

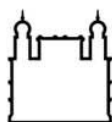


NOTA TÉCNICA

EM RESPOSTA À INTIMAÇÃO Nº 300 E 301/2021

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 À MEDIDA CAUTELAR NA ARGUIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL 709

RIO DE JANEIRO, 12 DE FEVEREIRO DE 2021



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL

Sumário

Página 3	1.Introdução
Página 7	1.1. Aspectos orçamentários do 4ª. Plano da União
Página 8	1.2. Plano Nacional de Imunização
Página 16	1.3. Transparência de dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI)
Página 19	2.1.1.1 Suporte ao isolamento e distanciamento social
Página 20	2.1.1.2 Ações de segurança alimentar
Página 22	2.1.1.4 Ações em saneamento para acesso à água potável
Página 25	2.1.1.6 Ações de comunicação em saúde
Página 26	2.1.3 Participação social e controle social
Página 27	2.1.4 Promoção das interações intergestores e intersetoriais
Página 28	2.1.5 Reorganização e qualificação do trabalho da equipe e biossegurança
Página 30	2.1.6 Vigilância e informação em saúde
Página 34	2.1.7 Assistência integral e diferenciada
Página 36	2.2 Medidas específicas voltadas ao atendimento e expansão dos serviços de saúde aos povos indígenas situados em terras indígenas não homologadas
Página 43	3. Síntese comparativa das medidas imediatas recomendadas desde 18 de setembro de 2020, com análise comparativa do 3º. e 4º. Plano da União

Excelentíssimo Senhor Ministro Luís Roberto Barroso

1.Introdução

É com extrema preocupação que redigimos esta nota técnica referente ao 4º. Plano de Enfrentamento e Monitoramento da COVID-19 para Povos Indígenas Brasileiros (4º. Plano da União). Passados 07 meses da primeira medida liminar referente à ADPF 709, ainda não há um planejamento operacional detalhado e consistente que garanta o controle da disseminação viral, os suportes necessários para o isolamento social das comunidades indígenas e a assistência e vigilância da COVID-19 na sua integralidade.

Por meio das três notas técnicas já preparadas pelo grupo de especialistas da Fiocruz e GT de Saúde Indígena da Abrasco (de 17 de agosto, 18 de setembro e 04 de dezembro de 2020), procuramos indicar estratégias necessárias para estruturar uma resposta efetiva e solicitamos informações necessárias para o monitoramento da resposta governamental. **Esperávamos que, ao longo do processo, houvesse cada vez menos necessidade de detalhamento em nossas análises. Entretanto, chegamos a um 4º. Plano da União que, por um lado, agrega novas informações, mas que não explicita efetivamente o que será feito e tampouco assume a responsabilidade de garantir, em termos logísticos e orçamentários, a viabilidade das medidas que propõe.** Por isso, ao longo desta nota, iremos reforçar e retomar diversas recomendações já indicadas nas notas técnicas pregressas do grupo de especialistas.

Destaca-se, no geral, que **os processos e os prazos propostos para implementação do 4º. Plano ainda não condizem com as características e a gravidade da pandemia, além de permanecem desatualizadas.** A cifra de 1 milhão de mortes pela COVID-19 no mundo, referida neste Plano (p.15), foi atingida no final de setembro de 2020. Atualmente, já são contabilizadas mais de 2.270.990 de mortes. No Brasil, ultrapassamos mais de 233 mil mortes e 9 milhões de casos confirmados. Conforme alertaram os epidemiologistas, as aglomerações e o relaxamento das medidas de

isolamento social no final de 2020 levaram ao agravamento da pandemia a partir da primeira semana de janeiro¹.

Segundo Boletim do Observatório Covid-19 da Fiocruz² (Fiocruz, 2021), desde dezembro de 2020 **observa-se o agravamento da pandemia, com “elevadas taxas de incidência e mortalidade na maioria dos estados.** As maiores taxas de letalidade foram encontradas no Maranhão (5,1%), Rio de Janeiro (4,7%) e Amazonas (3,0%), valores preocupantes que provavelmente revelam graves falhas no sistema de atenção e vigilância em saúde” (Fiocruz, 2021: 01). Observa-se **o aumento da média diária de casos confirmados**, sendo que na primeira quinzena de janeiro 2021 registrou-se mais de 1 mil mortes por dia em 9 dos 14 dias (Fiocruz, 2021).

A incidência de Síndrome Respiratória Agudas Graves (SRAG) mostra incremento, sendo que, comparativamente a outras capitais, Manaus apresenta taxas 3 vezes maiores (Fiocruz, 2021). Novamente, observamos o colapso de sistemas de saúde, com tendências de crescimento das taxas de ocupação de leitos de UTI-COVID-19, sendo que 9 capitais (4 na região norte) têm ocupação de pelos menos 80% (Fiocruz, 2021: 04). A fragilidade do sistema de saúde e os desafios da logística na região Norte foram evidenciados na crise da falta de oxigênio em Manaus ao longo das últimas semanas. Lamentavelmente, o mesmo cenário já se evidencia no interior do estado do Amazonas, em Rondônia, Pará e Roraima. **Ressaltamos que todas as análises apontam para uma piora do cenário epidemiológico da pandemia, particularmente na região Norte (onde se localizam cerca de 60% da população indígena no país), evidenciando que a pandemia segue em curso, sem as necessárias medidas efetivas de contenção.**

Em nota técnica, o Observatório Covid-19 e o Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD) mostram as taxas acumuladas de incidência da COVID-19 no estado do Amazonas em dois momentos, quais sejam, nas semanas epidemiológicas 50 a 53/2020 (Figura 1) e 53/2020 a 03/2021 (Figura 2). Esses dados apontam para **a rápida progressão nas**

¹ <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-12/festas-de-fim-de-ano-podem-agravar-pandemia-no-pais-diz-fiocruz#:~:text=Pesquisadores%20publicaram%20hoje%20nota%20t%C3%A9cnica%20sobre%20o%20assunto&text=Os%20pesquisadores%20da%20Fiocruz%20alertam,de%20ano%20e%20das%20f%C3%A9rias.>

² https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid-2021_semana_01-02_1_0.pdf

diferentes regiões do estado, com incremento da taxa de incidência de 131,4% e da taxa de mortalidade de 344,5% (Figuras 3 e 4) (Fiocruz; ILM; 2021³).

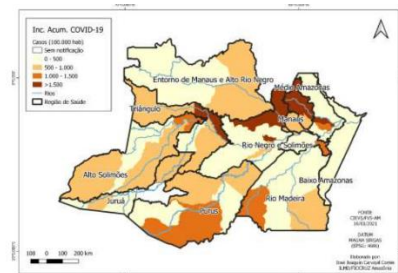


Figura 1. Taxa de incidência acumulada de casos confirmados de COVID-19 por 100.000 habitantes, das semanas SE 50/2020-53/2020, por município de notificação no Amazonas. Fonte: CIEVS-FVS.

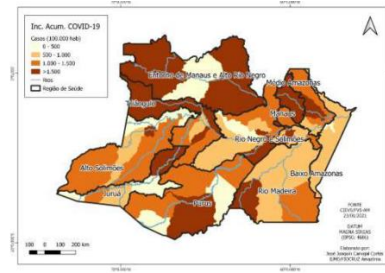


Figura 2. Taxa de incidência acumulada de casos confirmados de COVID-19 por 100.000 habitantes, das últimas 4 semanas (SE 53/2020-03/2021) por município de notificação no Amazonas. Fonte: CIEVS-FVS.

