunização (PNI).

Dificuldades:

- Rotatividade de profissionais de saúde.

- Garantir atualização dos dados de imunização entre as planilhas de imunização com prazo até final de dezembro de 2023.
- O alcance de todas as metas de 2020 - 2022, e 2023 ainda está em exercício.
- Acondicionamento e transporte de vacinas e estruturação da rede frio.
- Manter em todos os Polos Base a rotina da entrada de vacina mensalmente.
- Reduzir os bolsões susceptíveis a doenças imunopreveníveis.
- Alta migração de indígenas entre as áreas (Aldeias).
- Aumentar a cota combustível e quantidade de veículos.

Desafios:

- Estimular o vínculo dos profissionais e comunidade.
- Matriciar e orientar a atualização dos dados de imunização entre as planilhas de imunização.
- Desenvolver a educação continuada de forma sustentável para toda EMSI de Imunização em Saúde Indígena;
- Reduzir os bolsões susceptíveis a doenças imunopreveníveis;
- Estruturação das aldeias de forma adequada para acondicionamento e transporte de vacinas e estruturação da rede frio.

6.1.2. Resultado 2 - Alcançar, em 2023, 50% das gestantes indígenas com, no mínimo, 6 consultas de pré-natal.

Quadro 49 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI das gestantes indígenas com, no mínimo, 6 consultas de pré-natal, de 2020 a 2023.

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE
2020	39%	47%	54,05%
2021	43%	48,0%	61,53%
2022	47%	49%	69,5%
2023	50%	50%	73,08%

Fonte: Painel Siasi, 2023.

Avanços:

- Continuidade junto aos municípios dos fluxos de atendimentos para realização dos exames de rotinas e ultrassom das gestantes;
- Matriciamento das equipes (EMSI) quanto à importância do acompanhamento integral das gestantes;
- Reuniões com EMSI e Polos Base para planejamento das ações de saúde da mulher, visando melhorar a qualidade do atendimento à gestante, puérpera e recém-nascido. Profissionais qualificados no manejo do teste rápido para sífilis, HIV e Hepatite;
- Curso de Pré-Natal, aperfeiçoamento em pré-natal, puerpério e recém-nascido.

Dificuldades:

- Captação tardia por contexto e complexidades culturais e disponibilidade de testes rápidos de gravidez;
- Preenchimento incorreto dos dados a serem enviados para inserção no SIASI;
- Monitorar as gestantes que constantemente mudam de domicílio (cidade, aldeia);
- Capacidade instalada dos municípios na complementaridade para realização de exames laboratoriais e de imagem, e na regulação de leito, quando necessário.

Desafios:

- Ampliar a disponibilização da Caderneta da Gestante;
- Integração das ações da EMSI com as Parteiras Indígenas;

- Garantir viaturas e barcos em número suficiente e disponibilidade contínua para deslocamento da EMSI e remoção de pacientes e acompanhantes.
- Melhorar o acesso das gestantes aos serviços de referência secundária e terciária.

6.1.3. Resultado 3 - Alcançar, em 2023, 60,0% das crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento (PPA e PNS)

Quadro 50 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI das crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às PPA e PNS, de 2020 a 2023.

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE
2020	40%	40%	26,09%
2021	44%	44%	43,31%
2022	52%	52%	42,68%
2023	60%	60%	46,67%*

Fonte: Painel SIASI, 2023.

a avaliação do PDSI 2020/2023 conforme apontam as tabelas acima**,** o DSEI não atingiu o alcance das metas pactuadas, mesmo tendo um aumento no último ano. Abaixo, seguem os avanços, dificuldades e desafios a serem superados para melhorar este cenário.

Avanços:

- Realização do Curso AIDPI para todos os Enfermeiros, Médicos, Nutricionistas como estratégia da redução da mortalidade infantil;
- Realização do Curso da Caderneta da Criança para Enfermeiros, Odontólogos, Nutricionistas, Psicólogos;
- Inserção de consolidado mensal das consultas preconizadas

Dificuldades:

- Disponibilidade dos equipamentos necessários para realização do trabalho.

Desafios:

- Intensificação da busca ativa pelos profissionais de saúde dentro do prazo preconizado;
- Encaminhamento em tempo hábil dos dados coletados para Equipe Técnica realizar inserção;

- Ampliar as ações de vigilância na identificação e monitoramento para todas as crianças.

6.1.4. Resultado 4 - Alcançar, em 2023, 92% das crianças indígenas menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional (PNS)

Quadro 51 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI das crianças indígenas menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional (PNS), de 2020 a 2023.

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE
2020	85%	92,3%	89,97%
2021	88%	92,4%	88,09%
2022	90%	92,6%	86,27%
2023	92%	93,0%	92,68%*

Fonte: Painel SIASI Local, extraído em 13/11/2023
* dados preliminares até novembro de 2023

Na avaliação do PDSI 2020/2023 conforme apontam as tabelas acima

6.1.5. E1.R04, o DSEI não atingiu o alcance das metas pactuadas, mesmo tendo um aumento no último ano.

Abaixo, seguem os avanços, dificuldades e desafios a serem superados para melhorar este cenário.

Avanços:

- Inserção de consolidado mensal de estado nutricional das crianças menores de 05 anos;
- Identificação, monitoramento e remoção de crianças em situação de vulnerabilidade nutricional para as referências de média e alta complexidade.

Dificuldades:

- Disponibilidade dos equipamentos necessários para realização do trabalho.

Desafios:

- Intensificação da busca ativa pelos profissionais de saúde dentro do prazo preconizado;
- Encaminhamento em tempo hábil dos dados coletados para Equipe Técnica realizar inserção;
- Acompanhamento das suplementações de micronutrientes para crianças menores de 05 anos;
- Ampliar as ações de vigilância na identificação e monitoramento para todas as crianças.

6.1.6. E1.R5 - Alcançar, em 2023, 90% de óbitos em crianças indígenas menores de um ano investigados.

Quadro 52.- Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI de óbitos em crianças indígenas menores de um ano investigadas, de 2020 a 2023.

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE
2020	87,0%	87,0%	100%
2021	88,0%	88,0%	100%
2022	89,0%	89,0%	100%
2023	90,0%	90,0%	100%*

Fonte: Painel SIASI Local, extraído em 13/11/2023
* dados preliminares até novembro de 2023

Avanços:

- Definição do fluxograma do óbito;
- Recomendações das análises dos óbitos ocorridos em 2020 e 2023 com remessa aos Polos Base, EMSI, CONDISI Cuiabá e Secretaria de estado de Saúde de Mato Grosso (SES-MT);
- Parceria com a SES-MT e Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Cuiabá para formação de facilitadores na Capacitação em Vigilância do Óbito.

Dificuldades:

- Subnotificação das Declarações de Óbito.

Desafios:

- Reorganização do Grupo Técnico de Vigilância do Óbito (GTVO) e estabelecimento de cronograma mensal de reuniões;
- Realização da capacitação em Vigilância de óbito para médicos, enfermeiros e grupo Técnico de Vigilância do óbito;
- Vigilância do Óbito como indicador da qualidade da atenção à saúde da população indígena;
- Inserção do DSEI Cuiabá nos Comitê de Vigilância do Óbito dos municípios de abrangência do DSEI Cuiabá.

6.1.7. E1. R6 Alcançar, em 2023, 92% de óbitos maternos investigados.

Quadro 53 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI de óbitos maternos investigados, de 2020 a 2023.

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE
2020	89%	89%	Não houve óbito
2021	90%	90%	100%
2022	91%	91%	Não houve óbito

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE
2023	92%	92%	Não houve óbito*

Fonte: Painel SIASI Local, extraído em 13/11/2023
* dados preliminares até novembro de 2023

Avanços:

- Definição do fluxograma do óbito;
- Recomendações das análises dos óbitos ocorridos em 2020 e 2023 com remessa aos Polos Base, EMSI, CONDISI Cuiabá e Secretaria de estado de Saúde de Mato Grosso (SES-MT);
- Parceria com a SES-MT e Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Cuiabá para formação de facilitadores na Capacitação em Vigilância do Óbito.

