



PATRIMÔNIO
DA SOCIEDADE
BRASILEIRA



NOTA TÉCNICA

EM RESPOSTA À INTIMAÇÃO Nº 3.631/2020

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, 3 DE NOVEMBRO DE 2020



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL

Sumário

Página 3	Introdução
Página 7	Protocolo Sanitário de entrada em territórios indígenas
Página 8	Atendimento a povos indígenas em Terras não homologadas
Página 9	Adequação orçamentária
Página 10	Informações em saúde

Excelentíssimo Ministro Luís Roberto Barroso,

O grupo de especialistas da Fiocruz e o Grupo de Trabalho em Saúde Indígena da Abrasco receberam em 23 de outubro de 2020 a carta de intimação 3631/2020 referente à ADPF 709, para se manifestarem em relação ao documento 465. Esse documento da Advocacia Geral da União indica:

“Trata-se da versão atualizada, com anexos, do **Plano de Barreiras Sanitárias para os Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato**, resultante do trabalho coordenado pelo Gabinete da Segurança Institucional da Presidência da República com equipes técnicas” (página 03)

Esse documento apresenta atualizações das ações da União no âmbito de uma das frentes da ADPF 709, qual seja, a que se refere a **Povos Isolados e em Recente Contato**, e apresenta os anexos numerados de 466 a 501. Gostaríamos de mencionar, inicialmente, que o grupo de especialistas da Fiocruz e Abrasco foi indicado por Vossa Excelência, a partir de pedido da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil, para se manifestar nas decisões relativas aos temas “Quanto aos povos indígenas em geral”, e, particularmente, na “**elaboração e monitoramento de um Plano de Enfrentamento da COVID-19 para os Povos Indígenas Brasileiros**” (Medida Cautelar de 08 de julho de 2020, página 05). Dessa forma, esses especialistas¹ fizeram parte apenas do grupo de trabalho coordenado pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos para elaboração do **Plano de Enfrentamento da COVID-19 para os Povos Indígenas Brasileiros**. Importante ressaltar que a APIB indicou um grupo de especialistas específico para as discussões referentes aos Povos Isolados e de Recente Contato.

Por isso, não tendo nos envolvidos até o momento nas discussões e análise dos documentos referentes ao **Plano de Barreiras Sanitárias para os Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato**, parte substantiva do material indicado na intimação se refere a documentos que estão fora do domínio das discussões técnicas específicas que temos travado desde o início da ADPF 709. Feitas essas considerações, cabe afirmar que, por outro lado, entre os anexos enviados pela União, encontramos documentos que não

¹ Ao longo do processo incorporamos no grupo três especialistas indicados como consultores *ad hoc* pelo Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH)

se referem única- ou diretamente ao enfrentamento da Covid-19 em Povos isolados e de Recente Contato. É com foco nesses documentos que apresentamos algumas considerações ao longo deste texto. Abaixo na tabela 1 apresentamos o **conjunto de documentos que estão em interface com o Plano Geral da União.**

Tabela 1: Anexos apresentados no documento 465 da AGU de 30 de setembro de 2020, que não se referem diretamente a Povos Isolados e de Recente Contato.

Nome arquivo	Tipo de documento	Conteúdo
ADPF-709-481	Ofício Circular 16/2020 Sesai	Encaminha documento sobre Atribuição dos Secretários Executivos de CONDISI
ADPF-709-482	Documento Sesai	documento sobre Perfil e Atribuição dos Secretários Executivos de CONDISI
ADPF-709-484	Documento Sesai	Protocolo Sanitário de entrada em territórios indígenas
ADPF-709-486	Tabela Sesai	Listagem com DSEI, Fase TI na Funai, povos indígena e municípios
ADPF-709-487	Tabela Sesai	DSEI, População geral, população TI não homologadas, custeio, combustível, convenio, materiais, valor global, per capita, custeio por DSEI, incremento por DSEI para pop não homologada
ADPF-709-488	Tabela Sesai	DSEI, equipe de resposta rápida, valor 6 meses
ADPF-709-489	Nota técnica no 07 Sesai	Projeto de Apoio Institucional da Sesai para integração do SASI-SUS com média e alta complexidade
ADPF-709-490	Resolução no.10/ 2013 Comissão intergestores tripartite/ Gabinete/ MS	Participação dos representantes de DSEI, como convidados, nas CIR, CIB
ADPF-709-491	Tabela Sesai	TI não homologada, serviço de média complexidade e serviço de alta complexidade
ADPF-709-492	Despacho DSEI Litoral Sul	Rede de referência para terras indígenas não homologadas
ADPF-709-493	Relatório DIASI / Sesai	Referente rede de referência TI Karitiana
ADPF-709-494	Tabela Sesai	DSEI, polo base, sistema de informações ambulatoriais, Sistema de informações hospitalares