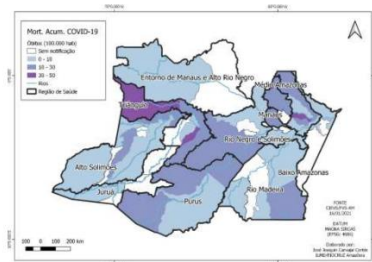


Figura 3. Taxa de mortalidade acumulada de COVID-19 por 100.000 habitantes, das semanas SE 50/2020-53/2020, por município de notificação no Amazonas. Fonte: CIEVS-FVS.

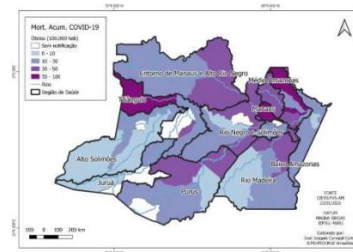
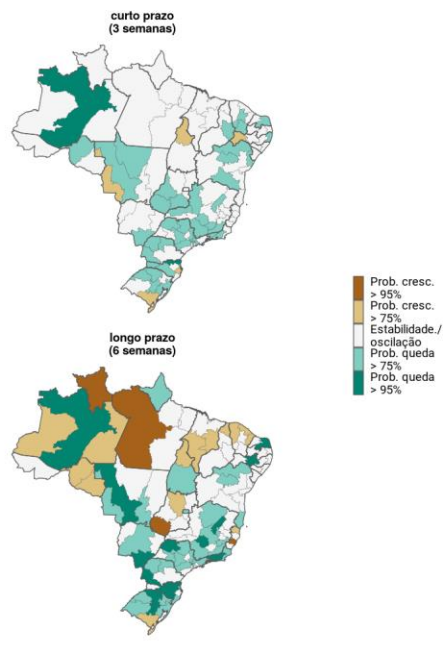


Figura 4. Taxa de mortalidade acumulada de COVID-19 por 100.000 habitantes, das últimas 4 semanas (SE 53/2020-03/2021) por município de notificação no Amazonas. Fonte: CIEVS-FVS.

Fonte: Fiocruz; ILM; 2021.

Em Boletim do Infogripe relativo à Semana epidemiológica 04/2021 (24/01/2021 à 30/01/2021)⁴, verifica-se a tendência de variação proporcional de casos semanais de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por macrorregiões de saúde em curto (3 semanas) e médio prazo (6 semanas), destacando-se a **progressão para a região leste do Amazonas, afetando particularmente o estado de Roraima e o oeste do Pará.**



INFO GRIPE

Fonte: [InfoGripe](#) Resumo do boletim semanal, Semana epidemiológica 04/2021: 24/01/2021 à 30/01/2021.

A emergência de variantes e novas linhagens do Sars-Cov-2 tem sido monitorada desde o princípio da pandemia, já que se trata de um processo esperado e potencializado pela ampla circulação viral. Já foram sequenciados no Amazonas cerca de 250 genomas, tanto na capital quanto no interior, **sendo que a linhagem P.1, progressivamente, se transformou na mais prevalente a partir de dezembro de 2020, sendo identificada em 91,4% das amostras positivas em janeiro** (Fiocruz; ILMD; FVS-AM, 2021a⁵). Essa nova variante foi encontrada em 11 municípios do Amazonas, havendo já confirmação de casos de reinfeção, ainda que sejam necessários estudos adicionais acerca dos desfechos de saúde e gravidade dos casos decorrentes da P.1 (Fiocruz; ILMD; FVS-AMb, 2021). Dessa forma, no momento, configuram-se como grandes desafios a ampliação do monitoramento genômico e a realização de estudos dos impactos dessa variante, tendo em vista sua aparente maior transmissibilidade, seu potencial de reinfeção e as incertezas quanto à eficácia das vacinas em uso contra essa variante⁶.

⁵ Fiocruz; ILMD; FVS-AM. Caracterização genética do SARS-CoV-2 circulante no Estado do Amazonas, 2021. <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/45922/2/NOTA-TE%cc%81CNICA-CONJUNTA-N%c2%ba-09.2021.FVS-AM-X-ILMD.FICRUZ-AM-28.01.2021.pdf>

⁶ UFRJ. Nota técnica: Sobre as perspectivas de agravamento da crise pela COVID-19 frente a novas variantes virais. 29 de Janeiro de 2021.

Assim, além do agravamento da pandemia, na conjuntura atual, qualquer planejamento deve levar em conta a disseminação de novas variantes do Sars-CoV-2, como a P.1, que rapidamente se espalha na região Norte. Essa variante pode atingir rapidamente o restante do país, caso não sejam adotadas medidas oportunas e eficazes de contenção da pandemia e disseminação da nova variante viral.

Ressaltamos que as análises acerca do impacto da pandemia da COVID-19 em indígenas em recentes publicações científicas apontam a maior gravidade nessa população (Fiocruz, 2020; Hallal et al, 2020; Ranzani et al, 2021). A maior vulnerabilidade dos indígenas se expressa tanto no maior risco de infecção, quanto na evolução para formas graves e óbitos.

1.1. Aspectos orçamentários do 4º. Plano da União

Gostaríamos de destacar para análise de vossa excelência que, nas versões anteriores, já identificávamos dúvidas sobre os aportes orçamentários para implementação das ações e, por isso, insistíamos em nossas notas técnicas sobre a falta dessas informações no Plano. Desde o começo da pandemia, já havia clara identificação da necessidade de aportes complementares para todos os órgãos, particularmente na área da saúde. O enfrentamento da pandemia impôs um aumento de demandas nos serviços de saúde para contratações⁷, logística⁸ e insumos⁹, em particular. Por isso, foi aprovada a Lei. 13.979 (fev/2020¹⁰), que visa dar agilidade na “aquisição de bens, serviços e insumos de saúde destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública”. Além disso, a Lei 14.021, no seu artigo 18 altera a Lei 8.080 no seu:

⁷ Para ampliar a força de trabalho, mas também substituir os doentes e aqueles com condições de agravamento para COVID-19.

⁸ Bastante custosa em áreas na região norte e necessárias para qualquer suporte a casos graves.

⁹ Muitos insumos como Equipamentos de Proteção Individual e materiais de higiene não eram usados na mesma regularidade e frequência, e outros não eram previstos na atenção primária do Subsistema, como oxímetros, suporte de oxigênio e alguns medicamentos, entre outros.

¹⁰ <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735>

E.

§ 1º A União instituirá **mecanismo de financiamento específico para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios**, sempre que houver necessidade de atenção secundária e terciária fora dos territórios indígenas.

§ 2º Em situações emergenciais e de calamidade pública: I - a União deverá **assegurar aporte adicional de recursos não previstos nos planos** de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis) ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena”¹¹

Se em versões anteriores já havia apontamentos das limitações orçamentárias, como por exemplo, para as ações de segurança alimentar implementadas pela Funai, no 4º Plano da União, encontra-se bastante explícitas as amplas restrições orçamentárias para a sua plena implementação, ao afirmar-se:

“Os aportes financeiros necessários para a execução das ações previstas neste plano, quando o órgão responsável **não possuir previsão orçamentária para a sua efetivação**, serão providenciados pela União, através da edição de medida provisória específica. A edição desta MP **só será possível com a homologação do presente plano, atendendo ao regramento legal próprio a ser observado pelo Ministério da Economia**” (p. 08-09).