Dificuldades:

- Subnotificação das Declarações de Óbito.

Desafios:

- Reorganização do Grupo Técnico de Vigilância do Óbito (GTVO) e estabelecimento de cronograma mensal de reuniões;
- Realização da capacitação em Vigilância de óbito para médicos, enfermeiros e grupo Técnico de Vigilância do óbito;
- Vigilância do Óbito como indicador da qualidade da atenção à saúde da população indígena;
- Inserção do DSEI Cuiabá nos Comitê de Vigilância do Óbito dos municípios de abrangência do DSEI Cuiabá.

6.1.8. E1.R7 - Alcançar, em 2023, 60% da população indígena com primeira consulta odontológica (PNS).

Quadro 54 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI da população indígena com primeira consulta odontológica (PNS), de 2020 a 2023.

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE
2020	45%	45%	58.80%
2021	50%	50%	44.31%
2022	55%	55%	74.47%
2023	60%	60%	43.01%

Fonte: Painel SIASI Local, extraído em 14/11/2023
* dados preliminares até novembro de 2023

Avanços:

- Aumento no número de cirurgiões dentistas (13 para 14);
- Capacitação aos Cirurgiões Dentistas em ART;

- Instalação de consultórios odontológicos;
- Manutenção de equipamentos que se encontravam com defeito e até mesmo inoperantes;
- Aquisição de 03 (três) consultórios odontológicos portáteis para utilização em regiões distantes e/ou de difícil acesso.

Dificuldades:

- Alta rotatividade de profissionais;
- Dificuldade de manutenção dos equipamentos;
- Falta de insumos odontológicos, a dificuldade da logística encontrada por algumas equipes;
- Dificuldade no deslocamento das EMSI onde as regiões necessitam de transporte fluvial para que as entradas sejam realizadas regularmente todos os meses do ano;
- Dificuldade em referenciar pacientes aos atendimentos especializados.
- Outro agravante foi a pandemia de Covid-19, onde foram realizados apenas atendimentos odontológicos de urgência e emergência, seguindo orientações do Ministério da Saúde, a suspensão se manteve durante todo o ano de 2020. Em 2021, os atendimentos odontológicos eletivos retornaram gradualmente, seguindo as orientações do Guia de Orientações para Atenção Odontológica no Contexto da Covid-19. Devido à suspensão destes atendimentos, criou-se alta demanda reprimida de procedimentos odontológicos, o que impacta diretamente o indicador de tratamento concluído.

Desafios:

- Capacitar os Cirurgiões Dentistas e ASBs em ART e em urgência e emergência odontológica, entre outros cursos a fim de qualificar e melhorar as ações de saúde bucal em território;
- Garantir o acesso das EMSI nas regiões que necessitam de transporte fluvial e ou mais distantes, para que as entradas sejam regularmente todos os meses do ano;
- Captar Consultas Odontológicas Programáticas em aldeias distantes e em territórios muito extensos com aldeias circunvizinhas remotas;
- Garantir assistência constante da empresa especializada em manutenções em equipamentos odontológicos sempre que possível se faça o serviço dentro das aldeias;

- Buscar que as aquisições de insumos e equipamentos sejam mais ágeis e céleres;
- Estruturar as equipes de saúde bucal com equipamentos e insumos necessários para um atendimento de qualidade;
- Buscar parcerias com outras instituições (Prefeituras, Governo do Estado) no intuito de capacitar profissionais e agilizar a assistência odontológica, buscando acesso aos indígenas nas redes de referência na Assistência à Saúde (Centro Especializado Odontológico - CEO e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária - LRPD).

6.1.9. E1.R8 - Alcançar, em 2023, 60% de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica (PNS)

Quadro 55 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica (PNS), de 2020 a 2023.

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE
2020	55%	62,5%	53,30%
2021	56%	62,7%	50,78%
2022	58%	62,8%	47,10%
2023	60%	63,00%	46,27%*

Fonte: Painel SIASI Local, extraído em 14/11/2023
* dados preliminares até novembro de 2023

Avanços:

- Aumento no número de cirurgiões dentistas (13 para 14);
- Instalação de consultórios odontológicos;
- Manutenção de equipamentos que se encontravam com defeito e até mesmo inoperantes;
- Aquisição de 03 (três) consultórios odontológicos portáteis para utilização em regiões distantes e/ou de difícil acesso.

Dificuldades:

- Rotatividade de profissionais;
- Não retorno dos pacientes para tratamento;
- Falta de adesão por parte dos pacientes aos tratamentos propostos;
- Falta de veículos e combustível para buscar pacientes;
- Falta de insumos para realização dos tratamentos odontológicos;
- Falta de manutenção dos equipamentos odontológicos;
- Dificuldade em referenciar pacientes aos atendimentos especializados.

- Outro agravante foi a pandemia de Covid-19, onde foram realizados apenas atendimentos odontológicos de urgência e emergência, seguindo orientações do Ministério da Saúde, a suspensão se manteve durante todo o ano de 2020. Em 2021, os atendimentos odontológicos eletivos retornaram gradualmente, seguindo as orientações do Guia de Orientações para Atenção Odontológica no Contexto da Covid-19. Devido à suspensão destes atendimentos, criou-se alta demanda reprimida de procedimentos odontológicos, o que impacta diretamente o indicador de tratamento concluído.

Desafios:

- Motivar e dar suporte aos profissionais;
- Sensibilizar sobre a importância do tratamento;
- Intensificação da busca ativa pelos profissionais de saúde;
- Procurar estratégias para minimizar as dificuldades de veículos e combustível;
- Garantir assistência constante da empresa especializada em manutenções em equipamentos odontológicos;
- Garantir insumos e equipamentos necessários para os tratamentos;
- Buscar parcerias com outras instituições (Prefeituras, Governo do Estado) no intuito de capacitar profissionais e agilizar a assistência odontológica, buscando acesso aos indígenas nas redes de referência na Assistência à Saúde (Centro Especializado Odontológico - CEO e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária - LRPD).

6.1.10. E1.R.09. Ampliar e qualificar as ações de saúde voltadas para o bem-viver.

Quadro 56 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI em Ampliar e qualificar as ações de saúde voltadas para o bem-viver.

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE
2020	2%	NÃO SE APLICA	s/inf
2021	3%	NÃO SE APLICA	s/inf
2022	4%	NÃO SE APLICA	s/inf
2023	5%	NÃO SE APLICA	s/inf

Fonte: Painel SIASI Local, extraído em 14/11/2023
* dados preliminares até novembro de 2023

Na avaliação do PDSI 2020/2023 conforme aponta a tabela acima **E1.R09**, o DSEI não conseguiu avaliar o alcance, tendo em vista que as atividades em grupo

estavam impedidas devido a pandemia de covid-19, com retomada em 2023 das ações relacionadas que não foram conclusivas até o momento.

Avanços:

- Aumento de profissionais psicólogos em território.
- Capacitação em Saúde Mental.

Dificuldades:

- Realizar reuniões técnicas com as equipes para estudo dos casos identificados.
- Logística e transporte para realização das ações.

Desafios:

- Ações de apoio Matricial na atenção psicossocial aos povos Indígenas.
- Planejar cuidados específicos e integrados para os sujeitos ou grupos, ativando uma rede de cuidados para melhorar as condições de vida e oferecer suporte psicossocial à família, ao sujeito ou grupos em conjunto com a EMSI.

6.1.11. E1.R10. Reduzir, até 2023, em 8% a incidência de tuberculose

Quadro 57 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI na redução em 8% da incidência de tuberculose , de 2020 a 2023.

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE
2020	-2%	-2%	-2%
2021	-4%	-4%	-4%
2022	-6%	-6%	-6%
2023	-8%	-8%	-8%*

Fonte: Painel SIASI Local, extraído em 14/11/2023.
* dados preliminares até novembro de 2023

Avanços:

- Acompanhamento e monitoramento dos casos em tratamento;
- Parceria com a SES-MT e Secretaria Municipal de Saúde (SMS) no fluxo de atendimento dos casos suspeitos e confirmados.
- Realização PPD no território.

