



NOTA TÉCNICA

EM RESPOSTA À INTIMAÇÃO NO. 3073/2020

Manifestação ao Supremo Tribunal Federal do Grupo de Consultores do GT de Saúde Indígena da Associação Brasileira de Saúde Coletiva e Fundação Oswaldo Cruz referente a medida cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 709

RIO DE JANEIRO, 18 DE SETEMBRO DE 2020

Sumário

Página 3	Introdução
Página 3	SEÇÃO A: Considerações Gerais sobre o “Plano de Enfrentan Monitoramento da Covid-19 em Povos Indígenas Brasileiros”
Página 8	SEÇÃO B – Detalhamento da Análise Técnica, por Eixo de Ação.
Página 22	SEÇÃO C: Medidas de Adoção Imediata Recomendadas pelos Consultores
Página 28	ANEXO A: Comentários do grupo de consultores acerca de bases de dados epidemiológicos e de capacidade instalada para enfrentamento da pandemia de COVID-19

Excelentíssimo Ministro Luís Roberto Barroso

Agradecemos novamente a oportunidade de nos manifestarmos com subsídios técnicos no âmbito da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental no. 709. Apontamos também que as medidas aqui recomendadas visam minimizar os graves impactos da pandemia entre os povos indígenas mas podem também contribuir para um fortalecimento do Subsistema de Saúde Indígena (SASI-SUS) que resulte num legado positivo para o cuidado à saúde dessas minorias, inclusive após a superação da epidemia em tela.

O documento aqui apresentado consta de 3 seções: **Seção A**, na qual apresentamos considerações gerais sobre o documento intitulado *Aperfeiçoamento do Plano de Enfrentamento e Monitoramento da COVID-19 para Povos Indígenas Brasileiros*, apresentado pela União, na versão revisada de 7 de setembro de 2020 ; **Seção B** na qual foram detalhadas as recomendações relativas a cada eixo de ação do supracitado documento; e **Seção C, intitulada Medidas de Adoção Imediata Recomendadas pelos Consultores na qual sintetizamos as principais recomendações** feitas pelo grupo de consultores, que indicam um conjunto mínimo de ações que potencialmente darão maior efetividade do enfrentamento da Covid-19 em povos indígenas.

SEÇÃO A: Considerações Gerais sobre o “Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 em Povos Indígenas Brasileiros” (Plano da União, versão 7 de setembro de 2020)

Uma das premissas que orienta as recomendações feitas pelos consultores é o reconhecimento da atribuição legal da União como responsável pela coordenação e execução das políticas indigenistas em particular do Subsistema de Saúde Indígena, através da Secretaria de Atenção à Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde e da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), órgão do Ministério da Justiça e Segurança Pública a que compete, dentre outras medidas, a garantia dos direitos territoriais.

De acordo com o Decreto 9.795/2019 é competência da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI):

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

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

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

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

V - Planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações de atenção integral à saúde no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e sua integração com o SUS;

VI - Promover ações para o fortalecimento da participação social dos povos indígenas no SUS;

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

Tais atribuições apontam com clareza que a habitual tarefa da União se amplia no contexto de irrupção da epidemia, reafirmando-se, mais que nunca, a necessidade de que a SESAI exerça a contento a atribuição de prover diretrizes de planejamento e apoio técnico e financeiro para a execução das ações de combate à epidemia nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), não cabendo a delegação de tais responsabilidades para o plano local representado pelos DSEI ou quaisquer outras entidades. Tal premissa se torna mais relevante frente ao conhecido fato de que os DSEI não dispõem de quadros técnicos qualificados e em número suficiente para fazer frente aos inusitados desafios gerados pelo processo epidêmico. Além disso, carecem de estrutura administrativa que lhes permita executar as licitações para adquirir os insumos e equipamentos necessários para a realização dos procedimentos requeridos no cuidado aos casos de COVID-19 entre os indígenas atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI).

Também deve ser ressaltada a carência de acesso das unidades de saúde dos DSEI aos meios de comunicação à distância, como internet e telefone, o que compromete severamente a possibilidade de prontamente identificar, atender e remover quando necessário, não apenas os casos de COVID-19, mas também outros casos graves de doença, o que potencializa o risco de morte dos pacientes indígenas. Neste sentido, urge implementar as proposições contidas no âmbito da ADPF 709 com vistas a ampliar a rede de comunicação dos DSEI otimizando o acesso dos indígenas ao diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde.

Assim sendo, cabe também à SESAI orientar a elaboração dos Planos Distritais de combate à COVID-19, definindo normas técnicas, indicadores para monitoramento da epidemia e nível de saúde, bem como para orientar a reestruturação e implementação de instalações de saúde necessárias ao atendimento como as CASAI, Unidades de Atenção Primária a Saúde, Polos-Base, e outras. É igualmente obrigação da SESAI prover a contratação de profissionais para o Subsistema, seja para ampliar as equipes já existentes, seja para implantar ou ampliar Equipes de Resposta Rápida e outras modalidades de assistência, visto não haver delegação aos DSEI para que o façam. Também é atribuição do nível central do Subsistema de Atenção de Saúde Indígena (SASI) prover a incorporação de novas tecnologias, como testagem com RT-PCR e outras, necessárias ao diagnóstico e/ou tratamento da COVID-19, além de capacitar os profissionais que atuam nos DSEI para prevenir, diagnosticar, tratar ou remover os casos da COVID-19 entre os indígenas. Além disso, cabe a SESAI, mediante a utilização de critérios objetivos e baseados em indicadores definidos tecnicamente adequados e isonômicos, garantir dotação orçamentária para a realização das ações propostas no plano de nível central e nos planos distritais.

O documento intitulado *Aperfeiçoamento do Plano de Enfrentamento e Monitoramento da COVID-19 para Povos Indígenas Brasileiros*, versão revisada de 7 de setembro de 2020, expressa o esforço dos representantes da União em aprimorar alguns dos aspectos contidos no Plano de Enfrentamento à COVID-19 para os Povos Indígenas apresentado originalmente pela União, o qual foi objeto de diversas reuniões com os consultores que apontaram lacunas e inadequações técnicas em diversos elementos nele contidos. Neste sentido, a versão de 7 de setembro de 2020 é apresentada como a “versão aperfeiçoada” do plano original. Na seção Apresentação do supracitado documento seus elaboradores informam que o plano aperfeiçoado buscou *incorporar, na maior medida*

jurídica, técnica e financeiramente exequível, as sugestões contidas nos documentos supracitados” (pg. 4).

Os consultores concordam que houve incorporações de sugestões feitas, entretanto, estas foram parciais, havendo uma incorporação mais significativa nos objetivos, geral e objetivos específicos de cada eixo de ação, apresentados no plano aperfeiçoado (versão de 7/9/2020) , além da adoção da estrutura de eixos de ação que havia sido proposta pelos consultores. Entretanto, nas seções de descrição das ações a serem implementadas, de metas, indicadores e orçamento, tal incorporação foi mínima, permanecendo tais itens vagos e pouco definidos. Tal lacuna compromete, a nosso ver, a factibilidade de implementação do plano, uma vez que estes são os elementos que permitem concretizar a realização dos objetivos propostos.

Listamos na sequência alguns aspectos cuja incorporação seria relevante, caso tivessem sido adicionados ao plano, o que de fato não ocorreu na versão aperfeiçoada que:

- a) *manteve a estratégia presente no plano originalmente apresentado de concentrar-se substancialmente no relato copioso de ações já em curso e outras pretendidas no futuro, mas sem definir com clareza os problemas a serem enfrentados e os critérios adotados, partir dos quais as ações deveriam ser programadas.*
- b) *não logrou atribuir maior clareza e robustez aos elementos essenciais do plano. A nova versão deveria conter objetivos tecnicamente adequados e formulados como respostas aos problemas identificados; apresentar metas claras, quantificadas e programadas com base em indicadores e problemas bem delineados e atribuição clara de responsáveis pelas ações programadas; e apresentação de recursos orçamentários destinados às ações programadas para viabilizar o alcance de cada objetivo estratégico.*
- c) *não apresentou adequado cronograma de execução. O cronograma se manteve restrito às datas de início e término, sem demonstrar momentos de começo, meio e fim de cada fase intermediária do trabalho, dificultando o monitoramento delas, a demonstração dos resultados e a avaliação do impacto das ações. Reafirmamos que as medidas estratégicas em discussão nesse Plano necessitam de prazos claros e urgentes.*
- d) *No item orçamento houve a inclusão de valor total de recursos programados para alguns itens do plano aperfeiçoado, porém sem apresentar a*

base de cálculo adotada e nem as rubricas alocadas para seu custeio. Além disso, para várias atividades extraordinárias, adicionadas à rotina do subsistema de saúde indígena para o combate à COVID-19, o plano aprimorado não apresentou orçamento, gerando a dúvida sobre a possibilidade de realizá-las com a celeridade necessária exigida pela epidemia. Ações cruciais como a implementação e manutenção das barreiras sanitárias; implantação de UAPIs, de telessaúde e outros itens de infraestrutura e logística; aquisição de equipamentos para testagem e de insumos para o cuidado aos doentes; fortalecimento da logística e transporte de profissionais e pacientes, e outros são exemplos de itens que não contaram com a alocação orçamentária claramente descrita no plano aperfeiçoado. Tal situação se mostra ainda mais preocupante frente ao recente estudo do INESC que aponta que redução na execução orçamentária com saúde indígena em 2020, em comparação à 2019¹, quando era de se esperar que a epidemia tivesse promovido um aumento dos gastos. .