1.2. Plano Nacional de Imunização

A pandemia de COVID-19 se configurou como uma das maiores crises sanitárias e humanitárias globais, suscitando grandes esforços e investimentos mundiais na produção de conhecimento científico acerca da doença e formas de tratamento e prevenção. Rapidamente, as vacinas desenvolvidas em diferentes plataformas mostraram-se promissoras, algumas delas com segurança e eficácia, particularmente contra formas graves e óbitos, recentemente comprovadas, constituindo-se na **estratégia mais importante de controle e redução do impacto da pandemia**, em combinação a medidas não farmacológicas. Diante da provável segurança e eficácia das vacinas, ainda em 2020,

¹¹https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L14021.htm#:~:text=1%C2%BA%20desta%20Lei%2C%20fica%20institui%C3%ADda,d a%20pandemia%20da%20Covid%2D19.

no âmbito da ADPF 709, o grupo de consultores técnicos, que incluía representantes da Fiocruz e ABRASCO, recomendou em Notas Técnicas que o Programa Nacional de Imunização priorizasse os indígenas na vacinação contra COVID-19 quando a vacina fosse aprovada (Fiocruz/Abrasco)¹².

Em 17/01/2021, o Brasil teve as duas primeiras vacinas contra COVID-19 (Oxford-Astra-Zeneca, a ser produzida pela Fiocruz, e Coronavac, a ser produzida pelo Instituto Butantan) aprovadas pela ANVISA, ainda que tardiamente em relação a outros países. No presente contexto, há uma enorme demanda mundial por vacinas, muito superior à disponibilidade no mercado. **Estima-se que será necessário vacinar 70% ou mais da população brasileira para se atingir um efeito coletivo da imunização** e controle da pandemia.

Tal qual a maioria dos países, o Brasil estabeleceu grupos prioritários para a vacinação, em 3 fases, em ordem decrescente de vulnerabilidade à infecção e mortalidade (Brasil, 2020a: 07¹³, Brasil, 2020b¹⁴), enquanto não é possível atingir as metas ideais de vacinação. Até o momento, foram disponibilizadas cerca de 8 milhões de doses de vacina, suficientes para a inoculação de 4 milhões de pessoas, o que representa pouco mais de ¼ da população-alvo (14,8 milhões) estimada como prioritária na 1ª fase de vacinação, e cerca de 8% da população-alvo (49,6 milhões) estimada como prioritária nas 3 fases de vacinação programadas.

Consideramos extremamente positiva a inclusão, pelo Ministério da Saúde, da população indígena na 1ª fase de vacinação. No entanto, cabe discutir a cobertura proposta no **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19¹⁵** e as **recomendações complementares apresentadas no 4º. Plano**. Considerando que o Plano Nacional de vacinação tem tido constantes atualizações, indicamos na Tabela 1 a síntese das alterações identificadas ao longo do período.

¹² <https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudeindigena/wp-content/uploads/sites/12/2020/08/Resposta-intimacao-Fiocruz-Abrasco-Final-17-08-c2-2.pdf>; https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudeindigena/wp-content/uploads/sites/12/2020/10/manifestacao_Fiocruz_Abrasco_intimacao_3073_final-v2.pdf.

¹³ Brasil, 2020a: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/01/1611078163793_Informe_Tecnico_da_Campanha_Nacional_de_Vacinacao_contra_a_Covid_19-1.pdf

¹⁴ Brasil, 2020b. https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/16/plano_vacinacao_versao_eletronica-1.pdf.

¹⁵ https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/16/plano_vacinacao_versao_eletronica-1.pdf.

Tabela 1: População indígena indicada nos documentos norteadores dos grupos prioritários da Campanha de vacinação contra COVID-19 elaborados pelo Ministério da Saúde, dezembro 2020 a janeiro de 2021.

Título documento	Data(s)	População indígena referida	Quantitativo estimado	Caracterização do quantitativo
Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a COVID-19	10 de dezembro 2020	populações indígenas	410.348	Indígenas com 18 anos ou mais atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SIASI/SESAI, 27 de novembro de 2020)
Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a COVID-19	16 de dezembro de 2020	os povos indígenas aldeados em terras demarcadas	Sem quantitativo específico dos indígenas, somente o total do grupo prioritário	População Indígena aldeada em terras demarcadas: dados disponibilizados pelo Departamento de Saúde Indígena – DESAI, novembro de 2020, incluiu indígenas acima de 18 anos atendidos pelo subsistema de saúde indígena.
Informe Técnico – Campanha Nacional de Vacinação contra a COVID-19	18 de janeiro de 2021; 19 de janeiro de 2021	População indígena vivendo em terras indígenas.	431.983	Povos indígenas vivendo em terras indígenas: dados disponibilizados pelo Departamento de Saúde Indígena – DESAI, de 2021, incluiu indígenas acima de 18 anos atendidos pelo subsistema de saúde indígena
Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a COVID-19	22 de janeiro de 2021; 25 de janeiro de 2021	indígenas vivendo em terras indígenas	410.197	População Indígena que vive em Terras Indígenas homologadas e não homologadas, com mais de 18 anos, assistida pelo SASISUS (dados extraídos do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena, em novembro de 2020). Em razão da medida cautelar Arguição por Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF)nº 709 , foi incluída a extensão dos serviços do SASISUS aos povos aldeados situados em Terras não homologadas durante o período de pandemia.

Algumas questões se colocam nesses documentos. Uma delas é que, diante da ausência da disponibilização pública dos dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), **não há a possibilidade de verificar a população alvo a ser vacinada, já que se percebem variações consecutivas na “caracterização do quantitativo a ser vacinado” para responder à determinação do STF de ampliação da cobertura das ações para a população indígenas de terras não homologadas, sem uma variação correspondente no “quantitativo estimado” de indígenas a ser**

vaciando (Tabela 1). Ressalta-se que, até o momento, no âmbito da ADPF 709, a União **não apresentou com clareza os dados da população indígena em terras não homologadas que seria assistida** pelo Subsistema de Saúde Indígena, nem sua localização e quais Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena (DSEI) serão aqueles de referência para cada população (adscrição do serviço). Em carta de intimação no. de 3631 de 22 de outubro de 2020, comentamos o anexo ADPF-709-487, referente aos dados populacionais por DSEI e estimativas de população indígena em terra não homologada a ser assistida, que indica 135.056 indígenas nos 34 DSEI. Além disso, o 4º. Plano refere que a Funai identifica 261 terras indígenas não homologadas em 222 municípios em 25 estados (UFs) (p.175). Diante disso, questiona-se se todas as terras não homologadas se encontram em áreas de cobertura dos 34 DSEI, e como será essa alocação de cobertura. Em nota técnica da Fiocruz/Abrasco de 03 de novembro de 2020, em resposta à intimação anterior , destacamos:

“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 utilizadas 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.” (p:08)

Conforme mencionado anteriormente, **os quantitativos de indígenas a serem vacinados apresentados nos Planos de Operacionalização e Informes técnicos apresentam uma importante inconsistência.** Isso porque a estimativa inicial em 10/12/2020 era de 410.348 indígenas, definido como aqueles assistidos pelo SASI-SUS com base em dados de novembro de 2020 provenientes do SIASI. O documento seguinte aponta que a população indígena a ser vacinada será somente aquela residente em terras demarcadas, mas não apresenta o quantitativo. Os dois Informes técnicos de janeiro/2021, que apresentam a distribuição de doses de vacinas, aumentam o quantitativo de indígenas atendidos pelo subsistema para 431.983. Entretanto, as três atualizações seguintes do

Plano Nacional de Operacionalização da Campanha apresentam redução do quantitativo populacional para 410.197, mantendo a base nos dados do SIASI de novembro de 2020, mas aponta ampliação da população a ser coberta, devido à ADPF 709, passando a considerar nesse quantitativo os indígenas localizados em terras não homologadas, indicação também presente no 4º. Plano analisado.