ADPF-709-495	Despacho CGPO/Sesai a NUJUR	Sobre ajuste do orçamento para custeio resposta enfrentamento da covid-19
ADPF-709-496	Portaria 254 do gabinete do MS, de 2002	Portaria que aprova a PNASPI
ADPF-709-497	Tabela Sesai	Todas as Contratações COVID-19
ADPF-709-498	Planilha Sesai	Ilustra medição de indicadores da TI Avá-canoeiro como exemplo para monitoramento da evolução da Covid-19 nos DSEI e para acompanhamento dos gestores das medidas (TI, município, étnicas, Bases/barreiras, DSEI, incidência, mortalidade, variação recursos 2019/2020)
ADPF-709-500	Tabela Sesai	Atendimentos realizados de 01/02 a 31/08 em TI não homologada (dado extraído do SIASI em 21/09), com TI, DSEI, número atendimento/mês

Fonte: Elaboração do grupo de especialistas Fiocruz e Abrasco, 2020.

Primeiramente, destacamos que para análise desses documentos nos **faltam informações acerca de quais medidas e ações da APDF 709 tais documentos pretendem responder**. Para alguns desses documentos, vemos clara correlação com medidas cautelares acerca do **Plano Geral**, particularmente quanto a: a) extensão das ações do Subsistema de Saúde Indígena (SASI-SUS) para povos indígenas em terras não homologadas; b) detalhamentos orçamentários e contratações feitas; c) rede de referência para atenção ambulatorial e hospitalar do Subsistema de Saúde Indígena; d) informações sobre indicadores de saúde e de atendimentos do Subsistema.

As tabelas e planilhas, em especial, apresentam limitações para análise, uma vez que **não apresentam legendas, fontes de dados, períodos de referência ou dicionários**, o que é fundamental para uma análise devidamente informada. Também deve-se destacar que **não temos competência técnica para nos manifestarmos quanto a contas governamentais**. Devido a isso, sugerimos que o Documento 497, acerca das contratações realizadas, seja analisado por órgãos competentes para realizar auditorias. Assim, nos restringiremos a esboçar comentários gerais sobre as estruturas das planilhas orçamentárias (docs 487, 488, 495), de antemão indicando que não estamos validando as mesmas.

Além disso, foram anexados diversos documentos sobre **redes de referência** para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas e populações indígenas em terras não

homologadas (Doc 491, 492, 493, 494). Nossa avaliação é que se trata de um conjunto de documentos que apresentam dados fragmentados. Ademais, o fato de listarem estabelecimentos das redes não garante necessariamente que os procedimentos/consultas/serviços ofertados atendem à demanda da população em questão. A escassez das informações necessárias para uma análise robusta leva-nos a tão somente tecer poucos comentários sobre os mesmos.