e) não indicou os custos das atividades planejadas e nem identificou recursos já disponíveis e os faltantes para a implementação das ações. Diversos itens continuam a carecer de detalhamento dos custos, recursos e fontes orçamentárias que viabilizem o custeio das atividades. Na leitura dos itens relativos a orçamento não observa o reconhecimento de que a pandemia é um evento excepcional que demanda a adoção de ações extraordinárias e imediatas, voltadas tanto para as medidas de controle da Covid-10 quanto para a manutenção das ações contínuas, abaladas e dificultadas pela irrupção do processo epidêmico. Neste sentido o plano aprimorado continua a carecer das características de um plano emergencial persistindo a ausência da necessária ênfase na demanda de reestruturação imediata de espaços físicos, insumos e recursos humanos excepcionais para o enfrentamento da situação de crise.

f) não apresentou de modo claro e inequívoco as medidas de contenção e isolamento de invasores em Terras Indígenas que representam fonte importante de manutenção da cadeia de transmissão e de ameaça à vida dos povos indígenas. Na versão aperfeiçoada se mantêm a ênfase em mera Portaria da Funai, que restringe o trânsito legal de pessoas, indígenas e não indígenas em Terras

¹ <https://www.inesc.org.br/execucao-orcamentaria-da-saude-indigena-diante-da-pandemia-do-novo-coronavirus/>

Indígenas, não se incorporando nenhuma das medidas sugeridas pela APIB, constantes no Anexo 2, da petição enviada em 07 de agosto.

g) *não detalhou de modo adequado da localização das barreiras, composição e/ou ampliação de equipes nelas alocadas, descrição dos insumos a serem adquiridos e distribuídos e nem cronograma com prazos claros de implementação das ações.*

h) *não apresentou o detalhamento sobre a composição das cestas de alimentos e perfil de distribuição, critérios de participação das comunidades indígenas, nem os critérios de eleição dos beneficiários e a periodicidade de entrega.*

i) *não detalhou como se daria a participação indígena nos processos decisórios e de monitoramento das ações de enfrentamento da COVID-19.*

Face ao apresentado entendemos que houve melhorias em comparação ao documento original, principalmente quanto aos seus objetivos, mas persistem importantes fragilidades no plano aprimorado. Tais características limitarão o monitoramento da efetivo das ações realizadas e a mensuração dos impactos sanitário e social logrado pelo plano apresentado pela União.

SEÇÃO B – Detalhamento da Análise Técnica, por Eixo de Ação.

I. Eixo 1: Promoção da Saúde e Prevenção da Covid-19

a) Nessa temática ressaltamos a importância as **ações para contenção e retirada de “invasores”**, ou seja, de pessoas que entram ilegalmente nos territórios indígenas, ampliam a cadeia de transmissão, dificultam as atividades de prevenção e acirram as situações de vulnerabilização dos povos indígenas. **A plano não incorporou as sugestões das recomendações dos especialistas encaminhadas pela APIB (Anexo 2 enviado em petição de 07 /08/20).** De acordo com o documento, para isolamento dos invasores deve-se adotar medidas como: i) monitoramento do espaço aéreo, com o objetivo de coibir voos ilegais, que levam alimentação e combustível para a manutenção de atividades ilegais dentro das terras indígenas; ii) fechamento de rios e

estradas que dão acesso às terras indígenas, os quais são utilizados para o transporte de alimentos e insumos que perpetuam as atividades ilegais. Com essas medidas, almeja-se a restrição da circulação dos insumos e de pessoas. Com isso, novos invasores não entrarão nas terras e aqueles que estão extraindo recursos naturais teriam que, paulatinamente, sair de forma voluntária.

b) Com relação às barreiras de contenção: as barreiras de contenção são entendidas como medidas importantes de proteção aos territórios indígenas e minimização de riscos de transmissão da doença, em particular na vigência da epidemia. No Plano da União há uma confusão conceitual com as barreiras sanitárias, que estão sendo implementadas no Plano específico para as terras com a presença de indígenas isolados e de recente contato. Retomamos que as barreiras de contenção estão previstas para todos os povos indígenas do Brasil, como medida do Plano Geral de combate ao Covid-19 e devem ter esse foco, sem prejuízo das ações específicas previstas no plano para as terras com a presença de isolados. Além disso, a planilha (Anexo C do Plano da União) contém a listagem de 309 barreiras, informação distinta das 229 apresentadas no Plano. A listagem das barreiras reforça o esclarecimento de que a maioria delas foi implementada pelos próprios indígenas, em parceria com o poder público. Nessas circunstâncias esperar-se-ia que o plano da União aportasse recursos para manutenção das barreiras e das pessoas que ali atuam, além de disponibilizar com insumos específicos de prevenção da COVID-19, como álcool gel e EPIs. O plano aperfeiçoado não apresenta orçamento específico para esta atividade, consta “a definir”. Tampouco apresenta protocolo claro que oriente as atividades desenvolvidas nestas estruturas. O documento é omissivo em apresentar o apoio aos participantes indígenas que são os principais proponentes e mantenedores das barreiras conforme aponta a planilha da União. **Recomenda-se a apresentação de orçamento específico para esta atividade, com base de cálculo explicitada; apresentação de protocolo de atividades das barreiras; cronograma detalhado de todas as fases da atividade. Recomenda-se ainda a extensão de meios de infraestrutura e de insumos para subsistência e prevenção da COVI-19 também aos indígenas que**

atuam nas barreiras e implementação de plano de biossegurança específico para as barreiras e extensivo a todos (indígenas e agentes de governo) os envolvidos neste trabalho.

- c) **Com relação ao suporte ao isolamento social**, o Plano aperfeiçoado ressalta a necessidade de estruturar abrigos/espços para isolamento, indicando atuar sob demanda dos indígenas. Entretanto, tais demandas não são apresentadas, não se esclarece como e onde foram geradas nem apresenta os critérios para a eleição de apenas 100 famílias indígenas beneficiárias, que é um quantitativo ínfimo. Não descreve as características e finalidades desses elementos de suporte que referidos apenas como “edificações” ou “infraestruturas” nem apresenta critérios que levaram à decisão de erigir 600 edificações cuja distribuição nos territórios indígenas também não é mencionada. Considerando que as infraestruturas de isolamento e das edificações iniciaram em 01/04/2020, não há no plano apresentado informe de quantas já foram construídas, sua localização específica e se se mostram adequadas aos fins para os quais foram propostas. Tampouco se apresenta o plano de expansão a fim de totalizar as 600 programadas. **Recomendamos que as comunidades indígenas sejam ouvidas e possam avaliar a pertinência e distribuição dessas edificações de modo transparente e sistemático.**
- d) **Quanto ao saneamento, armazenamento e distribuição de água**, o Plano da União reconhece que “as comunidades indígenas carecem de infraestrutura de saneamento” (pág.5) como uma das muitas condições de vulnerabilidades, mas não estipula estratégias para minimizar ou resolver esta situação. Aponta apenas um apoio “pontual e emergencial” pela Funai de “aquisição de materiais para o armazenamento e distribuição de água”. Cabe lembrar que é responsabilidade da SESAI a edificação e manutenção de estruturas de saneamento nas aldeias (Portaria 9.759/2020). **Recomenda-se que a SESAI e seus DSEIs realizem a implantação dos Sistemas de Abastecimento de Água (SAA) ou a ampliação desse sistema onde já estiverem implantados, uso de Projetos de Implantação de SAA e monitoramento da qualidade da água** com implantação de laboratórios de análise da água nos polos base. Devem prover equipes técnicas habilitadas para tal, a aquisição de materiais

hidráulicos e de cloro, além da incorporação e capacitação dos Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN).