O Plano Operacional de vacinação e o 4º. Plano não deixam claras as estimativas das populações indígenas em terras não homologadas, assim como as respectivas fontes de dados. O mesmo ocorre para o monitoramento da cobertura da vacinação contra a COVID-19 disponibilizado pela Sesai (ve http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/viewGrafico_vac.php). Apesar de se indicar que considera “maior ou igual a 18 anos de idade e as especificidades da ADPF 709”, não está clara qual é a população estimada referente as terras não homologadas. Sem a disponibilização dos dados do SIASI, não é possível verificar e analisar separadamente as metas de vacinação e coberturas vacinais nessas populações.

Além dessa questão, o Plano Nacional de Operacionalização da Campanha de vacinação contra COVID-19 afirma que os “povos indígenas aldeados em terras demarcadas são mais vulneráveis à COVID-19”, e, portanto, exclui as populações indígenas em contexto urbano. Sobre essa questão, foi indicado em nota pública da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO):

“Essa afirmação [de que somente populações indígenas aldeadas são vulneráveis] contraria diversas evidências que apontam para as vulnerabilidades dos indígenas à pandemia, tanto em contexto de terras indígenas quanto urbano, expressas no maior risco de infecção e na evolução para formas graves e óbitos. **As áreas urbanas do país foram as primeiras a serem afetadas pela pandemia**, de modo que a população indígena residente nessas regiões foi rapidamente afetada¹⁶. **Inquéritos consecutivos de soroprevalência de anticorpos contra COVID-19 conduzidos em zonas urbanas** de todas as regiões do país tem demonstrado que os indígenas apresentaram prevalências crescentes e superiores às das demais categorias

¹⁶ Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica. Relatório nº 4 do Grupo de Métodos Analíticos de Vigilância Epidemiológica (MAVE), PROCC/Fiocruz e EMap/FGV, Grupo de Trabalho sobre Vulnerabilidade Sociodemográfica e Epidemiológica dos Povos Indígenas no Brasil à Pandemia de COVID-19 e colaboradores. 18 de abril, 05 e 20 de maio de 2020. <http://covid-19.procc.fiocruz.br>

de raça/cor [**superando em 87% a prevalência da categoria branca, independentemente da região, número de residentes no domicílio e nível de riqueza**] (Hallal et al, 2020)¹⁷. Estudos que focam nos impactos da pandemia têm mostrado que as **taxas de mortalidade por COVID-19 são progressivamente mais elevadas nas faixas etárias a partir dos 50 anos** nos indígenas em comparação à população geral (Fiocruz, 2020: 16)¹⁸. Foi verificada também a **maior letalidade em internações hospitalares** de indígenas em comparação às demais categorias de cor/raça em praticamente todas as faixas etárias (Ranzani et al, 2021)¹⁹.” (Abrasco/ABA, 2021)²⁰

Em estudo recente, Pontes et al (2021, no prelo), com o intuito de verificar de forma mais clara os impactos da COVID-19 na letalidade em indígenas no país [rural e urbana], compararam a razão entre óbitos por COVID-19 e os casos de hospitalização por SRAG acumulados entre as SE 8 e 35 de 2020, ou seja, a letalidade das formas graves de COVID-19, a partir do SIVEP-Gripe. A letalidade acumulada por SRAG decorrente de COVID-19 no Brasil até a SE 35 (30/08/2020) **atingiu 41,8% em indígenas, excedendo em 19% a letalidade em não indígenas (35,1%)**. Foram verificados diferenciais de letalidade entre as regiões do país (Figura 3)”. Esses dados corroboram o recente estudo publicado por Ranzani et al (2021) sobre mortalidade hospitalar no país, que verificou maior mortalidade em quase todas as faixas etárias para a população indígena (rural e urbana).

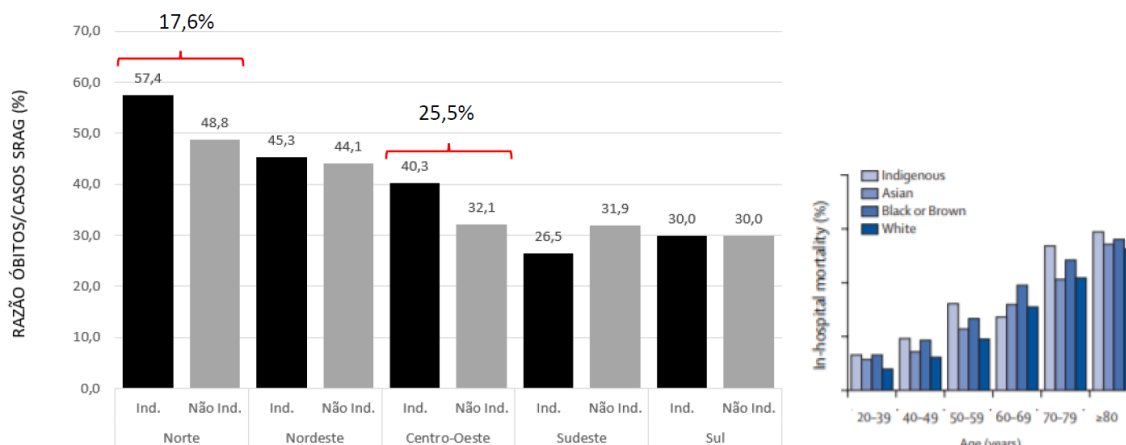
¹⁷ Hallal et al., 2020. Lancet Glob Health 2020; 8: e1390–98. http://epidemiology.ufpel.org.br/site/content/sala_imprensa/noticia_detalhe.php?noticia=3128

¹⁸ https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid_6meses.pdf

¹⁹ [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30560-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30560-9/fulltext)

²⁰ <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/vacinacao-para-todas-e-todos-os-indigenas-ja/55805/>

Letalidade por SRAG-COVID-19 em indígenas e não indígenas segundo região.
Dados acumulados até a SE 35/2020 (29/08/2020).