Dificuldades:

- Rotatividade de profissionais;
- Alta migração de Indígenas entre as áreas (Aldeias);
- Longo tempo de tratamento;
- Efeitos adversos ao medicamento;

- Sensibilizar sobre a importância do tratamento.
- Conscientizar sobre o alto índice de contágio da TB;

Desafios:

- Intensificação da busca ativa pelos profissionais de saúde dentro do prazo preconizado.
- Entrega das notificações em tempo hábil;
- Estratégias de ações de Saúde para conscientização da importância do tratamento.

6.1.12. E1.R.11 Até 2023, reduzir em 35,0% o número de casos novos autóctones de malária nos DSEI endêmicos.

Quadro 58 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI para reduzir em 35,0% o número de casos novos autóctones de malária nos DSEI endêmicos, de 2020 a 2023.

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE
2020	-10%	-10%	2,1%
2021	-20%	-20%	1,9%
2022	-30%	-30%	0,14%
2023	-35%	-35%	*0,09%

Fonte: Painel SIASI Local, extraído em 14/11/2023
*Informações referentes aos meses de Janeiro a Outubro de 2023.

Avanços:

- Diagnóstico de teste rápido, coleta de gota espessa e tratamento dos pacientes.
- Teste rápido de no Pré-Natal;
- Parcerias com a Secretaria Municipal de Saúde para realização e diagnóstico do material coletado.
- Parceria com a Coordenação Nacionais de Combate da Malária com a disponibilidade de insumos necessários, tais como: mosquiteiro impregnado com inseticida, bombas costais, materiais educativos, teste rápido.

Dificuldades:

- Rotatividade de profissionais;
- Alta migração de Indígenas entre as áreas (Aldeias);
- Efeitos adversos ao medicamento;
- Sensibilizar sobre a importância do tratamento.

Desafios:

- Capacitação dos profissionais da EMSI em diagnóstico de teste rápido, coleta de gota espessa e tratamento dos pacientes
- Implementar ações de Educação em Saúde com a População em relação a doença, (medidas preventivas, forma de infecção e necessidade de tratamento);
- Assegurar estrutura de Rh e transporte em tempo integral nas aldeias;

6.1.13. E1.R12. Alcançar em 50% a participação de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural

Quadro 59 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI e a participação de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural, entre 2020 a 2023.

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE
2020	35%	73,2%	10%
2021	40%	73,4%	8%
2022	45%	73,6%	3%
2023	50%	74%	6%*

Fonte: PDSI 2020/2023, Planilhas SICONV.
*Informações referentes aos meses de Janeiro a Outubro de 2023.

Na avaliação do PDSI 2020/2023 conforme aponta a tabela acima **E1.R12**, o DSEI não atingiu o alcance das metas pactuadas para as ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural. Abaixo, seguem os avanços e desafios a serem superados para melhorar este cenário.

Avanços:

- Ponto Focal para o Programa Articulando Saberes em Saúde Indígena - PASSI (2022);
- Articulação junto à COAPRO para realização de projetos que fortaleçam as Ações preconizadas no PASSI;
- Elaboração dos Projetos:
- Oficina de Saúde para Adolescentes Indígenas;
- Oficina em Saúde Indígena nas Aldeias Cravari e Paredão - Alimentação Saudável e DCNT;
- Capacitação antropológica para qualificação dos profissionais para atuação intercultural entre os Enawenê-Nawê;
- Uso de Plantas Medicinais e Fitoterapia na Atenção Básica.

Dificuldades:

- Pandemia da Covid-19

Desafios:

- Intensificar as oficinas, cursos e capacitações voltadas para o contexto intercultural;
- Poucos cursos sobre o contexto intercultural indígena ofertados nas Plataformas de Ensino à Distância;
- Sensibilizar e intensificar junto às EMSI a realização de rodas de conversas com detentores dos saberes tradicionais indígena;
- Fortalecer as Ações preconizadas no PASSI;
- Aumentar junto a entidade convenente o percentual dos recursos orçamentários e financeiros destinados para Educação Permanente;
- Reduzir a rotatividade de profissionais.

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

Quadro 60 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI da qualificação dos trabalhadores da atenção para o aprimoramento do trabalho em saúde, de 2020 a 2023.

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE
2020	55%	73,2%	93%
2021	60%	73,4%	41%
2022	65%	73,6%	79%
2023	70%	74%	20%*

Fonte: PDSI 2020/2023, Planilhas SICONV
*Informações referentes aos meses de Janeiro a Outubro de 2023.

Na avaliação do PDSI 2020/2023 conforme aponta a tabela acima **E1.R13**, o DSEI no exercício 2021 não atingiu o alcance das metas pactuadas para qualificar os trabalhadores da atenção para o aprimoramento do trabalho em saúde. Abaixo, seguem os avanços e desafios.

Avanços:

- Capacitações previstas no Plano de Trabalho com a entidade conveniada realizadas;
- Articulação Junto a Escola de Saúde Pública de Mato Grosso para inserção dos profissionais da saúde indígena nos cursos ofertados pelo Estado;

- Articulação com a Escola de Saúde Pública de MT e UNIFESP para retorno da realização do Curso de Qualificação do AIS e AISAN;
- Melhor controle das atividades de Educação Permanente após a disponibilização da Planilha de Monitoramento Mensal pelo nível central da SESAI.

Dificuldades:

- Morosidade na aprovação do Plano de Trabalho exercício 2023.

Desafios:

- Aumentar junto a entidade convenente o percentual dos recursos orçamentários e financeiros destinados para Educação Permanente;
- Reduzir a rotatividade de profissionais;
- Retorno do Curso na modalidade a distância, ofertado pela SPDM Saúde Indígena;
- Recurso Orçamentário e Financeiro para retorno do Curso de Qualificação para Agentes Indígenas de Saúde e Agentes Indígenas de Saneamento junto a Escola de Saúde Pública de Mato Grosso e Universidade de São Paulo - UNIFESP;
- Sensibilizar e intensificar o incentivo para que os profissionais busquem cursos ofertados pelas Plataformas de Ensino à Distância.

6.1.15. E1.R14 Alcançar 100% dos estabelecimentos de saúde indígena com sua respectiva força de trabalho cadastrado no CNES e SESAI RH

Quadro 61 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI no alcance dos estabelecimentos de saúde indígena com sua respectiva força de trabalho cadastrado no CNES e SESAI RH

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE CNES	ALCANCE SESAI RH
2020	40%	40%	4%	40%
2021	60%	60%	4%	60%
2022	80%	80%	41,66%	80%
2023	100%	100%	72%	99%

Fonte: Planilha SESAI RH - extração março 2023

Na avaliação do PDSI 2020/2023 conforme aponta a tabela acima **E1.R14**, nos anos 2020 a 2022 não atingimos a meta pactuada conforme dificuldades apontadas abaixo para o cadastramento do CNES. Já em 2023 tivemos um alcance de 72% mesmo não atingindo a meta, melhoramos consideravelmente em comparação aos

anos anteriores.

Quanto ao SESAI RH, as metas foram alcançadas sem dificuldades no período de 2020 a 2022. Em 2023, há a necessidade de atualização dos cadastros no sistema para atingimento dos 100%.

Avanços:

No ano de 2022, 100% dos municípios com estabelecimentos de saúde indígena foram contatados para atualizações e/ou solicitação do banco de dados para inclusão de arquivos no banco local do DSEI Cuiabá.

No final de 2022 foi incluída a CASAI Cuiabá e 8 estabelecimentos de saúde localizados em aldeias do município de Tangará da Serra, 8 estabelecimentos de saúde localizados em aldeias de Brasnorte e 1 estabelecimento de saúde em aldeia localizada em Juína no banco de dados do sistema.

Ainda em 2022 e 2023 todos os pontos focais de Polos Base do DSEI Cuiabá foram orientados via diálogo e documento no SEI para a importância de cumprir o fluxo de cadastro dos profissionais de saúde no SCNES. Foi realizado monitoramento periódico no site do SCNES, envio de relações aos pontos focais e enfermeiros e preenchimentos de fichas 20 e 21 para cadastro na primeira apresentação do profissional de saúde ainda na sede do DSEI Cuiabá.