- e) Com relação ao **apoio aos indígenas para o recebimento dos auxílios emergenciais e Programa Bolsa Família**, o plano da União se limita a apontar ações de apoio à obtenção de documentos e à divulgação de informações preventivas da transmissão da COVID-19. Para este item reforçamos a importância das orientações do Ministério Público Federal quanto à necessidade de adequar a implementação dessas políticas às necessidades dos povos indígenas e **recomendamos a extensão da decisão do TRF1 nos autos da ACP n. 1007677-04.2020.4.01.3200, de 08 de maio de 2020, referente à região do Alto e Médio Rio Negro, para os demais territórios indígenas**. A decisão do TRF1 determinou a prorrogação do prazo para saque do auxílio emergencial, benefícios sociais e previdenciários, bem como aponta a necessidade de ampliação do acesso a tais benefícios mediante efetivação dos pagamentos nas próprias aldeias, além da readequação do aplicativo da Caixa Econômica Federal destinado à concessão do benefício.
- f) No que se refere às ações que constam no Plano e que objetivam **a garantia da segurança alimentar entre os povos indígenas**:
- no item 1.51. do Plano, ressaltamos que o FNDE é responsável por apenas uma parte dos recursos da alimentação escolar. Assim, **recomendamos que todos os estudantes indígenas recebam os kits de alimentação**, de acordo com as pactuações com estados e municípios, enquanto não houver retorno às atividades presenciais.
 - No item 1.5.2., está indicado que se adotou critérios para distribuição das cestas básicas, mas o plano não apresentou indicadores epidemiológicos e nem pontos de corte para a definição das famílias em situação de vulnerabilidade. **Recomendamos que o plano da União explicita quais povos/ regiões foram considerados em situação de vulnerabilidade e o gradiente dela; quais foram as bases de cálculo para composição das cestas e que critérios foram adotados para definir a distribuição. A União deve adequar a quantidade de alimentos das cestas básicas ao tamanho das**

famílias indígenas, que não raro constituídas por 4 ou mais pessoas. Recomendamos que a distribuição das cestas tenha regularidade mensal, com previsão de se estender até julho 2021, quando a continuidade deve ser reavaliada, conjuntamente com as comunidades indígenas.

- Ainda no item 1.5.2 o Plano afirma que foi realizada consultas aos povos indígenas pelas CRs da FUNAI, e que alguns povos optaram somente por alguns itens alimentícios. **Recomenda-se, para fins de transparência, que a União apresente relatórios regulares do processo de consultas, com indicação das famílias e comunidades envolvidas, bem como planejamento para meses futuros,** tendo em vista a dinamicidade da situação.
- O Plano também indica a compra de alimentos da agricultura familiar e regional somente para indígenas de recente contato. **Recomenda-se que esta garantia seja estendida a todos os povos indígenas, mediante livre adesão das famílias,** favorecendo o acesso aos alimentos de qualidade e saudáveis, fundamentais para a sobrevivência física e cultural desses povos durante a pandemia.
- **Recomenda-se que as ações direcionadas à garantia da segurança alimentar devem se estender aos habitantes de terras não homologadas,** presumivelmente em situação de maior vulnerabilidade.
- Consideramos também que não cabe no escopo do Plano emergencial de combate à epidemia propostas como a retomada de processos produtivos e de geração de renda, como por exemplo o turismo em Terras Indígenas, que são medidas mais adequadas a um planejamento pós- pandemia. Assim sendo, entendemos que **não se aplica a um plano desta ordem ter como meta a preparação de protocolos de segurança para as atividades de visitação turística em terras indígenas,** quando houver viabilidade de abertura para turismo.

II. Eixo 2: Participação social e controle social

No tocante a eixo, houve a incorporação da maioria das recomendações do grupo de consultores. Não obstante, reforçamos a importância de que o envolvimento dos indígenas deve ocorrer em todas as etapas da implementação das ações e políticas públicas. Ainda assim, sugerimos alguns detalhamentos:

- a) **Recomenda-se que sejam enviadas cópias dos relatórios dos 34 DSEIs relativos as ações de enfrentamento da Covid-19, mensalmente, aos respectivos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) de cada DSEI.**
- b) **Que se publique o ato normativo regularizando a situação do Fórum de Presidentes de Conselho Distrital de Saúde Indígena em um prazo de 30 dias, e que suas reuniões sejam regulares;**
- c) **Que a participação dos membros do Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI) também seja regular nas discussões sobre o planejamento e monitoramento da covid-19, não se limitando a uma reunião;**
- d) **Que seja incluída representação indígena, de organizações indígenas e conselheiros de saúde indígena, no Comitê de Crise Central e no Comitê Distrital de Enfrentamento da COVID-19;**

III. Eixo 3: Promoção das interações intergestoras e intersetoriais

As recomendações encaminhadas anteriormente relativas a este eixo foram incorporadas, em linhas gerais, nos objetivos do Plano da União. Entretanto, deve-se destacar que não existe a definição de prazos para que as ações sejam realizadas, sendo consideradas como “ação contínua”. Ressaltamos que as medidas indicadas nesse eixo constituem, efetivamente, a possibilidade de garantia da integralidade da atenção, particularmente do acesso aos indígenas assistidos pelo SASI-SUS de recursos de diagnóstico e assistência para os casos graves de covid-19 e de suas sequelas, que cada vez estão mais evidentes e de duração prolongada.

- a) **As características da epidemia exigem, com frequência a remoção de pacientes indígenas para instituições especializadas para exames e internações. Recomenda-se a inclusão imediata, ou em prazo razoável, de todos os DSEI no Sistema de Regulação do SUS (SISREG), com disponibilização do acesso ao sistema, sempre quando possível, no âmbito dos Polos Base e Unidades de Atenção Primária a Saúde Indígena, possibilitando o**

referenciamento de pacientes para agendamento de exames, consultas ou internações, sem necessidade de deslocamento dos mesmos para a cidade.

- b) Da mesma forma, **sugerimos que o cadastro da totalidade dos estabelecimentos de saúde indígena no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) seja concluído num prazo de 30 dias**, ou em prazo razoável. Tal sistema é a base para se operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, permitindo orientar a tomada rápida de decisão - fundamental no contexto da pandemia – subsidiar o controle social e efetuar a transparência pública da situação epidemiológica e do impacto das ações de combate à COVID-19.
- c) **Recomendamos que a União elabore e torne público, num prazo de 15 dias, o fluxo de repasse das informações para as famílias/ comunidades indígenas sobre as condições/estado dos pacientes indígenas removidos para a CASAI e outros serviços do SUS.** A medida deve se estender aos 34 DSEI

IV. Eixo 4: Reorganização e qualificação do trabalho da equipe e biossegurança

Nesse eixo, também identificamos, em linhas gerais, a incorporação nos objetivos das contribuições dos consultores. Entretanto, o desdobramento deles em metas, indicadores e entregas permanece carente de detalhamento, em particular porque as bases de cálculo e critérios orientadores das tomadas de decisão não estão disponíveis. Ressaltamos que a garantia da implementação das medidas preventivas capazes de garantir a biossegurança dos trabalhadores e usuários é de responsabilidade dos gestores, cabendo a estes propiciar o treinamento, distribuição de insumos e definição de protocolos de segurança nos serviços. Portanto, não se trata simplesmente de uma questão da opção dos trabalhadores em “aderir” às medidas biossegurança, mas se trata também da oferta dos meios para garantir as condições biossegurança e de prover o monitoramento de sua correta implementação no ambiente de trabalho. É fundamental a transparência dos critérios adotados no plano de biossegurança e o detalhamento dos resultados esperados para as ações programadas para este eixo.

Dessa forma, recomendamos:

a) Estabelecimento de “rotinas e protocolos no trânsito de profissionais de saúde”, para os quais **sugere-se os seguintes itens a constar, sem prejuízo de outros elencados pela União, no “Protocolo de biossegurança dos trabalhadores no Subsistema de Saúde Indígena”:**

- **Os DSEI devem realizar rotineiramente triagem de sintomas gripais e testagem dos trabalhadores com realização de inquéritos sorológicos amplos.**
- **Antes do ingresso em território indígena, e com certa periodicidade de cada um dos trabalhadores devem realizar o exame de RT-PCR, visando detectar portadores assintomáticos do Sars-Cov-2.**
- Os trabalhadores com sintomas gripais, teste molecular ou sorológico (IGM) positivos não devem realizar atividades presenciais ou entrar em área indígena, até que o problema esteja sanado. Na ocorrência de sintomas gripais ou positividade nos exames laboratoriais, os profissionais devem ser **afastados e somente retornar ao serviço após 14 dias de isolamento, estando sem sintomas por ao menos 3 dias, e preferencialmente com nova testagem garantindo IGM e RT-PCR negativos. Para os casos assintomáticos o retorno ao trabalho deve ser após um período de 14 dias e com testagem negativada.**
- **Quando detectados casos confirmados de Covid-19, deve-se realizar a busca ativa de contatos nos serviços de saúde.**
- **Trabalhadores da saúde que estejam em área indígena que apresentem sinais e sintomas que atendam à definição de SG e SRAG, devem imediatamente realizar isolamento e entrar em contato com a Divisão de Atenção à Saúde Indígena para providenciar sua remoção do território indígena.**

b) Com relação à **distribuição e o monitoramento de insumos, EPI e testes, cabem as seguintes indicações:**