Fonte: Pontes et al., 2021 (no prelo). Pandemia de COVID-19 e os povos indígenas no Brasil: Cenários sociopolíticos e epidemiológicos. Coletânea de textos organizada pelo “Observatório Covid-19 sobre Impactos Sociais da Pandemia”, Editora Fiocruz, 2021. Dados: SIVEP-Gripe

Ranzani O et al., 2021. Lancet Respir Med. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30560-9](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30560-9)

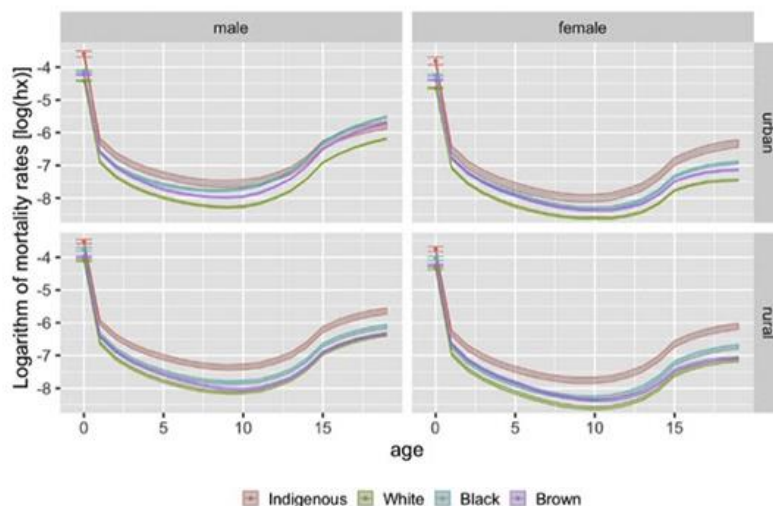
Essa maior letalidade pode estar associada à precariedade do acesso aos serviços, conforme apresentado no 4º. Plano (p.19), já que os municípios da região Norte e Centro-Oeste têm maior distância entre aldeias e serviços hospitalares, além de menor oferta de serviços, que afetam tanto residentes de áreas urbanas quanto em TI nessas regiões.

A esse cenário, pode-se agregar outras informações, como as investigações recentes, com base em dados de representatividade nacional, como aqueles derivados dos recenseamentos nacionais, que apontam para a expressiva vulnerabilidade sócio-ambiental dos povos indígenas residentes em áreas urbanas no Brasil. Raupp e colaboradores²¹ analisaram a **infraestrutura de saneamento básico nas áreas urbanas do Brasil**, contrastando os perfis dos domicílios indígenas com os de não indígenas, vindo a concluir que:

“Os domicílios indígenas se encontram em desvantagem quando comparados aos de outras categorias de cor ou raça (...) As análises deste estudo não somente confirmam o perfil de precárias condições de infraestrutura de saneamento básico dos domicílios indígenas em área urbana, como também evidenciam a persistência de iniquidades associadas à cor ou raça no país” (Raupp et al, 2017:01)

²¹ <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700010001>

Em estudo sobre mortalidade segundo cor ou raça no Brasil, a partir dos dados do Censo 2010, foi também observado que **não somente em áreas rurais, como também em contextos urbanos, os indígenas apresentam níveis de mortalidade mais expressivos** que as demais categorias de cor ou raça²², conforme figura abaixo:



Nesse marcante cenário de vulnerabilidade social, o início da vacinação contra a COVID-19 demanda diversas ações para garantia de sua plena implementação, como ações de comunicação, capacitação dos trabalhadores, logística para múltiplas aplicações das doses e estruturação do armazenamento e rede de frio. O Plano Nacional de Operacionalização da vacinação contra a COVID-19 apresenta poucas informações sobre sua execução no Subsistema de Saúde Indígena, sem detalhes sobre esses aspectos, que o 4º. Plano (p.08) refere estarem sendo feitos pelos DSEI, mas que não foram publicados até o momento:

“Neste sentido, os DSEIs tiveram até 11 de janeiro de 2021 para elaborar planejamento para execução da campanha de vacinação contra covid-19 nas Terras Indígenas homologadas e não-homologadas, a ser iniciada ainda neste mês, que incluirá previsão de equipamentos e insumos necessários, assim como fluxo de notificação de eventos adversos pós-Vacinação para garantia da farmacovigilância adequada.”(p.8)

²² <https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudeindigena/2020/04/28/mortalidade-superlativa-povos-indigenas-e-as-tragicas-manifestacoes-das-desigualdades-em-saude/>

Ademais, a não inclusão de todos os indígenas (quer vivam em terras homologadas ou não, em áreas de retomadas e em contexto urbano) no grupo prioritário do Plano Nacional de Vacinação tem gerado diversos problemas. Dentre eles, podem ser mencionados o deslocamento de pessoas que estão nos centros urbanos para seus territórios e a ausência de vacinação para diversos indígenas aldeados que se encontram provisoriamente em residência urbana por motivos de estudos e trabalho.

A inexistência de um plano claro de comunicação e de ações institucionais de combate a disseminação de *fake News* nas aldeias²³ relacionadas às vacinas é outro ponto que deve ser destacado. Cabe nesse item esclarecer que a elaboração e veiculação de projetos de comunicação relacionadas à vacinação, direcionadas para a população geral e para os povos indígenas, é estratégia já consagrada na Saúde Pública para que seja possível a ampliação da cobertura vacinal, como pode ser observado nas campanhas de H1N1 em 2009²⁴ e febre amarela em 2018²⁵, entre outros.

Outro ponto a ser destacado é a recente Resolução no.04 da FUNAI, de 24 de janeiro de 2021²⁶, que estabelece critérios complementares à autodeclaração para caracterizar um indivíduo como indígena, tem forte potencial de gerar barreiras de acesso à vacina.

1.3. Transparência de dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI)

Na decisão de 18 de dezembro de 2020, vossa excelência determinou “3 – Disponibilização pela União de todos os dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), até 08.01.2021...”. As opções indicadas na referida decisão foram as seguintes: “5. Determino, adicionalmente, a disponibilização ao Juízo e a seus assistentes técnicos de todos os dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), até 08.01.2021, alternativamente: (i) por meio de acesso *on line*, com senha, ou (ii) via *open data*, a critério da União”.

²³ <https://amazoniareal.com.br/caos-na-pandemia-indigenas-viram-alvo-de-fake-news-antivacina/>

²⁴ http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_vacinacao_influenza.pdf

²⁵ <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/18/Guia-febre-amarela-2018.pdf>

²⁶ <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-4-de-22-de-janeiro-de-2021-300748949>

Em resposta, como anexo ao 4º. Plano, é apresentado o despacho de 6 de janeiro de 2021, da SESAI/Ministério da Saúde, informando que arquivos com dados do SIASI foram disponibilizados via FTP, cabendo a servidor do STF entrar em contato com SESAI com vistas à obtenção de senha. Há um outro documento, intitulado “Acesso ao banco de dados do SIASI via FTP”, que indica os procedimentos para acesso.

Um primeiro ponto a ser enfatizado é que, até a presente data (12 de fevereiro de 2021), o grupo de consultores não tem como se pronunciar acerca dos arquivos disponibilizados, uma vez que não teve acesso ao material. Diante desse quadro, a seguir são feitas **considerações relacionadas à forma como o material do SIASI foi disponibilizado** e ao fato de que **não foi atendida a exigência de disponibilização “de todos os dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI)”**.

Ao contrário do indicado na decisão de 18 de dezembro de 2020, foram disponibilizados unicamente os dados do ano de 2020. Além disso, o despacho da SESAI/Ministério da Saúde de 6 de janeiro de 2021 sugere que os dados disponibilizados podem apresentar problemas, uma vez que “...passam por processo de qualificação, o que não foi realizado para atendimento à presente determinação”. Chama atenção que, além de **limitados no sentido temporal, não é apresentada explicação acerca do que seria a qualificação dos dados, tampouco no tocante aos impactos sobre a qualidade dos dados enviados ao STF.**

Ressalte-se que, para fins de uma análise consistente dos impactos da pandemia na população indígena, é fundamental se ter uma **série histórica dos dados de saúde**, o que permitirá, entre outras questões, a comparação de indicadores de saúde ao longo do tempo (incluindo excesso de mortalidade em 2020 em relação a anos anteriores e posteriores, assim como co-morbidades, condições de saneamento, entre outras). Portanto, **os dados disponibilizados, referentes a um único ano, são marcadamente insuficientes para se delinear uma análise robusta da trajetória e dos impactos da pandemia na população indígena.** Enfatiza-se que há a absoluta necessidade de uma série de dados ao longo do tempo (ou seja, anos), cabendo a disponibilização da base do SIASI na íntegra.