No ano de 2022 foram incluídos no SCNES dois estabelecimentos de saúde: UBSI Aldeia Kolidiki (Polo Base Rio Verde) e UBSI Aldeia 13 de maio (Polo Base Comodoro).

Dificuldades:

Nos anos de 2020 e 2021, devido à pandemia, as atualizações do CNES não foram realizadas, com exceção do CNES da sede do DSEI e Polo Cuiabá, sendo apenas 2 atualizados do total de 48 estabelecimentos. Os dois estabelecimentos estavam no banco de dados local do SCNES no DSEI Cuiabá.

Desafios:

- Manutenção da atualização dos bancos de dados do CNES e SESAI RH.

6.1.16. E1.R.15: 50% de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com exames de preventivo de câncer do colo de útero realizados

Quadro 62 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com exames de preventivo de câncer do colo de útero realizados, de 2020 a 2023.

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE
2020	-	46%	84%
2021	-	48%	92%
2022	-	49%	84%
2023	-	100%	93%

Fonte: Planilha SESAI, 2023.

Avanços:

- Intensificação da busca ativa pelos profissionais de saúde em área;
- Palestras, roda de conversas e conscientização da importância sobre o exame;
- Matriciamento das equipes (EMSI) quanto ao exame de preventivo de câncer do colo do útero;
- Reuniões com EMSI e Polos Base para planejamento das ações de saúde da mulher.

Dificuldades:

- Consentimento das mulheres pelo fato de ainda haver a cultura do medo e o constrangimento acerca do exame, principalmente aos médicos e enfermeiros (homens);
- Falta de adesão ao exame e de interesse da parte da mulher.

Desafios:

- Integração do examinador com a paciente, receptividade, afetividade, acessibilidade e confiança;
- Estrutura de suporte, dando qualidade ao isolamento no momento do exame para sentirem mais seguras.

6.1.17. E1.R.16 60 % das aldeias com notificação diarreicas agudas (DDA) em todas as semanas epidemiológicas inseridas no SIASI WEB

Quadro 63 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEIdas aldeias com notificação diarreicas agudas (DDA) em todas as semanas epidemiológicas inseridas no SIASI WEB, de2020 a 2023.

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE
2020	-	50%	100%
2021	-	55%	100%
2022	-	58%	100%
2023	-	60%	100%

Fonte: SIASI WEB, extraído em 25/10/2023

Na avaliação do PDSI 2020/2023 conforme aponta a tabela acima **E1.R16,** atingiu a meta em todos os anos, uma vez que o sistema fornece todas as aldeias e o lançamento feito em semana epidemiológica sim ou não. Abaixo, segue os desafios a serem superados para melhorar este cenário.

Avanços: não há avanços uma vez que os dados são inseridos sem o entendimento/ qualificação necessária.

Dificuldades: digitadores do SIASI são profissionais de nível médio, sem conhecimento técnico em saúde.

Desafios:

- Qualificação de dados;
- Padronização dos lançamentos de acordo com os dados recebidos de cada aldeia.
- Capacitação dos digitadores.

6.1.18. E1.R.17 60% das aldeias com notificação de síndrome respiratória aguda grave em todas as semanas epidemiológicas inseridas no SIASI WEB

Quadro 64 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI das aldeias com notificação de síndrome respiratória aguda grave em todas as semanas epidemiológicas inseridas no SIASI WEB, de 2020 a 2023.

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE
2020	**-**	**50%**	100%
2021	**-**	**55%**	100%
2022	**-**	**58%**	100%
2023	**-**	**60%**	100%

Fonte: Planilha SESAI, 2023.

Na avaliação do PDSI 2020/2023 conforme aponta a tabela acima **E1.R17 atingiu** a meta em todos os anos, uma vez que o sistema fornece todas as aldeias e o lançamento feito em semana epidemiológica sim ou não. Abaixo, segue os desafios a serem superados para melhorar este cenário.

Avanços: não há avanços uma vez que os dados são inseridos sem o entendimento/ qualificação necessária.

Dificuldades: digitadores do SIASI são profissionais de nível médio, sem conhecimento técnico em saúde.

Desafios:

- Qualificação de dados;
- Padronização dos lançamentos de acordo com os dados recebidos de cada aldeia.
- Capacitação dos digitadores.

6.1.19. E1.R.18: Identificar e realizar o acompanhamento das pessoas que fazem uso prejudicial de álcool, pelas EMSIs.

Na avaliação do PDSI 2020/2023 **E1.R18,** DSEI Cuiabá realiza o monitoramento, sendo esta uma medida de acompanhamento psicossocial e medicamentosa, a mesma não possuía meta preestabelecida.

Avanços:

- Capacitação de profissionais em Saúde Mental.
- Contratação de profissional. (Psicólogo)
- Implantação do NPVTI (Núcleo de Prevenção em Violência em Território Indígena)

Dificuldades:

- Tempo exclusivo para articulações de ações intersetoriais com intuito de fortalecer a rede de cuidados para o enfrentamento do uso prejudicial do álcool e outras drogas.
- Falta de ações em saúde e educação no território, voltados para a prevenção do álcool e outras drogas pela EMSI.

Desafios:

- Articulação para atuação do Programa de Saúde Mental nos Polos e EMSIs para informações sobre o enfrentamento do uso prejudicial do álcool.
- Realização de oficinas, rodas de conversas e palestras com temas voltados para o uso inadequado de etílicos.
- Realizar capacitação das EMSIs em ecomapa e genograma.
- Orientar as EMSIs para o acompanhamento, monitoramento do uso prejudicial de álcool - fazendo o preenchimento da ficha.
- Colaborar com a EMSI no planejamento de ações condizentes com os tipos de agravos da população que faz uso prejudicial de álcool.
- Estimular a comunidade na organização de estratégias e controle do consumo, a própria comunidade é a mais indicada para estabelecer os momentos e espaços de se fazer uso das bebidas alcoólicas.
- Ampliação e Valorização das ações em saúde mental e Bem Viver.

6.1.20. E1.R.19: Estimular a redução do número de usuários que utilizam medicamentos psicotrópicos no DSEI Cuiabá.

Na avaliação do PDSI 2020/2023 **E1.R19,** DSEI Cuiabá não possui um registro histórico da meta estabelecida para o acompanhamento da redução, isso ocorreu devido a rotatividade de profissionais durante o período. Foi possível evidenciar que existe apenas o controle do uso dos psicotrópicos.

Avanços:

- Fortalecimento das Medicinas Tradicionais.
- Realização do Projeto Horta Viva.

Dificuldades:

- Estimular a redução do número de usuários de medicamentos psicotrópicos no DSEI/CGB.

Desafios:

- Acompanhamento permanente e avaliação dos pacientes que fazem uso de medicação psicotrópica.
- Realizar rodas de conversa com a população das aldeias acerca do tema
- Estimular e orientar usuários quanto aos riscos de medicamentos psicotrópicos.
- Fortalecer as práticas medicinais/ tradicionais da cultura indígenas.

- Construir redes de cuidados com outros atores presentes no território e fortalecer o fluxo de comunicação no que tange às medicinas tradicionais.
- Promover o fortalecimento do uso da medicina tradicional.

6.1.21. E1.R.20: Acompanhar e monitorar 70% dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)

Quadro 65 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI para Acompanhar e monitorar os pacientes com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), de 2020 a 2023.

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE
2020	-	50%	18,9%
2021	-	55%	1,42%
2022	-	60%	47,8%
2023	-	70%	74,5%

Fonte: Painel SIASI, extraído em 14/11/2023

Na avaliação do PDSI 2020/2023 conforme aponta a tabela acima **E1.R20,** o DSEI não possui dados que representam o monitoramento das doenças crônicas. O painel SIASI não permite uma extração direta, e a pesquisa por CID de monitoramento apresentou que o mesmo não é lançado como no caso de Diabetes. Os dados apresentados na tabela acima representam o monitoramento apenas de Hipertensão. Abaixo, segue os avanços, dificuldades e desafios a serem superados para melhorar este cenário.

Avanços:

- Monitoramento realizado trimestralmente pelas EMSI.