- **Referir nas normas técnicas que os tipos, quantitativos e usos de EPIs sigam as normativas da Nota técnica no.04 da ANVISA, e suas atualizações, para as diferentes rotinas nos serviços.**

- Proceder a **análise do panorama de contratos regulares** de compra de medicamentos e insumos e diretrizes para sua ampliação, considerando a sobrecarga dos outros níveis do sistema de atenção à saúde;
- Indicar **procedimentos de coordenação e definição de orçamento para compra, disponibilização e estocagem** de Equipamentos de Proteção Individual, que considerem nas estimativas as demandas (de insumos e logística) necessárias para todos os profissionais da Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, Unidades de Atenção Primária Indígena, CASAI, Sede, incluindo particularmente, estimativas para os Agentes Indígenas de Saúde e demais trabalhadores como motoristas, profissionais da limpeza, segurança, barqueiros, entre outros;
- Prover **informações sobre o fornecimento (compra, estocagem e logística de distribuição) de medicamentos e insumos específicos para as Unidades de Atenção Primária Indígena** (listados no item 08 das orientações para implantação das Unidade de Atenção Primaria a Saúde, de 25 de maio de 2020), se necessário através de processo licitatório no nível central.
- **Proceder os cálculos por DSEI, segundo capacidade instalada, tamanho da população e da força de trabalho, para a disponibilização de insumos para realização de testes sorológicos e para coleta e transporte de RT-PCR;**
- **Realizar previsão orçamentária específica**, destacando as contribuições financeiras e doações provenientes da sociedade civil e organizações não governamentais, detalhada por item, rubrica e DSEI.

c) Com relação à **implementação das Equipes de Resposta Rápida** devem seguidos critérios que considerem a população, perfil epidemiológico e extensão territorial de cada DSEI, uma vez que há realidades bastante heterogêneas no país.

d) **Com relação à contratação emergencial de profissionais, faz-se necessário o mapeamento e diagnóstico da necessidade de contratação por DSEI**, considerando o número de profissionais afastados por Covid-19 ou por pertencerem a grupo de risco, os déficits anteriores já enfrentados pelos DSEI, as

mudanças nas rotinas das Equipes Multidisciplinares para manutenção da rotina e assistência a Covid-19, a implementação das Unidades de Atenção Primária a Saúde Indígena e a expansão da cobertura das ações para populações em terras e reservas não homologadas ou em área urbana.

e) Com relação à **qualificação dos trabalhadores deve-se garantir as condições à sua realização e monitoramento delas. É necessário o detalhamento das orientações mínimas de conteúdos e carga horária para cada trabalhador**, assim como, as formas de certificação da qualificação. Da mesma forma, a estratégia de qualificação em serviço dos AIS e AISAN requer detalhamento quanto ao conteúdo, carga horária mínima e materiais a serem utilizados.

f) Com relação à **implementação das estratégias de telessaúde devem ser apresentadas as informações sobre a proposição, cronogramas e orçamentos**.

g) Valorizamos positivamente a programação de ampliação do acesso à Tecnologia de Informação e Comunicação nos estabelecimentos de saúde, o que tem o potencial de viabilizar o acesso as informações necessárias para a qualificação dos trabalhadores. **Entretanto a União deve apresentar detalhamento de critérios e programação** de tipos e locais para sua implementação, ausentes na versão atual do Plano.

h) Por fim, **com relação ao orçamento, diversos itens permanecem sem orçamento previsto**, e, no caso daqueles indicados, não existem as bases de cálculo necessárias para seja feita a análise dele. Além disso, os cronogramas não estão definidos impossibilitando o monitoramento da congruência entre recursos aplicados e atividades realizadas. **Recomenda-se o necessário detalhamento conforme proposto em item específico supracitado**.

V. Eixo 5: Vigilância e informação em saúde

a) Ressalta-se que **os indicadores epidemiológicos a serem utilizados para monitoramento da pandemia em populações indígenas devem ser amplos o suficiente para caracterizar todo o espectro da evolução da doença na população**, desde as formas assintomáticas e mais leves até as mais graves, a hospitalização, a mortalidade e a letalidade. Também devem incluir indicadores de coberturas das ações de saúde, como de testagem e busca ativa de sintomáticos e contatos. As “taxas de morbidade e mortalidade” permitem uma análise restrita,

sendo fundamental um amplo espectro de indicadores epidemiológicos para a análise completa e adequada do monitoramento da pandemia em povos indígenas. Ressaltamos que a taxa de incidência, de maneira isolada, é pouco informativa da circulação viral, sendo necessários indicadores que mensurem a testagem da população, por exemplo, para não se concluir equivocadamente que a população foi pouco atingida pela doença, quando, pode não ter havido a identificação de casos.

- b) Recomendamos que **o rastreamento de contatos com o exame RT-PCR não se restrinja aos contatos de casos confirmados laboratorialmente, mas se aplique a todos os contatos de casos confirmados por qualquer critério**, já que é possível confirmar casos por outros critérios (clínico-epidemiológico, clínico-imagem, clínico). A identificação precoce de contatos infectados e seu isolamento é estratégia necessária e recomendada para interrupção da cadeia de transmissão da doença.
- c) Os documentos e orientações da SESAI ainda enfatizam o uso de teste sorológico rápido. Entretanto, os testes sorológicos têm valor diagnóstico individual bastante limitado por não fornecerem diagnóstico de infecção atual ou ativa pelo SARS-CoV-2, não são recomendados pela OMS para esse fim (WHO, Interim guidance, 11 September 2020 Diagnostic testing for SARS-CoV-2). Mesmo o resultado positivo, que pode indicar que o paciente desenvolveu anticorpos contra o SARS-CoV-2, não garante que estes sejam neutralizantes do vírus e por isso o paciente deve ser orientado a continuar com as medidas de proteção. Portanto, **recomenda-se que as Notas Técnicas e as orientações aos DSEI e Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena devem explicitar que a testagem com método RT-PCR é o padrão ouro para detecção do SARS-Cov-2. Recomenda-se a elaboração de um fluxograma diagnóstico a ser seguido, definindo de forma clara os testes indicados, sua acurácia e interpretação, bem como as decisões sobre isolamento e investigação de contatos com base nos resultados ou na indisponibilidade de testes, em substituição à Tabela 1, página 8 da Nota Técnica no. 7 da Sesai (Anexo A do Plano da União), que apresenta limitações na interpretação da combinação de testes. Ressalta-se que na indisponibilidade ou inviabilidade do uso do RT-PCR, há alternativas de testes laboratoriais de maior acurácia que os testes sorológicos rápidos em**

uso no mercado, como os testes rápidos de detecção de antígenos² ou sistemas automatizados de detecção molecular adaptados para o diagnóstico do Sars-Cov-2, como por exemplo, do sistema Xpert Xpress SARS-CoV-2 (Cepheid)³ ou o QIAstat-Dx® Respiratory SARS-CoV-2 Panel⁴.

- d) Ações a serem fortalecidas no Plano: o item f da pg. 77 se refere a uma ação que nos parece uma falha de compreensão do que foi recomendado pelo grupo de consultores. A sugestão é de **aumentar a sensibilidade dos critérios de suspeita de COVID-19, como por exemplo, definindo que a presença de apenas um sinal ou sintoma componente da definição de Síndrome Gripal já seja suficiente para considerar este caso como suspeito e proceder sua investigação laboratorial. Esse procedimento aumenta a probabilidade de detectar precocemente a circulação viral em locais em que ela ainda não foi confirmada.**
- e) No quadro de **descrição das metas, indicadores e entrega e impacto esperado para esse eixo**, ressaltamos que os indicadores adotados, em sua maioria são números absolutos que pouco auxiliam na análise do cumprimento desejável de metas. **Sugerimos construir indicadores consistentes que levem em conta a cobertura das ações para um público alvo claramente definido.**
- f) Deve-se alterar os critérios de “CASO DESCARTADO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19) constante na página 3 da Nota Técnica 7 (Anexo A do Plano da União). Descartar casos com base no critério de resultado laboratorial negativo certamente resulta em subnotificação de casos, visto que pode haver falsos negativos. **Sugerimos não descartar casos que se enquadrem em qualquer um dos critérios atuais de confirmação de caso, sejam eles o clínico, clínico-epidemiológico, clínico-imagem e laboratorial (não considerar o resultado de teste sorológico rápido para descarte).**
- g) **Reforçamos as recomendações anteriores em relação a transparência e publicidade dos dados do SIASI e de monitoramento da COVID-19, conforme medida cautelar no âmbito da ADPF 709 do Ministro Barroso do dia 21 de agosto de 2020. Apresentamos no Anexo As análises específicas realizadas acerca dos**

² Seguindo a nota do WHO de 11 de Setembro de 2020 ‘Antigen-detection in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection using rapid immunoassays’ (<https://www.who.int/publications/i/item/antigen-detection-in-the-diagnosis-of-sars-cov-2infection-using-rapid-immunoassays>).