Foram apresentados documentos que **não possuem correlação direta com o enfrentamento da COVID-19**, que são os seguintes: 481, 482, 489, 490 e 496. Apesar de tratarem de tópicos relevantes, como a Secretaria Executiva dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (481 e 482), Apoio Institucional da Sesai (489), participação de representantes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) nas instâncias intergestoras do SUS (490) e a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (496), excluímos de nossa manifestação considerações sobre esses documentos. Reafirmamos que se referem a âmbitos que potencialmente teriam relação com a COVID-19, mas não apresentam indicativo de tal e, inclusive, alguns deles, como o 489, 490 e 496, foram editados antes de 2020. A chamada Resolução 10 (Doc 490), de 2013, trata apenas da participação de representantes dos Distritos Especiais de Saúde Indígena, na qualidade de convidados, nas Comissões Intergestoras Regionais e Comissões Intergestoras Bipartite. A Nota técnica nº07 (Doc 489) dispõe sobre as atribuições do Apoiador Institucional², profissional dos DSEI responsável por auxiliar os gestores na articulação com as outras instâncias do SUS, mas, apesar de ter sido publicada em abril de 2020, não há qualquer menção ao papel destes profissionais no cenário de pandemia.

Ressaltamos que, ainda que existam normativas prévias que subsidiam ações necessárias para o enfrentamento da COVID-19, como a pactuação intergestora, o que carece no período são as medidas extraordinárias que possibilitem a agilização e a garantia das medidas no contexto da pandemia.

Dessa forma, nossa manifestação focará em alguns tópicos apresentados por alguns documentos, quais sejam: a) Protocolo Sanitário de entrada em territórios indígenas (doc 484); b) Extensão do atendimento em terras não homologadas (Docs 486, 487); c) Adequação orçamentária (488, 487,495) e, d) Informações em saúde (Docs 498 e 500).

² Em que pese o avanço no detalhamento deste papel, deve-se ressaltar que o Projeto de Apoio Institucional existe desde 2013 (http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/projeto_apoio_integral_aos_dsei-pnh-sesai.pdf).

A) **Protocolo Sanitário de entrada em territórios indígenas**

O protocolo apresentado (Doc 484) aponta para critérios e parâmetros para a entrada de trabalhadores da saúde em área indígena. Ressalta-se a incorporação da recomendação do grupo de especialista da obrigatoriedade da realização dos testes RT-PCR para Covid-19. Entretanto, para sua efetiva implementação estabelece a necessidade de articulação nas Comissões Intergestoras Regionais e Bipartite para a garantia da realização dos testes em momento oportuno, de forma que se torna premente a **consolidação e divulgação de como estas articulações** estão sendo realizadas. Também cabe ainda o questionamento em relação ao papel da SESAI e dos DSEI no **custeio dos testes para seus trabalhadores**.

Com relação a testagem de RT-PCR de “trabalhadores assintomáticos que se deslocam diariamente para territórios indígenas” (p. 02), o protocolo preconiza a testagem mensal, entretanto, consideramos que seria **recomendado a testagem numa frequência maior, se possível, semanalmente**.

Com relação ao afastamento de profissionais que testaram positivo e sejam assintomáticos ou contato de caso confirmado, sugerimos que **a duração do isolamento ocorra por 14 dias, ao invés de 10 dias**. Apesar do “Guia de Vigilância Epidemiológico” do Ministério da Saúde³ recomendar 10 dias de isolamento, considerando que esse mesmo documento indica que o período de incubação da doença é de 1 a 14 dias, para entrada em território indígena sugerimos maior precaução.

Sugerimos incorporar no repertório de **alternativas de testagem o teste de antígeno**, que tem apresentado bom desempenho⁴.

Com relação aos trabalhadores sintomáticos, **quando de testagem indisponível, sugerimos afastamento de 14 dias E que passe, no mínimo, 24 horas de resolução** de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas para sua liberação. Novamente, indicamos critérios mais rigorosos para a liberação de entrada em território indígena, para proteção da população e do trabalhador.

³ https://portalarquivos.saude.gov.br/images/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2.pdf

⁴ Seguindo a nota do WHO de 11 de Setembro de 2010 ‘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>) o Teste de Antígeno que atende ao mínimo requisitos de desempenho de $\geq 80\%$ de sensibilidade e $\geq 97\%$ da especificidade em comparação com um ensaio de referência RT-PCR pode ser uma boa alternativa em certas situações onde o RT-PCR não está disponível, como em áreas remotas.