Dificuldades:

- SIASI não permite a inclusão de monitoramento de DCNT.
- Utilização de planilhas paralelas para monitorização.

Desafios:

- Qualificação de dados;
- Padronização dos lançamentos conforme o CID correto sendo o de inserção e monitoramento.

6.1.22. E1.R.21 Realizar testes rápidos em 70% da população sexualmente ativa.

Quadro 66 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI na realização de testes rápidosda população sexualmente ativa, de 2020 a 2023

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE
2020	-	60%	*Não se aplica
2021	-	65%	57%
2022	-	68%	57%
2023	-	70%	25,18%

Fonte: DIASI/CGB 16/11/2023.
*Ano de pandemia covid 19.

Na avaliação do PDSI 2020/2023 conforme aponta a tabela acima **E1.R21,** não atingiu a meta em todos os anos. Abaixo, segue os desafios a serem superados para melhorar este cenário.

Avanços:
- Capacitação em Abordagem Sindrômicas.
- Disponibilidade de Testes rápidos.
- Parceria entre DSEI e centro de referência (SAE)

Dificuldades:
- Rotatividade de profissionais.
- Abordagem pré e pós teste.

Desafios:
- Vínculo entre profissionais e comunidade.
- Adesão da população preconizada para realização do teste.
- Garantir aconselhamento pré e pós teste.

6.1.23. E1.R.22 Intensificar as ações de quimioprofilaxia das geo-helmintíases em 90% da faixa etária de 02 a 14 anos

Quadro 67 -. Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI na intensificação de ações de quimioprofilaxia das geo-helmintíases, de 2020 a 2023.

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE
2020	-	70%	71%
2021	-	75%	80,27%
2022	-	80%	89%
2023	-	90%	43%

Fonte: DSEI, 2023.

Na avaliação do PDSI 2020/2023 conforme aponta a tabela acima **E1.R22,** atingiu a meta apenas no ano de 2022. Abaixo, segue os desafios a serem superados para melhorar este cenário.

Avanços:

- Realização de monitoramento, com envio do censo das EMSI da faixa etária a ser contemplada.

Dificuldades:

- Períodos sem medicação em estoque.

Desafios:

- Estoque de medicação que garanta a profilaxia, bem como o tratamento quando necessário em toda a população.

6.1.24. E1.R.23:100% dos portadores de hanseníase são monitorados e acompanhados para o tratamento de cura

Quadro 68 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI sobre os portadores de hanseníase são monitorados e acompanhados para o tratamento de cura**.**

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE
2020	-	80%	100%
2021	-	85%	100%
2022	-	90%	100%
2023	-	100%	100%

Fonte: DSEI, 2023.

Na avaliação do PDSI 2020/2023 conforme aponta a tabela acima **E1.R23,** atingiu a meta em todos os anos, uma vez que todos os casos diagnosticados são acompanhados. Abaixo, seguem os desafios a serem superados para melhorar este cenário.

Avanços

- Acompanhamento junto às EMSI os casos existentes.
- Parceria entre DSEI e SMS para identificação e tratamentos.
- Ações realizadas de Educação em Saúde.

Dificuldades:

- Rotatividade de profissionais, o que diminui o vínculo;
- Longo período de tratamento.
- Abandono de tratamento.

- Profissionais capacitados para identificar todas as formas clínicas.

Desafios:
- Manter a busca ativa para identificação precoce.
- Realizar ações educativas para sensibilizar a comunidade quanto aos sinais e sintomas da doença.
- Capacitação em Hanseníase.

6.1.25. E1.R.24: Fortalecer a atenção à saúde do homem.

Na avaliação do PDSI 2020/2023 **E1.R24,** não atingiu a meta em todos os anos, porém o DSEI Cuiabá realiza acompanhamento anual por meio da ficha de saúde do homem e ações de educação em saúde. Abaixo, segue os desafios a serem superados para melhorar este cenário.

Avanços
- Acompanhamento junto aos Pontos Focais das entregas das fichas.
- Estratégias de ações de Saúde para captar a população alvo.

Dificuldades:
- Rotatividade de profissionais, o que diminui o vínculo.
- Identificar as principais morbidades dessa população.
- Identificação dos principais fatores de violência.

Desafios:
- Adesão da população preconizada para realização das consultas.
- Busca ativa para identificar as morbidades.

6.1.26. E1.R.25 100% das escolas indígenas acompanhadas no programa saúde nas escolas

Na avaliação do PDSI 2020/2023 **E1.25,** o DSEI não possui dados sobre o atendimento. Uma vez que a adesão e a realização das ações ficam sob a responsabilidade do município.

Avanços:
- Participação na Oficina Intersetorial do PSE, região Centro-Oeste.

Dificuldades: não há, pois, essa meta é de responsabilidade do município, o DSEI apenas apoia o setor de educação com realizações de atividades de educação em saúde nas escolas.

Desafios:

- Realizar as articulações necessárias para que as escolas indígenas sejam aderidas.
- Recursos são disponibilizados ao município e não aos Distritos.

6.1.27. E1.R.26 60% da população de pessoas idosas acompanhadas e monitoradas

Quadro 69 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEIda população de pessoas idosas acompanhadas e monitoradas, de 2020 a 2023.

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE
2020	-	45%	69,6%
2021	-	50%	79,3%
2022	-	55%	67,9%
2023	-	60%	64,3%

Fonte: Painel SIASI Local, 2023.

Na avaliação do PDSI 2020/2023 conforme aponta a tabela acima **E1.26,** o DSEI atingiu o alcance das metas pactuadas. Abaixo, seguem os avanços e desafios a serem superados para melhorar este cenário.

Avanços:

- Inserção do acompanhamento na ficha de DCNT dos idosos, a ser realizada trimestralmente.

Dificuldades: não há, pois, para atingir a meta basta 1 consulta durante o ano.

Desafios:

- Realizar pelo menos um acompanhamento anual completo.
- Manter o acompanhamento trimestral dentro da ficha de DCNT.

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

6.2.1. E.2. R.1. Ampliar em 7% a cobertura de água potável nas aldeias indígenas até 2023.

Quadro 70 -Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI na cobertura de água potável nas aldeias indígenas, de 2020 a 2023.

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE
2020	60%	78%	78%
2021	62%	79%	78%
2022	64%	81%	78%

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE
2023	66%	85%	79%

Fonte: SESANI/CGB extraído em 13/11/2023

Avanços:

- Priorização em contrato de manutenção para garantir a continuidade de funcionamento dos sistemas existentes;
- Elaboração de sete processos de construção/reforma dos Sistemas de Abastecimento de Água;
- Aquisição de insumos para restabelecer o fornecimento de água às comunidades;
- Realização de parcerias com as comunidades e o envolvimento na busca pela melhoria de qualidade de vida das comunidades;
- elaboração de curso de capacitação dos AISANS.
- Ampliação de ações educativas nas escolas e comunidade de Gerenciamento de Resíduos Sólidos;
- Elaboração do Convênio do Ministério da Saúde com o Governo do Estado do Mato Grosso para ampliação de 63 novos Sistemas de Abastecimento de Água;
- Instrução final do processo de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde (em execução);
- Aquisição de 1380 filtros de barro para o tratamento intradomiciliar da água, já distribuídos cerca de 60%.

Dificuldades:

- Falta de logística para realizar manutenções;
- Falta mão de obra especializada para dar a devida manutenção dos SAA;
- Ausência de insumos para reparar os sistemas existentes;
- Rotatividade de profissionais;
- Distribuição proporcional de hipoclorito de sódio para os filtros de barros;
- Falta de manutenção no caminhão munk, indisponível por muitos dias no ano;
- Diárias limitadas dos servidores para a realização das viagens de MQAI;
- Atraso no pagamento das diárias dos servidores que se negavam a viajar para realizar o MQAI.