³ Registro na ANVISA 81062710038, <https://www.cepheid.com/coronavirus>.

⁴<https://www.fda.gov/media/136571/download>

arquivos enviados pela SESAI em 28 de agosto de 2020, e as recomendações específicas para a transparência de dados.

VI. Eixo 6: Assistência Integral e Diferenciada

Para este eixo consideramos que houve incorporação de recomendações do grupo de consultores nos objetivos, mas o detalhamento das ações se apresenta limitado, considerando a gravidade da pandemia.

Em função disso, recomenda-se:

a) Com relação ao manejo de casos: **recomenda-se ajustar as orientações técnicas para adoção da abordagem sindrômica gripal e de Síndrome Respiratória Aguda Grave e definir as rotinas para o monitoramento** dos casos confirmados visando a detecção precoce de agravamentos e efetivação da remoção para UAPI ou hospital, em tempo hábil.

b) **Revisão dos itens que compõem o elenco de medicamentos** do Subsistema de Saúde Indígena, **incluindo aqueles necessários para ações de urgência, emergência e casos moderados de Covid-19.**

c) Em relação a implementação das Unidade de Atenção Primária Indígena (UAPIs) deve-se incluir no Plano ou em documento referenciado, a indicação dos critérios (epidemiológicos, demográficos e territoriais) adotados para a implantação dessas Unidades. Esse indicador é de fundamental importância para a redução de disparidades atualmente existentes, como por exemplo a implementação de 36 UAPIs no DSEI Leste Roraima e apenas 1 no DSEI Yanomami. Além disso, destaca-se a ausência de dotação orçamentária específica para esta ação, que implica em compra de insumos e contratação de profissionais para sua implementação e manutenção, bem como a ausência de cronograma de implantação nas UAPIs nos 34 DSEI de acordo com as necessidades de cada realidade. **Recomenda-se a definição de orçamento e cronograma específico para efetivar a implantação das UAPIs.**

d) Em relação à manutenção da oferta de Atenção Básica, também estão ausentes no plano informações que orientem como essa manutenção será realizada nos diferentes DSEIs, bem como um plano para adequação das condições estruturais para o cenário de pandemia, pois os espaços físicos e equipes para essas atividades devem ser distintos daqueles destinados ao atendimento para atendimento de Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave e outras manifestações sugestivas da COVID-19. Também não há qualquer previsão orçamentária para este item no plano da União. **Recomenda-se a readequação estrutural das unidades de saúde do SASI para adaptá-las ao atendimento na epidemia bem como a previsão orçamentária equivalente.**

e) Na versão aprimorada do plano da União foram suprimidos os objetivos e ações relativas as Casas de Saúde Indígena (CASAI). Reforçamos a importância de adoção de medidas para adequação desses espaços, que implicam em mudanças estruturais, levando em consideração a necessidade do isolamento de casos confirmados e suspeitos, redimensionamento de profissionais, insumos e equipamentos e qualificação da equipe assistencial e pessoal de apoio. **Recomenda-se a apresentação de plano de readequação das rotinas e infraestrutura das CASAI, contemplando normas adequadas de biossegurança que visem bloquear a proliferação de casos, bem como dotação orçamentária específica.**

f) Com relação a expansão das ações de atenção primária para populações indígenas em terras e áreas não homologadas e com barreiras de acesso ao SUS, cabem os seguintes comentários:

- **falta a apresentação dos levantamentos e critérios** usados para a avaliação das **barreiras e cálculo da população a ser assistida;**
- **Recomenda-se a reformulação da planilha denominada “Estudo Orçamentário”,** precisa de reformulação pois o cálculo realizado de gasto *per capita* para a efetiva estruturação do atendimento a esta população não é adequado, considerando que será necessário a instalação de novos equipamentos de saúde (Postos, Polos Base) e de equipes específicas.
- **Sugere-se a revisão do item “População Estimada” a ser atendida em Terras e áreas não Homologadas,** pois os dados apresentados aparentemente contém equívocos: por exemplo, em 9 DSEI não existem

pessoas nesta situação; 9 DSEI possuem exatamente 1.190 pessoas nesta situação, 4 DSEI exatamente 2380, 3 DSEI exatamente 3570, 4 DSEI 4760 e 2 DSEI exatamente 15.470. Para que seja possível realizar a análise de previsão orçamentária para o atendimento desta população, em conformidade com as recomendações já encaminhadas, é necessário que sejam explicitados quais parâmetros foram estabelecidos para efetuar este levantamento.

- g) **Considerando o avanço no desenvolvimento para vacina da COVID-19, deve-se incluir as populações indígenas no grupo prioritário** do Programa Nacional de Imunização, para a distribuição da vacina para Covid-19, quando aprovada e regulamentada no Brasil.
- h) Em caso de falecimento **recomenda-se garantir o direito dos povos indígenas a seus rituais funerários e a definir o local de enterro**, com participação e escuta das comunidades indígenas, para que sejam realizados com segurança.

SEÇÃO C: Medidas de Adoção Imediata Recomendadas pelos Consultores

I. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA COVID-19:

- a. Imediata adoção das medidas para contenção e isolamento de invasores dos territórios indígenas e de medidas protetivas contra novos invasores, conforme recomendações dos especialistas encaminhadas pela APIB (Anexo 2, enviado em 07 /08/20). De acordo com o documento, para isolamento dos invasores deve-se adotar medidas como: i) monitoramento do espaço aéreo, com o objetivo de coibir voos ilegais, que levam alimentação e combustível para a manutenção de atividades ilegais dentro das terras indígenas; ii) fechamento de rios e estradas que dão acesso às terras indígenas, os quais são utilizados para o transporte de alimentos e insumos que perpetuam as atividades ilegais. Com essas medidas, almeja-se a saúde de forma voluntária dos invasores.
- b. Garantir os insumos, como Equipamentos de Proteção Individual, material de higiene e outros requeridos pelos indígenas e parceiros,

para instalação e manutenção das barreiras de contenção implementadas, principalmente aquelas dos próprios indígenas;

- c. Apoiar com insumos as iniciativas das comunidades indígenas para a montagem de estruturas para isolamento social de casos confirmados e contatos;
- d. Garantir a ampliação das ações de saneamento básico e, principalmente, o acesso a água potável para os povos indígenas, em territórios demarcados e terras e reservas não homologadas.
- e. Garantir a segurança alimentar, mantendo a distribuição mensal de cestas de alimentos, preferencialmente de agricultura familiar e regional, e de kits de higiene, até julho de 2021, com reavaliação participativa após essa data, para avaliar a manutenção dessas ações. Garantir a entrega de kits de alimentação escolar para todos os estudantes indígenas da educação básica, enquanto perdurar a suspensão de aulas presenciais.

II. PARTICIPAÇÃO INDÍGENA E CONTROLE SOCIAL INDÍGENA:

- a. Manter a regularidade das reuniões dos CONDISI e do Fórum de Presidentes de CONDISI, propiciando a discussão dos planos e respostas ao enfrentamento da Covid-19, e disponibilização pública das atas das reuniões.
- b. Regularizar a retomada do Fórum de Presidentes de CONDISI num prazo de 30 dias.
- c. Ampliar representação indígena no Comitê de Crise Central da SESAI e ampliar a participação de organizações indígenas e conselheiros de saúde indígena no Comitê de Crise Distrital, e disponibilizar publicamente as atas das reuniões.

III. PROMOÇÃO DAS INTERAÇÕES INTERGESTORAS E INTERSETORIAIS

- a. Inclusão imediata no SISREG e do SCNES das unidades de saúde dos 34 DSEIs e CASAI.