Na avaliação dos consultores, **a opção de disponibilização de dados “por meio de acesso *on line*, com senha”, conforme indicada na decisão de 18 de dezembro de 2020, é aquela que deveria ser seguida.** O Ministério da Saúde tem historicamente

investido na disponibilização de dados na área da saúde através de sistemas específicos (entre os quais o SIM, SINAM, SINASC, dentre muitos outros), tendo tornado o Brasil uma referência internacional no campo da informação em saúde. **Diante desse quadro, chama a atenção, no sentido de um retrocesso, a disponibilização dos dados acerca da saúde dos povos indígenas através de planilhas eletrônicas.** Trata-se de uma abordagem de disponibilização de dados precária e insuficiente, ainda mais considerando que é sabido que houve um substancial investimento, técnico-científico e financeiro inclusive, no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Vale mencionar que o SIASI já foi um sistema com acesso disponibilizado para a comunidade acadêmico-científica.

Sobre a importância do SIASI no despacho da SESAI/ Ministério da Saúde de 6 de janeiro de 2021, é mencionado que os dados desse sistema de informação não representam “o total da população indígena nacional, além de não possuir fins censitários...”. Cabe indicar que o entendimento dos consultores é de que **os dados do SIASI constituem a única fonte para construção dos denominadores para fins dos indicadores que podem ser derivados da atuação das equipes de saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).** Nesse sentido, pode ser afirmado que, em princípio, permitem o dimensionamento de montantes populacionais que são alvo das ações de atenção à saúde por parte da SESAI. São dados, portanto, cruciais para avaliação do desempenho das ações de saúde direcionadas aos povos indígenas, reconhecendo-se que, em princípio, se referem aos territórios dos DSEI, em terras homologadas e não homologadas.

No despacho de 6 de janeiro de 2021, da SESAI/Ministério da Saúde, há a menção a dificuldades relativas à “desidentificação” para disponibilização dos dados do SIASI, o que se refletiria na apresentação somente dos dados para 2020. Em manifestações anteriores dos consultores, foi indicada a importância da apresentação de um “dicionário de variáveis”, o que deve incluir a explicação dos critérios de desidentificação. Na documentação há menção à questão de que “... são realizadas mais etapas para garantir a total desvinculação dos dados, sendo necessário mais tempo”. **Nota-se que há uma sinalização no sentido de postergação da apresentação dos dados solicitados, sem um horizonte de tempo definido.**

No despacho de 6 de janeiro de 2021, da SESAI/Ministério da Saúde, mencionam-se também questões relativas à Lei de Acesso à Informação, indicando-se que o SIASI apresenta “informações pessoais... incluindo o registro nominal”. A avaliação dos consultores é de que **não há, para fins da intenção de disponibilização pública dos dados, a necessidade de dados como o registro nominal, o que também não é disponibilizado em outros sistemas de informação na área da saúde.** Análises que eventualmente requeiram tão informação, para fins do chamado “linkage” de bases de dados, apresentam um trâmite próprio, envolvendo inclusive aprovação no âmbito do sistema CEP/CONEP.

Diante do exposto acima, os consultores avaliam que: (1) pelo exposto na documentação analisada, o que não envolveu o acesso aos arquivos CSV enviados, não houve atendimento por parte da SESAI/ Ministério da Saúde quanto à disponibilização dos dados do SIASI, segundo requerido pelo STF; (2) do ponto de vista técnico-científico, as informações providas são temporalmente limitadas e insuficientes para as análises sobre os impactos da pandemia de COVID-19; (3) precisariam ter sido indicados quais são os critérios de “desidentificação” a serem implementados, apresentando-se o devido detalhamento técnico-científico, cabendo seguir e indicar critérios utilizados em outros sistemas de informação e/ou bases com dados realizados a partir de levantamento governamentais (tanto do Ministério da Saúde como bases disponibilizadas por órgão como o IBGE, entre outras agências); (4) diante dos argumentos apresentados, seria recomendável a opção de disponibilização dos dados “por meio de acesso *on line*, com senha”, uma vez que, em princípio, poderiam ser incluídos filtros da “desidentificação”, o que não é possível através de dados em arquivos CSV. Ressaltamos que o acesso a tais informações é fundamental para monitoramento da implementação do Plano da União e análise dos impactos da pandemia em povos indígenas.

2. Comentários acerca dos Eixos (usaremos a mesma numeração do 4º. Plano da União, e não comentaremos todos os itens)

2.1.1. Promoção da saúde e prevenção da Covid-19 nos Territórios

2.1.1.1 Suporte ao isolamento e/ou distanciamento social

Garantir suporte ao isolamento e distanciamento social é necessário em todo território nacional, nas TIs e nas aldeias não demarcadas. O plano apresentado se refere

apenas a “209.312 famílias indígenas distribuídas em mais de 740 Tis” conforme “último levantamento realizado junto às CR” (Anexo 13684590 – p. 31). As ações centrais neste aspecto deveriam ser (i) construção/manutenção de edificações tradicionais para serem utilizadas como espaço de isolamento social e ponto de apoio em todas as aldeias em todos os Estados e (ii) aquisição de kit para equipar edificação de isolamento composto por colchonete, lençol, fronha, cobertor, edredom. No painel I (Anexo 13684590 – p. 37) estão citadas algumas ações deste tipo realizadas, por exemplo, nos estados de SC, MT, BA e PR.

Ainda existem alguns dados discordantes, como o Quadro 1 da página 30 e o Painel III, com cálculos de quantitativos de abrigos e custos bastante diferentes, sendo que nos parece que os dados corretos são do Painel III. No Quadro I existe a previsão de construir 300 abrigos móveis de madeira para 300 famílias com custo por unidade de R\$8.333,33, e outra demanda de provisão de 1.200 abrigos para 100 famílias, com custo total de R\$ 2.500.000,00. Ao que tudo indica essas infraestruturas denominadas “abrigos móveis”, assim como as “reformas” citadas, são individuais para as famílias especificadas no plano, as quais são importantes, mas não resolvem a necessidade de construção de edificações tradicionais pra serem utilizadas (coletivamente) como espaço de isolamento social. Continua sem explicação porque somente os estados de Rondônia, Mato Grosso, Paraná e Santa Catarina foram contemplados para essas ações, sendo que estas demandas existem em comunidades de outros estados, citando-se como por exemplo o caso do RS no qual o painel IV das cestas básicas entregues (Anexo 13684590 – p. 110) indica a existência de 69 aldeias em áreas “reivindicadas” ou em estudo, as quais são a situação mais precária de todas e que necessitam os abrigos móveis para isolamento.

2.1.1.2 Ações de segurança alimentar

Reiteramos mais uma vez que constam no 4º. Plano principalmente informações sobre ações já realizadas. Os Quadros 2 e 5, parte do Quadro 6 e os Painéis IV e V, correspondem a ações já realizadas. Vale assinalar que o Quadro 3 e os Painéis VI e VII são em termos gerais redundantes, reproduzindo o mesmo conjunto de informações com maior ou menor detalhe.