Para os casos de entrada **em territórios de Povos Indígenas de Recente Contato** é um avanço a recomendação para quarentena, porém, é necessário que seja avaliado quantos trabalhadores atuam nestas áreas, seus esquemas de rodízio e quais as medidas efetivamente tomadas. Ademais, consideramos que o período indicado de **quarentena deveria ser de 14 dias, ao invés de 7 dias**, considerando o período de incubação do Sars-Cov-2.

Recomendação:

- Comprovação das pactuações realizadas para a realização dos testes de RT-PCR e apresentação do custeio para realização dos testes;
- Extensão da quarentena de 7 para 14 dias para a entrada em terras indígenas com povos Isolados e de Recente Contato;
- Extensão do isolamento de 10 para 14 dias dos trabalhadores que testarem positivo, sejam sintomáticos ou assintomáticos;
- Considerar uso do teste de antígeno nos protocolos.

B) Atendimento a povos indígenas em Terras não homologadas

Considerando a complexidade da identificação e estimativas das populações indígenas em terras não homologadas, **consideramos que deve haver uma análise da listagem do Doc 486 com especialistas da questão fundiária e demográfica indígena**, além de representantes indígenas.

Em que pese que ainda não foi apresentado pela União o Plano para extensão das ações do Subsistema de Saúde Indígena (SASI-SUS) para terras não homologadas, o detalhamento da tabela com as estimativas populacionais (Doc 487) melhorou em relação ao documento apresentado em 28 de agosto. Porém, **não foi apresentada a fonte ou bases de dados utilizada para se estimar o total populacional em Terras Indígenas não homologadas** que passará a ser atendido por cada DSEI, e causa estranhamento que algumas regiões com conjuntos populacionais nessa situação, como, por exemplo, no Mato Grosso do Sul, com nenhuma população estimada, sendo que na listagem do Doc 486 apresenta diversas terras em fase de estudo na Funai.

Outro ponto a ser destacado é que a tabela (Doc 487) apresenta apenas valores de custeio (equipes, combustível, materiais) e não de investimentos. Para garantir o acesso adequado às ações de saúde, **deve-se avaliar a necessidade de infraestrutura**, como a

construção de postos de saúde, saneamento, compra/contratação de meios de transporte, entre outros.

Recomendação:

- Apresentação do Plano para estruturação da capacidade para extensão das ações dos Subsistema de Saúde Indígena;
- Análise por grupo de especialistas da questão fundiária e demográfica indígena, além de representantes indígenas, das terras indígenas e estimativas de população indígenas em terras não homologadas.
- Adequação orçamentária para inclusão das necessidades infraestruturais para extensão das ações de saúde.

C) Adequação orçamentária

O documento 488 referente a dotação orçamentária para a contratação Equipes de Resposta Rápida para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, mantém o parâmetro fixo de 3 equipes por Distrito, **sem apresentar os critérios para esse parâmetro**. Em notas técnicas anteriores, o grupo de especialistas já questionou que os Distritos apresentam dimensões geográficas e populacionais bastante distintas, de modo que é fundamental explicar os critérios para levantamento das necessidades de contratações extras para o enfrentamento da Covid-19 para cada contexto.

O despacho de 22 de setembro (Doc 495) trata das readequações orçamentárias realizadas pela SESAI até a presente data. Deve-se destacar que apenas 3 ações do plano de enfrentamento tiveram dotação orçamentária específica segundo o despacho: a) Ressarcimento ao Ministério da Defesa referente ao apoio logístico; b) Equipes de Resposta Rápida e, c) compra de EPIs. **As demais ações necessárias para o enfrentamento da pandemia não são citadas neste documento**. Ademais, assim como a planilha 497, não apresentam detalhamentos, e deveriam ser analisadas pelos órgãos responsáveis pelas auditorias públicas.

Em relação a dotação orçamentária apresentado no documento 498, apresenta indicador denominado de “Recursos 2019-2018 em relação 2020”, que precisa de detalhamento para ser analisado (envolve custeio, contratação de profissionais, investimentos, etc). Sugerimos que **as informações de dotação orçamentária sejam analisadas por especialistas do campo tais como o INESC**, que vem realizando as análises acerca do orçamento da saúde indígena.