IV. REORGANIZAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO DA EQUIPE E BIOSSEGURANÇA:

- a. Realizar a capacitação dos trabalhadores do Subsistema, dos profissionais das EMSI, AIS e outros, nas medidas preventivas e de enfrentamento da Covid-19, com apresentação de relatório com número de trabalhadores certificados por DSEI;
- b. Implantar protocolo de segurança dos trabalhadores: Os DSEI devem realizar rotineiramente, e com certa periodicidade, triagem de sintomas gripais e testagem dos trabalhadores. Antes do ingresso em território indígena, deve ser obrigatório realizar o exame de RT-PCR. Os trabalhadores com sintomas gripais, teste molecular ou sorológico (IGM) positivos não devem realizar atividades presenciais ou entrada em área indígena. Quando detectados casos confirmados de Covid-19 em trabalhadores do subsistema, deve-se realizar a busca ativa de contatos nos serviços de saúde. Trabalhadores da saúde que estejam em área indígena que apresentem sinais e sintomas de Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave, devem imediatamente realizar isolamento e entrar em contato com a Divisão de Atenção à Saúde Indígena para providenciar sua remoção do território indígena
- c. Garantir mediante contratações, parcerias e atas vigentes, com cronograma e previsão orçamentária específica: 1) a efetivação da logística (transporte terrestre, aéreo e fluvial) para distribuição de insumos, realização de testes moleculares, deslocamento de profissionais de saúde e remoções de pacientes nos 34 DSEIs; 2) garantir a compra, estocagem e distribuição de medicamentos, equipamentos médicos, Equipamentos de Proteção Individual e insumos de higiene e desinfecção para manutenção das rotinas e ações específicas do enfrentamento da Covid-19, por unidade do Subsistema por período; 3) insumos e logística para realização de teste molecular (RT-PCR) e sorológico para Covid-19; 4) garantir a ampliação da força de trabalho mediante a contratação direta ou parcerias com organizações governamentais ou não governamentais, respondendo às necessidades por DSEI;

- d. Ampliar de maneira imediata as estruturas de acesso a meios de comunicação nos territórios indígenas e unidades de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;

V. VIGILÂNCIA E INFORMAÇÃO EM SAÚDE:

- a. Transparência de dados (anexo A): Disponibilizar, de imediato e de forma regular (semanalmente), os dados oriundos da “Ficha de Notificação de Síndrome Gripal” para todos os indivíduos notificados ou que foram a óbito pela COVID-19. Disponibilizar, de forma regular (semanalmente) e anonimizada, todos os dados necessários para que sejam calculados, de forma independente, os indicadores apresentados na série “Informe Epidemiológico” da Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde. Disponibilizar, até novembro de 2020, para acesso público, na plenitude e de forma anonimizada, o módulo demográfico e outras informações desagregadas do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Disponibilizar mensalmente para acesso público, segundo polo-base/DSEI, os dados acerca as produções das ações de saúde desenvolvidas pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena e CASAI.
- b. Estruturação da vigilância nos territórios: Garantir o rastreamento, diagnóstico ampliado e isolamento dos casos e dos contatos. Implementar critérios mais amplos e sensíveis para identificação de casos de Covid-19, não se restringido a confirmação ao acesso diagnóstico laboratorial. Atualizar o critério para descartar casos suspeitos de COVID-19, considerando os novos critérios de confirmação de casos adotados pela SESAI e que o resultado de testes rápidos tem valor limitado e não deve ser usado com evidência de não infecção. Definir as rotinas de investigação dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e óbito nas comunidades. Priorizar o diagnóstico laboratorial por RT-PCR, e avaliar a implantação de sistema automatizados ou testes rápidos de detecção de antígenos. Atualizar as notas técnicas considerando as orientações do MS, ANVISA e recomendações do Grupo de Consultores. Garantir o

preenchimento obrigatório do quesito cor/raça e etnia na alimentação dos sistemas de vigilância da saúde e notificação Covid-19.

VI. ASSISTÊNCIA INTEGRAL E DIFERENCIADA

- a. Garantir a extensão das ações do subsistema para territórios e áreas não homologadas, apresentando relatório com a execução orçamentária, produção das ações de saúde, número de equipes atuando e população atendida por região (DSEI e terras ou áreas não homologadas) desde o início da decisão liminar de 08 de julho de 2020.
- b. Apresentar os critérios para identificação da população indígena urbana com barreira de acesso aos SUS, e relatório das extensão das ações do Subsistema a essa população com a execução orçamentária, produção das ações de saúde, número de equipes atuando e população atendida por região (DSEI e população indígena urbana) desde o início da decisão liminar de 08 de julho de 2020.
- c. Ampliar o número de Unidades de Atenção Primária Indígena (UAPI) a partir de critérios epidemiológicos, demográficos e territoriais por Distrito Especial de Saúde Indígena, e apresentar dotação orçamentária e cronograma para sua implementação e estruturação completa.
- d. Revisar os itens que compõem o elenco de medicamentos da Saúde Indígena, incluindo aqueles necessários para ações de urgência, emergência e casos moderados de Covid-19.
- e. Adotar medidas estruturais, de rotina e de pessoa, para adequação das CASAI manutenção das suas ações e o enfrentamento da Covid-19;
- f. Incluir as populações indígenas no grupo prioritário do Programa Nacional de Imunização, para a distribuição da vacina para Covid-19, quando aprovada e regulamentada no Brasil.
- g. Garantir o direito dos povos indígenas a seus rituais funerários e definição do local de enterro, com participação e escuta das comunidades indígenas, para que sejam realizados com segurança.

18 de setembro de 2020.

Assinam esse documento os seguintes consultores (em ordem alfabética):

Ana Lúcia de Moura Pontes (ENSP) – Abrasco

Ana Lúcia Escobar (Unir) - Abrasco

André Machado de Siqueira (INI)- Fiocruz

André Reynaldo Santos Périssé (ENSP) – Fiocruz

Andrey Moreira Cardoso (ENSP) - Abrasco

Clayton de Carvalho Coelho (UNIFESP)- CNDH

Inara do Nascimento Tavares (UFRR) - Abrasco

Juliana Rosalen (Instituto Iepé)- CNDH

Maria Luiza Garnelo Pereira (ILMD)- Fiocruz

Maria Ogrzewalska (IOC) – Fiocruz

Mariana Maleronka Ferron (Instituto Iepé e Hospital Albert Einstein) - CNDH

Maurício Soares Leite (UFSC) – Abrasco

Raquel Paiva Dias Scopel (Escritório Campo Grande) - Fiocruz

Ricardo Ventura Santos (ENSP e Museu Nacional/UFRJ) - Fiocruz

público, de dados individuais devidamente anonimizados, com indicação de sexo, idade (em anos, sem o uso de faixas etárias), etnia, aldeia, polo-base e DSEL. Também devem ser disponibilizados dados oriundos da ‘Ficha de Notificação de Síndrome Gripal’ para todos os indivíduos notificados ou que foram a óbito pela Covid-19, incluindo usuários e trabalhadores do subsistema. Os dados a serem fornecidos devem ser: data de notificação, sintomas, data de início dos sintomas, condições pré-existentes (co-morbidades), estado do teste, data da coleta do teste, tipo do teste, resultado do teste, classificação final do caso, evolução do caso e data de encerramento do caso.

10. De modo a permitir o cálculo de indicadores demográficos e epidemiológicos, também devem ser providos dados de cada aldeia, com a identificação do polo-base e etnia, tamanho total da população, frequência absoluta de indivíduos por idade (em anos, sem o uso de faixas etárias) e sexo.

11. Os dados relativos às equipes de saúde e serviços de saúde devem ser providos mensalmente por polo-base: número e composição das equipes, roteiro de entrada em área (se fluvial, terrestre ou aéreo), número de visitas feitas a cada aldeia com respectivo período de permanência em campo, número de consultas médicas, de enfermagem e odontológicas realizadas, além de outras informações relevantes.

12. Caso não esteja contemplado acima, devem ser disponibilizados, de forma anonimizada, todos os dados necessários para que sejam calculados, de forma independente, os indicadores apresentados na série ‘Informe Epidemiológico’ da Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde.

13. No documento ‘Relatório do Grupo de Trabalho sobre o Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para Povos Indígenas Brasileiros no âmbito da ADPF 709’, é afirmado que ‘A SESAI...trabalha em aprimoramentos do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) e das suas bases de dados para, nos próximos meses, disponibilizar o módulo demográfico e outras informações de saúde desse Sistema, novamente’ (p. 24).

Considerando a vulnerabilidade sócio-econômica e sanitária dos povos indígenas à pandemia de COVID19, que é uma doença que se vincula ao quadro geral de saúde das populações e que deve permanecer como agravo por um longo período de tempo, solicita-se que, tal como sugerido no referido documento preparado pela União, que no prazo de três meses seja disponibilizado para acesso público, na plenitude e de forma anonimizada, o módulo demográfico e outras informações do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI)”.

Feito esse preâmbulo, **apresentamos apreciação:**

- (a) Foram encaminhadas planilhas, em formato Excel, além de uma nota técnica. **Os dados contidos nas planilhas respondem, apenas parcialmente,** às indicações listadas nas folhas 39-40 da Nota Técnica em Resposta à Intimação no. 2636/2020.