A descrição das ações de segurança alimentar mantém, em termos gerais, os problemas anteriormente apontados. Não há avanço nas descrições das atividades previstas, mas alterações mínimas e superficiais no texto. A seguir mencionaremos, mais

uma vez, alguns dos problemas, que já foram colocados anteriormente por este grupo de especialistas:

- 1) Total de famílias existentes e a serem atendidas: O documento **ainda não permite o cálculo da cobertura das ações de distribuição de cestas básicas**, isto é, o cálculo da proporção de famílias contempladas. Segue, em sua quarta versão, apresentando somente números absolutos, o que é inadequado. Mesmo após reiteradas solicitações para que fosse informado no documento o total de famílias existentes (segundo pólo-base, terra indígena, etnia) e o número de famílias a serem contempladas (o que possibilitaria conhecer a proporção de famílias a serem contempladas), o documento somente apresenta “total de famílias”, sem maiores detalhes. Continua, reiteramos, **sendo impossível calcular a cobertura prevista pelas ações**. Apresenta-se, no Quadro 3, como meta, atingir 209.312 famílias Indígenas. São elas todas as famílias existentes ou somente as consideradas vulneráveis?
- 2) Além disso, o documento assinala em **diferentes seções distintos critérios de seleção das famílias a serem contempladas**, a depender do órgão responsável. Chega a apontar que todas as famílias foram consideradas vulneráveis. Quando são apresentados critérios, isto é feito somente em termos vagos, o que não possibilita qualquer avaliação.
- 3) Na página 66, menciona-se que “a ação futura de entrega de cestas básicas, que face o volume de dados e a **ausência de um sistema atualizado com número exato de famílias por terra indígena**, estabeleceu-se como parâmetro de cálculo as informações levantadas pelas Coordenações Regionais, contidas nos Planos de Trabalhos encaminhados à sede da Funai”. Ora, os dados sobre as famílias constituem informação e elemento básico do trabalho cotidiano dos agentes indígenas de saúde e dos agentes indígenas de saneamento, e de qualquer ação em saúde. Em outras palavras, alegar a inexistência destas informações é no mínimo insustentável.
- 4) No que se refere à composição das cestas básicas, a União apresenta diversas justificativas para que as cestas seguissem com uma composição a nosso ver inadequada tanto do ponto de vista nutricional como cultural. Assinalamos, assim, que **a atual composição das diversas cestas que constam no documento é inadequada**. Na prática, a composição das cestas é essencialmente similar àquela

da alimentação de não indígenas (como por exemplo a cesta padrão da CONAB), com predomínio de fontes de carboidratos.

- 5) Causa estranheza que, estando no mês de fevereiro, o documento ainda afirme que **a distribuição mensal de cestas em 2021**, que deveria se iniciar em janeiro, **dependerá de recursos ainda não disponíveis**. Em se tratando de tema que afeta as famílias vulneráveis a cada dia – a insegurança alimentar -, isto é injustificável.
- 6) O Plano menciona o investimento em atividades produtivas, apresentando mais uma vez somente gastos previstos e um detalhamento insuficiente das ações. Qualquer forma de avaliação e mesmo de entendimento do que se encontra previsto é inviável no formato apresentado.

2.1.1.4 Ações em saneamento para acesso à água potável aos indígenas atendidos pelo SASISUS

Identificamos um aprimoramento em relação a versão anterior do Plano, particularmente quanto às atribuições da Sesai nas ações de saneamento. Mas a **proposição apresentada não parece condizente com os 10 meses de pandemia, pois não pontua prioridades ou urgência na sua finalização**. O planejamento trabalha com a totalidade de demandas, e apesar de apontar critérios, não define as ações e regiões prioritárias para o contexto da pandemia. Particularmente nos preocupa que não seja apresentada **quaisquer informações sobre início dessas ações em 2020**, considerando que tanto a lei 14.021/2020 quanto no âmbito da própria ADPF709 tem pautado o acesso a água potável como medida urgente para garantir o isolamento social das comunidades e a realização das medidas de higienização.

Com relação **ao orçamento para as ações, são apresentadas claras limitações como a necessidade de “autorização judicial específica” (p.169) e de “um aporte extraordinário de recursos” (p. 173)**, que parece comprometer a imediata adoção das medidas. Entretanto, consideramos impreciso e incorreto que esse aporte se deva a ADPF 709, conforme afirmado pela União (p.173²⁷). Observa-se pelo total de demandas de

²⁷ “considerando as necessidades de implantação e ampliação de sistemas de abastecimento de água em comparação com o orçamento atual, para o cumprimento do determinado nos autos da ADPF nº 709, será necessário um aporte extraordinário de recursos”.

saneamento que existe ao longo dos últimos anos um subfinanciamento e pouco avanço das ações de saneamento.

Situação atual

Passados 20 anos de Subsistema, a pandemia evidenciou o problema da falta de acesso ao saneamento básico da população indígena, questão fundamental para melhoria das condições de vida e situação de saúde. Ressalta-se que a mortalidade infantil indígena ainda é fortemente associada a doenças infecciosas e parasitárias, além de decorrente da alta prevalência de desnutrição crônica e de outros agravos nutricionais (Coimbra et al. 2013; Marinho et al, 2019; Santos et al. 2020)²⁸. No contexto da pandemia, o acesso ao saneamento, e particularmente a água potável, está relacionado com a segurança alimentar necessária ao isolamento social e a implementação das medidas preventivas contra COVID-19.

Entretanto, para o pleno entendimento do diagnóstico da situação atual de saneamento básico, **são necessários outros dados**, tais como, o quantitativo total de aldeias atendidas pelo SASISUS; as que dispõem de Sistema de Abastecimento de Água (SAA); a situação de funcionamento ou manutenção desses sistemas; e as que não foram contempladas. Dessa forma, a informação apresentada de “1.507 aldeias em terras indígenas homologadas não possuem sistema de água” precisa ser dimensionado no total de aldeias. Além disso, seria importante resumir, ao longo dos anos, qual capacidade de suprimento das demandas tem sido possível, pois há indícios de que existe uma grande demanda reprimida na implementação desses sistemas. **Também não está claro se existem quaisquer informações sobre a situação de saneamento (e acesso a água potável) das 261 terras indígenas não homologadas (p.175).**

Com relação aos critérios para priorização das ações de saneamento, no 4^a. Plano encontramos as variáveis consideradas (Plano Distrital, Realidade local; Dados Epidemiológicos e População atendida) (pg.168 e p. 176), **mas não se indicam quais os critérios para essas variáveis no estabelecimento da priorização das ações no contexto da pandemia.** Por exemplo, quais dados epidemiológicos serão considerados?

²⁸ Ver, respectivamente, <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-52>; https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672019000100057&lng=pt&nrm=iso; <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352827319303180>

Está sendo considerado priorizar comunidades com elevado número de casos e óbitos por COVID-19? Na variável populacional, será levada em consideração a densidade populacional, importante para sugerir maior risco de transmissão? Haverá alguma prioridade para as medidas alternativas em terras indígenas não homologadas? Como se definirão quais terras indígenas homologadas receberão sistemas permanentes e quais medidas alternativas?