Recomendação:

- Solicitação dos planejamentos orçamentários do conjunto de ações para enfrentamento da Covid-19 em povos indígenas;
- Encaminhamento das análises orçamentárias para INESC;
- Análise das execuções orçamentárias pelos órgãos de auditoria responsáveis;

D) Informações em saúde

O Documento 498 ilustra a mensuração de indicadores da TI Avá-canoeiro como exemplo para monitoramento da evolução da Covid-19 nos DSEI e para acompanhamento dos gestores das medidas. Nossa apreciação é que os **indicadores utilizados e apresentados como exemplo para monitoramento apresentam diversas limitações**, dentre as quais as seguintes:

- Incidência: não indica a base populacional, o número de casos novos, o período em que os casos foram considerados. Não traz o número de casos existentes (prevalência), nem os sintomáticos, exames realizados, critérios de confirmação ou exclusão dos casos.
- Mortalidade: também não traz a base populacional, o número de óbitos por COVID-19 confirmados e os suspeitos, e para que período este indicador foi calculado.
- Quanto à relação recursos 2018/2019 e 2020, apresenta-se a indicação de valores de porcentagem. Não fica claro o que significa.
- Identificou-se que na planilha constam apenas indicadores básicos de monitoramento de doenças em períodos de normalidade. Entretanto, períodos extremos necessitam de um controle mais aproximado dos dados locais, com informações sobre as definições dos numeradores (ex. casos confirmados por critério laboratorial ou critério clínico), sobre a evolução dos casos diagnosticados (letalidade) e sobre grupos mais vulneráveis para evolução com gravidade.

Recomenda-se que se adotem indicadores essenciais para monitoramento em tempos de pandemia, como taxas de hospitalização por SRAG e Letalidade, proporção de confirmação por tipo de critério (laboratorial, clínico-epidemiológico, clínico, clínico-imagem), proporção de casos descartados e critérios de descarte, e proporção de contatos rastreados.

Com relação ao Documento 500 acerca dos atendimentos realizados de 01/02 a 31/08 em TI não homologada, **não estão especificados quais e por quem foram realizados os atendimentos**. Isto é, não é possível saber quantos foram atendimentos médicos, de enfermagem, de Agentes de Saúde, AISAN, etc. Também não são informados os motivos que geraram estes atendimentos e nem a resolução dos atendimentos. Particularmente **carecem de informações quanto a produções dos serviços relativos ao enfrentamento da COVID-19**, como coleta e resultados de PCR ou teste rápido; a necessidade de referência para fora da aldeia; se houve internação, entre outros.

Em relação a ao documento 500 acerca dos atendimentos realizados em TI não homologadas, **não é possível realizar uma análise a menos que seja disponibilizado o tamanho de população de cada local**. Além disso, considerando que o documento apresenta dados desde 01 de fevereiro de 2020, deve-se levar em conta que a ADPF orienta a ampliação do atendimento, e não apenas a prestação de contas do que já é realizado.

Além disso, é importante saber **a evolução de um ano para o outro** dos indicadores e atendimentos para que se possa conhecer a evolução dos atendimentos em diferentes anos (ao menos para aquelas áreas onde tal dado esteja disponível).

Afirmamos não ser possível validar os dados apresentados pela União, a não ser que sejam dados abertos, o que é imprescindível para o devido monitoramento. **Nesse sentido, tal como em manifestações prévias, reforçamos a necessidade da transparência das informações, ou seja, que o acesso aos dados do SIASI se torne público, tal como ocorre com outros sistemas de informação em saúde no país.**

Recomendação:

- Detalhamento das informações (base populacional, período, número de casos, tipos de atendimento, procedimentos/exames executados, produção por categoria profissional, entre outros)
- Ampliação dos indicadores em análise (como taxas de hospitalização por SRAG e Letalidade, proporção de confirmação por tipo de critério diagnóstico, proporção de casos descartados e critérios de descarte, e proporção de contatos rastreados).
- Transparência das informações, ou seja, que o acesso aos dados do SIASI se torne público (atuais e de anos anteriores, para fins de análise comparativa).

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