- (b) É imprescindível que as bases de dados sejam acompanhadas de um “dicionário de variáveis” para viabilizar o entendimento e análise dos dados por parte dos usuários. Cabe mencionar que a disponibilização de um “dicionário de variáveis”, não provido no material enviado, é procedimento padrão no tocante a sistemas de informação em saúde (ver, por exemplo, https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/08/Dicion%C3%A1rio-de-dados_E-SUS-Notifica-sistema-web-20082020.pdf). O “dicionário de variáveis” deve ser detalhado, indicando inclusive, além de uma explicação das variáveis em si, o que significa cada uma das categorias de resposta. Por exemplo, na planilha de população, a variável idade tem grande quantidade de valores acima de 150 anos (supondo que a variável se refira a anos de idade), o que evidencia um problema de registro.
- (c) Por sua centralidade no monitoramento da trajetória da COVID-19, cabe destacar a questão de como estão apresentados os dados para as variáveis “Classificação do caso (atualizada)” e “Evolução clínica (atualizada)” nas bases encaminhadas. Para a primeira, há seis categorias, quais sejam, “Confirm Clínio-Epid”, “Confirmado Clínico-Imagem”, “Confirmado Lab”, “Descartado”, “Excluído” e “Suspeito”. Neste caso, todas as variáveis devem ser detalhadas no “Dicionário”, incluindo os critérios para “Descartado”, “Excluído” e “Suspeito”. Ademais, para a “classificação do caso (atualizada)” não há indicação da data de atualização da classificação. Já no tocante à variável “Evolução clínica (atualizada)”, há uma data informada para a atualização. Observa-se, entretanto, um grande quantitativo de dados classificados como “ignorados” (n=12.490; 32%) e sem classificação (n=10.197; 26%). Não fica claro, apenas com a disponibilização do banco de dados, se os dados ignorados e sem classificação para as 39.084 notificações do banco foram reclassificados de alguma forma ou se há efetivamente 58% dos casos em que não há informação sobre a evolução clínica do caso.
- (d) A análise inicial dos dados encaminhados indica uma **dificuldade de reproduzir as informações apresentadas pela SESAI em seus boletins e informes oficiais de períodos semelhantes (até 20 de agosto de 2020 para a variável “Data do início dos sintomas”)**. Como informado acima, sem um dicionário de variáveis e explicações sobre as definições usadas, não sabemos ao certo como definir os valores inexistentes/sem classificação (“missing”) e os ignorados para a evolução clínica. Sem a informação precisa, poderíamos supor que “ignorados” e “inexistentes” seriam aqueles pacientes sem sintomas, mas estes, de acordo com a variável “assintomático”, somam 7.025 casos (18%). Mais importante ainda, são as variáveis que definem os óbitos, uma vez que há duas variáveis, sendo uma chamada apenas “óbito” e outra chamada “óbito COVID-19”, fazendo supor que apenas a segunda esteja relacionada à doença. Entretanto, revendo os dados, dos 86 casos identificados como “óbito”, 28 (32%) tiveram um resultado positivo, seja por teste rápido ou por PCR, para a Covid-19 enquanto 16 (18,6%) não tiveram qualquer teste realizado, mesmo estando listados em um banco de notificações para a Covid-19. Vale informar que, enquanto o banco indica 353 “óbitos por Covid-19”, os boletins de 20 e 21 de agosto de 2020 indicavam 348 e 352 óbitos, respectivamente. Diante dessa inconsistência, recomendamos que sejam informadas as causas de óbito declaradas na Declaração de Óbito, além da classificação adotada nas variáveis sobre óbitos já apresentadas, que devem também ser detalhadas no “dicionário de variáveis”.

- (e) Foi recomendada a disponibilização para acesso público dos dados, o que não é atendido pelo envio dos dados por meio de planilhas Excel em um pen-drive. Foi apresentada a seguinte justificativa no documento assinado datado de 28 de agosto e assinado pelo Advogado Geral da União: “Cumprido esclarecer, por derradeiro, que dada a complexidade dos dados epidemiológicos, só foi possível mediante inserção em planilhas Excel, havendo perda de qualidade em sua conversão para o formato pdf (exigido no sistema de peticionamento). Por esse motivo, pede-se [que] sejam os arquivos correspondentes recebidos em mídia física”. **Recomenda-se que a publicação seja feita no site da SESAI, em acesso aberto**, onde qualquer pessoa interessada possa acessar os dados através de download dos arquivos, em formato xls, dbf (não é aceitável formato pdf). **A possibilidade de acesso público é o procedimento padrão no caso de sistemas de informação em saúde**, devendo ser adotado para os dados sobre saúde indígena que foram encaminhados. **Recomenda-se que os dados passem a ser disponibilizados para efetivo acesso público, com atualização diária**.
- (f) Chama atenção que os dados demográficos disponibilizados se referem a 31 de março de 2020, portanto desatualizados em cinco meses (em relação a agosto de 2020). Não é apresentada qualquer justificativa para o envio de dados demográficos desatualizados. Trata-se de um ponto de particular relevância, uma vez que os óbitos impactaram mais algumas faixas etárias, de idosos. Isso pode comprometer o uso de valores de tamanho de população segundo faixa etária para cálculos de taxas e indicadores, tomando-se como referência indicadores demográficos de um momento inicial de disseminação da pandemia.
- (g) A disponibilização para acesso público dos dados listados demográficos (item 10) pode ter uma periodicidade maior (sugere-se trimestral), tendo as seguintes datas de referência: 01 de janeiro, 01 de abril, 1 de julho, 01 de outubro. Dito de outra forma, tendo como referência essas datas, devem ser providos os dados de população (dados de cada aldeia, com a identificação do polo-base e etnia, tamanho total da população, frequência absoluta de indivíduos por idade em anos e sexo) e das equipes de saúde e serviços de saúde (item 11).
- (h) Conforme indicado na documentação encaminhada, os critérios de anonimização utilizados se baseiam no número mínimo de 20. No caso da publicação do IBGE citada (disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95987.pdf>), esse quantitativo se refere à “...a população total nas Terras Indígenas (TI), dentro de cada Unidade da Federação for inferior a 20 pessoas” (p. 54). Para domicílios, por exemplo, o critério de anonimização do IBGE é aquele de valores inferiores a 5 (ver página 54 de <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95987.pdf>). **Uma vez que o número mínimo de 20 pode levar a dificuldades de análise, sugere-se a utilização de um número mínimo de 10**.
- (i) **Em relação ao item 11, não foram providos os dados solicitados**, quais sejam, “...relativos às equipes de saúde e serviços de saúde devem ser providos mensalmente por polo-base: número e composição das equipes, roteiro de entrada em área (se fluvial, terrestre ou aéreo), número de visitas feitas a cada aldeia com respectivo período de permanência em campo, número de consultas médicas, de enfermagem e odontológicas realizadas, além de outras informações relevantes”.

- (j) Em relação aos dados de orçamento, o despacho da SESAI/CGPO/SESAI/MS, de 27 de agosto de 2020, informa que as informações apresentadas derivam de “estudo preliminar”. **Há a necessidade de encaminhamento das informações derivadas do estudo completo, com maior detalhamento, particularmente quanto às ações previstas no plano no contexto excepcional da pandemia, para além da manutenção das atividades dos Distritos e da extensão da cobertura da população.** Em relação a planilha Estudo Orçamentário, algumas ressalvas devem ser feitas. Em primeiro lugar deve-se reformular o cálculo realizado de gasto per capita para a efetiva estruturação do atendimento a esta população, considerando que será necessário a instalação de novos equipamentos de saúde (Postos, Polos Base) e de equipes específicas. Destaca-se também, na análise da planilha, que no item População Estimada que passará a ser atendida em Terras não Homologadas, em 9 DSEI não existe nenhuma pessoa nesta situação, 9 DSEI possuem exatamente 1.190 pessoas nesta situação, 4 DSEI exatamente 2380, 3 DSEI exatamente 3570, 4 DSEI 4760 e 2 DSEI exatamente 15.470. Para que seja possível realizar a análise de previsão orçamentária para o atendimento desta população, em conformidade com as recomendações já encaminhadas, é necessário que seja explicitado quais parâmetros foram estabelecidos para este levantamento.
- (k) Com relação aos dados da capacidade instalada no Subsistema para estruturação das ações, a planilha apresentada não apresenta de forma detalhada as informações, estando ausentes as categorias profissionais com novos contratos, seja em relação as Equipes de Resposta Rápida (ERR) ou a profissionais regulares; os equipamentos (Polos Base, Postos de Saúde e CASAI) que necessitam de adequações estruturais, as Unidades de Atenção Primária à Saúde Indígena (UAPIs) que ainda serão construídas; contratos vigentes e quais serão aditados para a compra de medicamentos, insumos e transporte de pacientes indígenas, considerando o contexto de pandemia. Deve-se destacar ainda que, para a análise e monitoramento do plano, os parâmetros utilizados para a instalação das Unidades de Atenção Primária à Saúde Indígena devem ser explicitados em documento técnico a ser anexado, já que as disparidades entre os DSEI são evidentes (Exemplo 1 UAPI no DSEI Yanomami e 36 no DSEI Leste de Roraima).
- (l) Chama ainda a atenção o item de teto orçamentário anual de custeio na referida planilha de capacidade instalada, não sendo possível compreender se o valor exposto diz respeito a previsão das ações usuais dos DSEIs acrescidas das ações para o enfrentamento da pandemia. Conforme comparação simples com a planilha Estudo Orçamentário, também encaminhada pela SESAI, **o teto orçamentário de 23 dos 34 DSEIs é menor que o valor de custeio de 2019** (Exemplo DSEI Alagoas/Sergipe: teto orçamentário anual R\$7.212.026,97; custeio em 2019: R\$ 13.296.734,83).
- (m) **A documentação recebida não aborda a questão do SIASI.** Conforme indicado no item 13 acima, foi solicitado que “no prazo de três meses seja disponibilizado para acesso público, na plenitude e de forma anonimizada, o módulo demográfico e outras informações do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI)”. A importância dessa disponibilização se relaciona à

“...vulnerabilidade sócio-econômica e sanitária dos povos indígenas à pandemia de Covid 19, que é um a doença que se vincula ao quadro geral de saúde das populações e que deve permanecer como agravo por um longo período. Sugere-se que, a partir de 1 de novembro de 2020, considerando os três meses mencionados, as bases de dados do SIASI passem a ser divulgadas publicamente e com periodicidade semanal, devidamente anonimizada, por um prazo indefinido. Essa perspectiva de longo prazo é importante pois a Covid 19 é uma doença que não se sabe até quando permanecerá presente no cenário epidemiológico da população indígena e da população brasileira em geral.