Desafios:

- Ter capacidade operacional para atender ao crescimento elevado de número de aldeias;
- Estabelecer parcerias junto à rede de abastecimento de água dos municípios;
- Contratação de novos profissionais de manutenção predial;
- Proporcionar maior estabilidade profissional aos colaboradores tanto das conveniadas como das empresas terceirizadas;
- Atuação da Equipe Multidisciplinar principalmente dos AIS e AISAN nas famílias dentro das aldeias para o uso contínuo do Hipoclorito de sódio na dosagem correta.
- Aquisições de mais viaturas para atendimento à comunidade e pelo menos 2 viaturas disponíveis para o SESANI realizar suas ações, equipadas com torre de retirada e colocação de bombas submersas;
- Previsão de contrato de manutenção para as viaturas principalmente para o caminhão.

6.2.2. E.2. R.2. Realizar, até 2023, o tratamento da água em 100% das aldeias com infraestruturas de abastecimento de água existentes

Quadro 71 -Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI na realização do tratamento da água em 100% das aldeias com infraestruturas de abastecimento de água existentes

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE
2020	65%	65%	10,14%
2021	75%	75%	10,14%
2022	85%	85%	10,14%
2023	100%	100%	15,94%

Fonte: SESANI/CGB extraído em 13/11/2023

Avanços:

- Aquisição de cloradores e insumos necessários para o tratamento da água;
- Aquisição de hipoclorito de cálcio para realizar o tratamento de água;
- Distribuição de filtros de barros nas aldeias não/e assistidas pelo Sistema de Abastecimento de Água para o tratamento intradomiciliar da água (superior a 60% das residências atendidas, faltando 40% dos filtros para serem distribuídos)

- Aquisição de insumos (peças hidráulicas) para a instalação dos cloradores (em licitação);
- Contratação dos Técnicos de Edificações para a realização dos trabalhos em área;
- Aquisição dos medidores de cloro da água;

Dificuldades:

- Logística;
- Dificuldade de capacitação dos AISANs pelo número reduzido de viagens;
- Morosidade na instrução dos processos de aquisição pela sobrecarga dos profissionais existentes no SESANI para atendimento a quase 60 edificações e 178 aldeias.

Desafios:

- Instalar os cloradores nos Sistemas de Abastecimento de água que ainda não os possui;
- Capacitar os Aisan"s, para medir o cloro diariamente;
- Continuidade na aquisição de insumos para garantir o tratamento de água.
- Contratação de mais profissionais para trabalhar no SESANI;
- Estabilidade dos profissionais do SESANI;
- Aumentar o número de viagens para os técnicos instalarem os cloradores;
- Aumentar o número de viagens para capacitação dos AISANs na dosagem correta do cloro na água.
- O SESANI tem viaturas à sua disposição para execução das aldeias.

6.2.3. E.2. R.3. Ampliar, até 2023, em 15% a cobertura de aldeias com o monitoramento da qualidade da água implementado.

Quadro 72 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI na ampliação da cobertura de aldeias com o monitoramento da qualidade da água implementado.

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE
2020	10%	10%	0%
2021	13%	13%	7,25%
2022	18%	18%	10,87%
2023	23%	23%	4,35%

Fonte: SESANI/CGB extraído em 13/11/2023

Avanços:

- Aquisição de insumos para garantir o monitoramento da qualidade da água;
- Capacitação de novos servidores para montar equipe;

- Elaboração de processo para aquisição de equipamentos novos para atingir as metas do monitoramento da água;
- Vacinação dos trabalhadores para acesso às áreas indígenas.

Dificuldades:

- Falta de profissionais do SESANI para atendimento às metas e ao crescente número de aldeias;
- Falta de logística para realizar ações;
- Falta de insumos;
- Longas distâncias para percorrer todas as aldeias com Sistema de Abastecimento de Água;
- Acesso restrito às áreas indígenas no período da pandemia.

Desafios:

- Estabelecer parcerias junto a rede de abastecimento de água dos municípios.
- O SESANI ter disponibilidade pelo menos 2 viaturas para realização de suas ações;
- Ter combustível disponível para suas ações;
- Manter sempre vigentes as atas de registros de preços para aquisição de insumos de monitoramento da água e de desinfecção da água;
- Aumentar o quadro de trabalhadores do SESANI.

6.2.4. E.2. R.4. Ampliar, até 2023, em 15% a cobertura de aldeias com gerenciamento de resíduos sólidos domésticos implementados.

Quadro 73 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI para ampliação dacobertura de aldeias com gerenciamento de resíduos sólidos domésticos implementados.

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE
2020	5%	5%	7%
2021	8%	8%	7%
2022	11%	11%	7%
2023	15%	15%	7%

Fonte: SESANI/CGB extraído em 13/11/2023

Avanços:

- Foram realizados esforços para abordar essa questão, incluindo a aquisição de insumos, mutirões de limpeza, oficinas de reciclagem e palestras sobre saneamento ambiental;

- Capacitação parcial dos AISAN, que desempenham um papel ativo na gestão dos resíduos, assegurando a limpeza das aldeias.

Dificuldades:

- Falta de logística para realizar ações;
- Falta de insumos;
- Falta de profissionais do SESANI;
- Estabelecer parcerias junto a rede de abastecimento de água dos municípios.
- Percorrer longas distâncias para contemplar todas as aldeias de abrangência.

Desafios:

- Estabelecer parcerias junto aos municípios.
- Estabelecer parcerias junto à FUNAI e ONGS.
- O SESANI ter disponibilidade pelo menos 2 viaturas para realização de suas ações;
- Ter combustível disponível para suas ações;
- Manter sempre vigentes as atas de registros de preços para aquisição de insumos de capacitação e execução das ações;
- Aumentar o quadro de trabalhadores do SESANI.b

6.2.5. E.2. R.5. Ampliar em 15% a cobertura de aldeias com destino adequado de resíduos sólidos domésticos.

Quadro 74 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI paracobertura de aldeias com destino adequado de resíduos sólidos domésticos.

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE
2020	13%	13%	7%
2021	17%	17%	7%
2022	22%	22%	7%
2023	26%	26%	7%

Fonte: SESANI/CGB extraído em 13/11/2023

Avanços:

- A destinação apropriada dos resíduos sólidos nas aldeias piloto;
- Realização de mutirões com envolvimento da comunidade para o descarte adequado dos resíduos sólidos domésticos.

Dificuldades:

- Falta de logística para realizar ações;
- Falta de insumos;
- Falta de profissionais do SESANI;
- Estabelecer parcerias junto a rede de abastecimento de água dos municípios.
- Percorrer longas distâncias para contemplar todas as aldeias de abrangência.

Desafios:

- O SESANI ter disponibilidade pelo menos 2 viaturas para realização de suas ações;
- Ter combustível disponível para suas ações;
- Manter sempre vigentes as atas de registros de preços para aquisição de insumos de capacitação e execução das ações;
- Aumentar o quadro de trabalhadores do SESANI;
- Parcerias com os municípios de abrangência do DSEI CGB;
- Implantação de infraestrutura de Melhorias Sanitárias em 5 aldeias;
- Criação de cooperativas para venderem ou reutilizar os materiais coletados.

6.2.6. E.2. R.6. Ampliar, até 2023, em 7,00% as melhorias das infraestruturas de saneamento de água existentes nas aldeias indígenas.

Quadro 75 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI nas melhorias das infraestruturas de saneamento de água existentes nas aldeias indígenas.

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE
2020	4%	4%	0%
2021	5%	5%	0%
2022	7%	7%	0%
2023	9%	9%	5%

Fonte: SESANI/CGB,2023.

Avanços:

- Melhorar os sistemas existentes, substituindo grupo geradores por sistema interligados na rede elétrica;
- Realizar limpeza nos reservatórios dos Sistemas de Abastecimento de Água;
- Ampliação de rede de distribuição para atendimento de casas não interligadas.

Dificuldades:

- Falta de logística para realizar ações;
- Falta de insumos;
- Falta de profissionais do SESANI;
- Estabelecer parcerias junto aos municípios.
- Percorrer longas distâncias para contemplar todas as aldeias de abrangência.
- Tempo para a implementação dos processos de manutenção dos SAA.

Desafios:

- Garantir a efetiva manutenção nos sistemas de sua abrangência;
- Disponibilidade de uma viatura para atender as manutenções corretivas;
- Aumento de colaboradores para garantir a continuidade das ações.
- Contratação de empresa especializada nas ações de manutenção de SAA.