Comentários finais:

Gostaríamos de terminar tecendo alguns **comentários sobre a relevância da devida sistematização e publicização de dados no campo da saúde indígena.** Um debate central na área da saúde pública diz respeito à pertinência de indicadores para fins de monitoramento e avaliação das iniciativas de saúde. Em recente manifestação em sessão no Conselho Nacional de Saúde (CNS), realizada em 2 de setembro de 2020, o representante da SESAI afirmou que a mortalidade por COVID-19 na população indígena é inferior àquela observada na população brasileira em geral.⁵

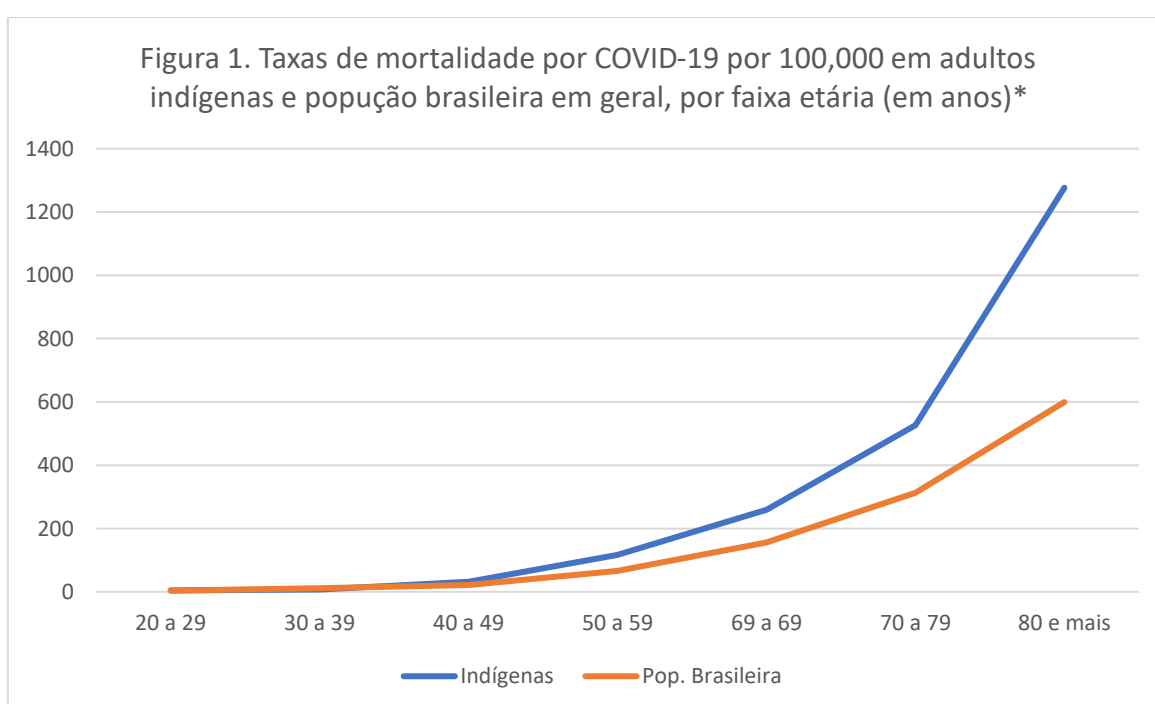
Ocorre que, para fins de comparar populações, o indicador “taxa bruta de mortalidade” deve ser utilizado com ressalvas, uma vez que é altamente influenciado pela composição etária das populações. Nesse sentido, as taxas brutas de mortalidade por COVID19 das populações indígenas, cuja composição etária tendem a ser mais jovens, não podem ser diretamente comparadas com àquelas da população nacional.

Para contornar esse problema, entre as várias alternativas, uma delas é comparar as taxas de mortalidade devido à COVID-19 segundo faixas etárias específicas. Essa estratégia é ilustrada na figura abaixo, que compara as taxas de mortalidade segundo grupos etários em adultos.⁶ Como fica evidente, as taxas de mortalidade por COVID10 para a população indígena a partir da faixa etária do 50-59 anos, onde se concentram a ampla maioria dos óbitos, são bastante mais elevadas que aquelas de não indígenas.

⁵ Ver sessão realizada no Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2 de setembro de 2020, intitulada “COVID 19: Vidas Indígenas Importam”, disponível em https://www.youtube.com/watch?v=kU_X0h8YbcU, acessado em 02 de setembro de 2020. Trecho do comentário do representante da Secretaria de Saúde Indígena acerca da mortalidade está situado no tempo de gravação 1h:41 minutos em diante.

⁶ Procurou-se calcular as taxas de mortalidade por COVID 19 segundo grupos de idade a partir das bases de dados encaminhadas pela SESAI no âmbito da ADPF, mas infelizmente não foi possível devido a problemas da variável idade, conforme indicado no item (b) acima. Diante da impossibilidade do cálculo com os dados fornecidos, foram consultadas as taxas indicadas no “Informe Epidemiológico” no. 16 da SESAI. (<http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/pdf/Informe%20Epidemiologico%20SE%2034%20-%20SESAI%20COVID%2019.pdf>, acessado em 10 setembro de 2020). Uma limitação de se utilizar essas taxas disponibilizadas se refere a dificuldades de comparabilidade com os resultados para a população nacional em geral, apresentados em outras faixas etárias. Os dados relativos a óbitos na população brasileira foram obtidos no “Boletim Epidemiológico Especial” no. 28 do Ministério da Saúde (<https://coronavirus.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>, acessado em 10 de setembro de 2020), utilizando-se como denominadores para cálculo das taxas por idade as projeções populacionais para 2020 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Muitos exemplos poderiam ser indicados para ilustrar a importância de publicização dos dados no campo da saúde dos povos indígenas. Através da comparação das taxas de mortalidade por idade, mais elevadas para indígenas acima de 50 anos, parece-nos que fica evidente que o acesso a dados específicos podem contribuir para iluminar cenários, inclusive mudando interpretações. Se um indicador utilizado inadequadamente pode gerar um cenário distorcido, a possibilidade de análises complementares, viabilizada pelo acesso aos dados, tem o potencial de permitir interpretações tecnicamente mais robustas. Nesse sentido, afirmações de que a taxa de mortalidade por COVID 19 na população indígena é mais baixa mascararam um cenário epidemiológico mais complexo. Na prática, como ilustrado na figura, no caso das faixas etárias mais velhas, a mortalidade indígena é bastante superior àquela da população brasileira. Esse reconhecimento tem importantíssimas implicações no que diz respeito às iniquidades em saúde, com foco na COVID 19, entre indígenas e não indígenas no país.



*Ver Nota de rodapé 2 para fontes de dados utilizados.

11 de setembro de 2020.

Assinam esse documento os seguintes consultores (em ordem alfabética):

Ana Lúcia de Moura Pontes (ENSP) – Abrasco

Ana Lúcia Escobar (Unir) - Abrasco

André Machado de Siqueira (INI)- Fiocruz

André Reynaldo Santos Périssé (ENSP) – Fiocruz

Andrey Moreira Cardoso (ENSP) - Abrasco

Clayton de Carvalho Coelho (UNIFESP)- CNDH

Inara do Nascimento Tavares (UFRR) - Abrasco

Juliana Rosalen (Instituto Iepé)- CNDH

Maria Luiza Garnelo Pereira (ILMD)- Fiocruz

Maria Ogrzewalska (IOC) – Fiocruz

Mariana Maleronka Ferron (Instituto Iepé e Hospital Albert Einstein) - CNDH

Maurício Soares Leite (UFSC) – Abrasco

Raquel Paiva Dias Scopel (Escritório Campo Grande) - Fiocruz

Ricardo Ventura Santos (ENSP e Museu Nacional/UFRJ) - Fiocruz