6.2.7. E.2. R.7. Realizar o monitoramento da qualidade da água para análise de componentes químicos (agrotóxicos).

Avanços:

- Realizar a compra de equipamentos para subsidiar nas análises de água;
- Realizar limpeza dos poços tubulares e reservatórios dos Sistemas de Abastecimento de Água;

Dificuldades:

- Falta de profissionais do SESANI;
- Falta de insumos;
- Falta de logística para realizar ações;
- Estabelecer parcerias junto aos municípios.
- Percorrer longas distâncias para contemplar todas as aldeias de abrangência.

Desafios:

- Garantir o efetivo monitoramento dos sistemas de sua abrangência;
- Disponibilidade de uma viatura para realizar os monitoramentos mensais e demandas pontuais;
- Aumento de colaboradores para garantir a continuidade das ações.
- Contratação de empresa especializada nas ações de manutenção de SAA.

6.3. Estratégia 3: Controle Social: Fortalecimento das instâncias de controle social do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

6.3.1. E3.R.1: 100% dos DSEI com a estrutura de instâncias de participação e controle social aprimoradas.

Quadro 76 -.Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI com a estrutura de instâncias de participação e controle social aprimoradas.

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE
2020	25%	25%	35%
2021	50%	50%	35%
2022	75%	75%	35%
2023	100%	100%	35%

Fonte: CONDISI CGB/2023

Avanços:

- Empenho no fortalecimento do exercício do Controle Social;
- Representatividade nos Conselhos Municipais de Saúde.

Dificuldades:

- Pandemia da COVID-19, a qual esteve em evidência nos anos de 2019, 2020 e 2021, impossibilitando a realização das atividades, haja vista que o conselho respeitou e seguiu as normas de segurança estabelecidas pelo Ministério da saúde - MS, o que priorizava o distanciamento social, evitando-se aglomerações de pessoas;
- Fatores logísticos, os quais tornam-se impeditivos para a realização das reuniões em tempo oportuno como as fortes chuvas, estiagem e meios de transporte para suprir as demandas das atividades.

Desafios:

- Articulações interfederativas para mais representatividade dentro dos municípios e estado.

6.3.2. E3.R2: 100% das atividades de participação e controle sociais executadas.

Quadro 77 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEI das atividades de participação e controle sociais executadas.

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE
2020	100%	100%	-
2021	100%	100%	-
2022	100%	100%	75%
2023	100%	100%	52%

Fonte: CONDISI CGB/2023

Avanços: O Controle Social, apesar da pandemia, esteve ativo na execução do seu papel, principalmente durante a pandemia de COVID-19, nas ações de orientações para barreiras sanitárias, prevenção e cuidados, bem como no cumprimento das medidas restritivas e de aglomeração de pessoas, conforme protocolos pactuados.

Dificuldades:

- Pandemia da COVID-19, a qual esteve em evidência nos anos de 2019, 2020 e 2021, impossibilitando a realização das atividades, haja vista que o conselho respeitou e seguiu as normas de segurança estabelecidas pelo Ministério da saúde - MS, o que priorizava o distanciamento social, evitando-se aglomerações de pessoas;
- Fatores logísticos, os quais tornam-se impeditivos para a realização das reuniões em tempo oportuno como as fortes chuvas, estiagem e meios de transporte para suprir as demandas das atividades.

Desafios:

- Superar os fatores logísticos para cumprimento das atividades de participação social.

6.3.4. E3.R.3: 100% dos conselheiros de saúde indígena qualificados

Quadro 78 - Comparação entre metas nacionais e metas do DSEIdos conselheiros de saúde indígena qualificados

ANO	META NACIONAL	META DSEI	ALCANCE
2020	25%	25%	-
2021	50%	50%	-
2022	75%	75%	10%
2023	100%	100%	-

Fonte: CONDISI CGB/2023

Avanços: O contexto pandêmico não permitiu a realização de capacitações dos conselheiros de saúde. Porém, os conselheiros locais e distritais sempre foram

informados sobre os assuntos pertinentes à saúde indígena, como também foram realizadas visitas de supervisão e orientação nos Polos Base e nas comunidades e têm se empenhando para fortalecer as atividades de participação e controle social na área de abrangência do DSEI CGB.

Dificuldades:

- Pandemia da COVID-19, a qual esteve em evidência nos anos de 2019, 2020 e 2021, impossibilitando a realização das atividades, haja vista que o conselho respeitou e seguiu as normas de segurança estabelecidas pelo Ministério da saúde - MS, o que priorizava o distanciamento social, evitando-se aglomerações de pessoas;

Desafios:

- Superar os fatores logísticos para a execução das capacitações;
- Trazer professores com conhecimentos específicos sobre gestão pública e participação social.

7. RESULTADOS ESPERADOS

Quadro 79 - Estratégia 1. Atenção à Saúde: Promover e Qualificar as ações e equipes de atenção e vigilância em saúde indígena.

N.	Resultado	Linha de Base		2024		2025		2026		2027	
		2022 Nacional	2022 DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI
1	E1.R1. - Reduzir em 30,0%, até 2027, a Taxa de mortalidade infantil indígena por causas evitáveis (PPA)	s/inf	s/inf	17,58%	19,01%	16,15%	17,47%	14,25%	15,92%	13,3%	14,38%
2	E1.R2 - Alcançar, em 2027, 90% de recém-nascidos indígenas com pelo menos 1 (uma) consulta até o 28º dia de vida.	s/inf	s/inf	75%	76%	80%	82%	85%	85%	90%	90%
3	E1.R3. - Alcançar, em 2027, 60% das crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento (PPA).	52%	52%	45%	48%	50%	53%	55%	55%	60%	60%
4	E1.R4 - Alcançar, em 2027, 80% das crianças indígenas menores de 1 ano com no mínimo 6 acompanhamentos alimentar e nutricional (PPA)	30%	63,5%	67%	70%	70%	73%	75%	78%	80%	82%
5	E1.R5. - Alcançar, até 2027, 88% das crianças menores de 6 meses em aleitamento materno exclusivo.	78%	92,5%	92,43%	82%	92,71%	84%	93,08%	86%	93,75%	88%
6	E1.R6 - Alcançar, até 2027, 35% das mulheres indígenas de 25-64 anos com coleta de exame citopatológico no ano.	10%	49%	20%	22%	25%	26%	30%	32%	35%	36%
7	E1.R7- Alcançar, em 2027, 65% das gestantes indígenas com acesso a 6 ou mais consultas de pré-natal (PPA).	47%	49,0%	50%	52%	55%	57%	60%	62%	65%	66%
8	E1.R8 - Alcançar, em 2027, 12% de gestantes indígenas com gestações	18%	s/inf	50%	52%	55%	57%	60%	62%	65%	67%

N.	Resultado	Linha de Base		2024		2025		2026		2027	
		2022 Nacional	2022 DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI
	finalizadas entre 22 a 36 semanas de gestação.										
9	E1.R9 - Alcançar, em 2027, 35% das gestantes indígenas com no mínimo 1 consulta odontológica durante o pré-natal.	20,4%	s/inf	8%	21,39%	12%	22,46%	20%	24,37%	35%	35%
10	E1.R10 - Alcançar, em 2027, 60% da população indígena com primeira consulta odontológica programática.	49,6%	55%	45%	49,60%	50%	54,5%	55%	55,1%	60%	60,6%
11	E1.R11 - Alcançar, até 2027, 60% de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica programática.	47,1%	62,8%	52%	50,4%	55%	55,4%	58%	58,2%	60%	64%
12	E1.R12 - Alcançar, em 2027, 40% da população indígenas portadora de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com no mínimo 2 consultas ao ano.	s/inf	60%	10%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	40%
13	E1.R13 - Reduzir, até 2027, em 5% o número de óbitos por suicídio nos 34 DSEI.	s/inf	s/inf	2%	2%	3%	3%	4%	4%	5%	5%
14	E1.R14 - Alcançar, até 2027, 100% dos DSEI com no mínimo uma Rede Intersetorial de Atenção Psicossocial implementada.	s/inf	s/inf	50%	50%	70%	70%	90%	90%	100%	100%
15	E1.R15 - Alcançar, em 2027, 84% das crianças menores de 1 ano com esquema vacinal completo.	88,5%	88,5%	88,5%	88,5%	88,5%	88,5%	88,5%	88,5%	88,5%	88,5%
16	E1.R16 - Alcançar, em 2027, 90% de óbitos infantis indígenas investigados (PPA).	89%	100%	82%	82%	85%	85%	87%	87%	90%	90%
17	E1.R17 - Alcançar, em 2027, 95% de óbitos maternos indígenas investigados.	91%	91%	90%	91%	92%	93%	93,5%	94%	95%	95%

N.	Resultado	Linha de Base		2024		2025		2026		2027	
		2022 Nacional	2022 DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI
18	E1.R18 - Reduzir, até 2027, em 8% a incidência de tuberculose por todas as formas nos 34 DSEI.	-6%	-6%	-8%	-8%	-8%	-8%	-8%	-8%	-8%	-8%
19	E1.R19 - Reduzir, até 2027, em 40% o número de casos autóctones de malária nos DSEI endêmicos.	-30%	-30%	-40%	-40%	-40%	-40%	-40%	-40%	-40%	-40%
20	E1.R20 - Alcançar, até 2027, pelo menos 70% de casos novos de hanseníase com incapacidade física grau zero no diagnóstico.	s/inf	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%
21	E1.R21 - Alcançar, até 2027, em 55% a participação de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural (PPA).	45%	3%	25%	25%	35%	35%	45%	45%	55%	55%
22	E1.R22 - Qualificar, até 2027, 70% dos trabalhadores do DSEI para o aprimoramento do trabalho em saúde.	65%	79%	55%	74%	60%	76%	65%	78%	70%	80%

Fonte: PDSI 2024-2027.

Quadro 80 - Estratégia 2. Infraestrutura e Saneamento: Melhorias das infraestruturas de saúde e dos serviços de saneamento nas áreas indígenas.

N.	Resultado	Linha de Base		2024		2025		2026		2027	
		2022 Nacional	2022 DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI
1	E2.R.1: Aumentar, até 2027, 217 aldeias com novas infraestruturas de abastecimento de água.	-s/inf	-s/inf	51	08	89	10	153	12	217	16
2	E2.R.2: Aumentar, até 2027, 69 aldeias com reforma de infraestrutura de abastecimento de água existentes.	s/inf-	-s/inf	17	10	29	02	49	02	69	02
3	E2.R.3: 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.	-s/inf	s/inf-	25	10	28	13	32	8	35	23
4	E2.R.4: 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).	s/inf-	s/inf-	92%	10%	93%	15%	94%	20%	95%	25%
5	E2.R.5: Aumentar, até 2027, em 80 aldeias com novos estabelecimentos de saúde.	-s/inf	s/inf-	15	01	26	01	52	03	80	04
6	E2.R.6: Aumentar, até 2027, em 50 aldeias com reformas e/ou ampliação dos estabelecimentos existentes.	-s/inf	-s/inf	09	01	22	02	38	02	50	03
7	E2.R.7: Alcançar, até 2027, 15% de cobertura de aldeias com ações voltadas à temática de resíduos sólidos domésticos.	s/inf-	s/inf-	10%	05%	12%	08%	13%	10%	15%	15%
8	E2.R.8: Reduzir, até 2027, em 5% o percentual de aldeias que praticam a	-s/inf	-s/inf	01%	01%	02%	02%	04%	03%	05%	05%

N.	Resultado	Linha de Base		2024		2025		2026		2027	
		2022 Nacional	2022 DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI
	queima como destinação final de resíduos sólidos.										
9	E2.R.9: Aumentar, até 2027, em 8% o percentual de aldeias com realização de ações voltadas ao esgotamento sanitário.	s/inf	-s/inf	02%	01%	04%	02%	06%	03%	08%	04%

Fonte: PDSI 2024-2027.

Quadro 81 - Estratégia 3: Planejamento e Gestão de bens e serviços adequados à execução das ações de saúde indígena pelos DSEI

N.	Resultado	Linha de Base		2024		2025		2026		2027	
		2022 Nacional	2022 DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI
1	E3.R.1: Reduzir, até 2027, 80% das despesas oriundas de contratos emergenciais.	-s/inf	-s/inf	-10%	-10%	-30%	-30%	-60%	-60%	-80%	-80%
2	E3.R.2: Estruturar, até 2027, 80% do serviço de transporte nos DSEI.	-s/inf	-s/inf	20%	20%	40%	40%	60%	60%	80%	80%
3	E3.R.3: Estruturar, até 2027, 80% da gestão farmacêutica nos DSEI.	s/inf-	s/inf-	20%	20%	40%	40%	60%	60%	80%	80%

Fonte: PDSI 2024-2027.

Quadro 82 - Estratégia 4: Monitoramento Orçamentário: Monitoramento da execução orçamentária e financeira dos recursos empenhados nos contratos continuados e nas Atas de Registros de Preços e demais instrumentos celebrados no âmbito dos DSEI.

N.	Resultado	Linha de Base		2024		2025		2026		2027	
		2022 Nacional	2022 DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI
1	E4.R1: Ampliar, até 2027, a execução orçamentária em 98% nos DSEI.	89%	90%	91%	92%	93%	94%	95%	96%	98%	98%

Fonte: PDSI 2024-2027.

Quadro 83 - Estratégia 5: Articulação Interfederativa: Ampliação das articulações interfederativas e intersetoriais com vistas à integralidade das ações de atenção à saúde indígena.

N.	Resultado	Linha de Base		2024		2025		2026		2027	
		2022 Nacional	2022 DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI
1	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.	s/inf	s/inf	30%	60%	40%	60%	50%	60%	60%	60%

Fonte: PDSI 2024-2027.

Quadro 84 - Estratégia 6: Controle Social: Fortalecimento das instâncias de controle social do subsistema de atenção à saúde indígena.

N.	Resultado	Linha de Base		2024		2025		2026		2027	
		2022 Nacional	2022 DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI	Meta Nacional	Meta DSEI
1	E6.R1: Ampliar, até 2027, em 46% os conselheiros locais capacitados por DSEI.	-s/inf-	s/inf	35%	35%	38%	38%	43%	43%	46%	46%
2	E6.R2: Ampliar, até 2027, 58% os conselheiros distritais capacitados.	-s/inf-	-s/inf	48%	48%	50%	50%	55%	55%	58%	58%
3	E6.R3: Ampliar, até 2027, em 70% as reuniões de Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI) realizadas.	s/inf--	s/inf	60%	60%	65%	65%	67%	67%	70%	70%
4	E6.R4: Ampliar, até 2027, em 80% as reuniões de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) realizadas.	-s/inf-	s/inf-	70%	70%	73%	73%	76%	76%	80%	80%

Fonte: PDSI 2024-2027.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

EMBRAPA. Climas. S.d. Disponível em: http://www.cnpf.embrapa.br/pesquisa/efb/clima.htm. Acesso em 01/11/2023

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. Povos Indígenas no Brasil. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Bororo - acesso em 06/11/2023

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. Povos Indígenas no Brasil. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Bakairi – acesso em 06/11/2023

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. Povos Indígenas no Brasil. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Enawenê-nawê - acesso em 07/11/2023

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. Povos Indígenas no Brasil. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Chiquitano - acesso em 07/11/2023

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. Povos Indígenas no Brasil. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Umutina - acesso em 07/11/2023

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. Povos Indígenas no Brasil. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Iranxe_Manoki - acesso em 07/11/2023

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. Povos Indígenas no Brasil. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Menky_Manoki - acesso em 07/11/2023

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. Povos Indígenas no Brasil. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Nambikwara - acesso em 07/11/2023

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. Povos Indígenas no Brasil. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Paresí - acesso em 07/11/2023

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. Povos Indígenas no Brasil. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Guató - acesso em 07/11/2023

SILVA, Renato Candido da. Clima do Mato Grosso. [S. l., 2018?]. Disponível em: https://www.infoescola.com/geografia/clima-de-mato-grosso/. Acesso em: 04/11/2023