Não consta no Plano o **monitoramento das ações de manutenção dos SAA** nas aldeias, um dos problemas importantes de saneamento nas aldeias que já dispõem de sistemas. Vale dizer que, por problemas de manutenção, muitas aldeias ficam sem abastecimento por longos períodos. Portanto, também para aldeias com SAA, mas que estejam inutilizadas, precisa-se prever as medidas alternativas até a retomada do sistema. Por isso, tem que se mapear quais aldeias que tem SAA, mas que devido a quaisquer problemas e falta de manutenção, podem não estar em funcionamento e por isso vão necessitar também de fornecimento alternativo de água.

Com a apresentação do conjunto total de demandas, e claramente diante das limitações orçamentárias, **esperávamos um indicativo de quais serão as prioridades do planejamento, inclusive considerando as complexidades e limitações identificadas** (p.168). Particularmente também nos preocupa:

- Os **prazos indicados** para execução das ações nos parecem **tardios** (74 dias para medidas alternativas e até 185 dias para definitivas em terras homologadas, e de 105 dias e 215 dias, respectivamente, para terras não homologadas);
- **Não haver garantia de contratação emergencial** diante da pandemia e a necessidade de “autorização judicial específica” (p.169);
- **Falta de recursos orçamentários suficientes** para plena implementação do planejamento apresentado. O total estimado é de R\$114.197.376,56, e segundo a União o recurso para 2021 é de R\$30.000.000,00 (p.173-174) para as ações em terras homologadas.
- As medidas alternativas em terras não homologadas são estimadas em R\$16.571.929,11, e definitivas em R\$ 256.967.658,20, **mas não existe qualquer informação sobre a previsão orçamentária para essas ações.**

Planejamento de medidas alternativas de acesso à água

Sugerimos que, além das medidas alternativas apresentadas no plano²⁹, sejam **considerar outras alternativas**, como o armazenamento e tratamento de água de chuva, que podem atender a população no fornecimento de água à população, sobretudo em períodos de pandemia. **Poderiam ser feitas parcerias com universidades, centros tecnológicos e de pesquisas, e organizações não governamentais, para formulação de alternativas adequadas e viáveis para os contextos indígenas, que devem ser discutidas em conjunto com o controle social indígena.** Ressaltamos ser fundamental que o planejamento e execução das ações de saneamento devam ser feitas com participação indígena vista que algumas alternativas podem não ser culturalmente adequadas.

Sugerimos que as contratações de fornecimento de água potável por transporte de caminhão pipa em aldeias com acesso terrestre, em terras homologadas e não homologadas, devem ser em caráter emergencial, de acordo também com situação epidemiológica na pandemia.

Além da previsão de **contratação dos AISAN, deve-se prever o planejamento para sua capacitação** para que possam realizar adequadamente a aferição do teor de cloro residual (faixa compreendida entre 0,5 e 2,0 ppm), através de comparador colorimétrico, na água do caminhão pipa, entre outras ações. Lembramos que as orientações de uso de hipoclorito podem ser de responsabilidade de toda a equipe.

Considerando a relevância do melhor monitoramento da qualidade da água, retomamos a recomendação da nota técnica anterior de que **os DSEIs estabeleçam cooperações com o Estado e Universidade para realizarem as ações mínimas previstas na legislação.** Ressaltamos mais uma vez que deve ser levado em consideração que os DSEIs não possuem laboratório nem pessoal qualificado para realização de análises fundamentais para esse controle.

2.1.1.6 Ações de comunicação em saúde com orientações sobre medidas para minimizar os riscos de transmissão da COVID-19

²⁹ “fornecimento de água potável por transporte de caminhão pipa em aldeias com acesso terrestre; priorização de execução de obras de SSAA nas aldeias de difícil acesso onde não é possível a chegada de caminhão pipa; fornecimento de hipoclorito de sódio 2,5%, filtros de barro e demais insumos necessários para tratamento da água nas aldeias com acesso fluvial e aéreo; contratação de Agente Indígena de Saneamento (AISAN) para apoiar e fortalecer o correto uso da água, realizar pequenos reparos no sistema existente e monitorar a qualidade da água disponível na aldeia” (p.168-9).

Reiteramos que não houve **aprimoramento nesse planejamento**. E, considerando o início da campanha de vacinação, particularmente nos preocupa as limitações em construir metodologias, parcerias e propostas de educação em saúde adequadas ao contexto indígena diante da pandemia. Também cabe destacar que, diante do cenário de avanço da pandemia, atingindo uma segunda onda em várias comunidades, **as ações de comunicação em saúde parecem não ter garantida sua continuidade e renovação na produção de materiais**.

Ademais, deve-se com urgência **prever as ações de comunicação voltadas a campanha de vacinação contra COVID-19**, particularmente diante da ampla disseminação de notícias falsas (*fake News*) em comunidades indígenas.

2.1.3 Participação social e controle social

Apesar dos avanços apontados nesse eixo, gostaríamos de destacar alguns pontos relevantes quanto à divulgação de informação com qualidade e de forma organizada e ao risco de haver um retrocesso nas políticas de participação social em saúde, principalmente, na redução da ampla participação dos movimentos indígenas, instituições de ensino e de pesquisa e de organizações da sociedade civil. Faltou incluir o anexo H no plano.

Quanto à disponibilização das informações sobre as ações dos Comitês de Crise instituídos em cada DSEI, conforme apresentado nas páginas 175 e 184, destacamos a **inadequação da forma como estas informações aparecem disponibilizadas**. Apesar de estarem disponíveis no site da SESAI, nota-se a falta de uma organização da informação atenta à estrutura de cada DSEI. Ao contrário, o que se vê no site é a disponibilização de links para matérias que se encontram dispostas em uma sequência cuja lógica temporal de produção da informação parece ser a metodologia que orienta a disponibilização do conteúdo, o que não facilita a visualização dos relatórios das ações realizadas em cada DSEI. Isso dificulta o acesso a informações específicas por DSEI. **Sugerimos que a disponibilização dos relatórios das ações dos Comitês de Crise seja organizada por DSEI** e que cópias sejam enviadas para os seus respectivos CONDISI.

Quanto ao “fortalecimento do controle social”, o 4º. Plano reconhece a importância dos órgãos colegiados (CLSI, CONDISI e FPCONDISI), conforme páginas 176 e 185. Entretanto, **afirmamos que a Portaria nº 3.021, de 4 de novembro de 2020,**

referida nas páginas 176 e 185, **representa um retrocesso na política de participação social**, pois impõe uma série de novidades que não foram debatidas com os povos indígenas, nem sequer com os Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena, que serão diretamente afetados na sua composição e no seu quantitativo de membros em cada órgão colegiado (CLSI e CONDISI).

Dentre o principal ponto de retrocesso, destaca-se a **exclusão da participação dos movimentos indígenas, de instituições de ensino e de pesquisa e das organizações da sociedade civil dentro do CONDISI**. Desde a Resolução N° 453 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de maio de 2012³⁰, ressalta-se a importância da participação de representantes dos movimentos e entidades indígenas, da sociedade civil organizada, das instituições de ensino e de pesquisa, ambientalistas dentre outros segmentos nos órgãos de controle social, inclusive, na saúde indígena. A revisão da estrutura do controle social indígena, implementado pela portaria, não resultou de um processo de consulta aos povos indígenas em conformidade com a Convenção 169 da OIT.

Alguns outros aspectos da Portaria n° 3.021, de 4 de novembro de 2020, que apontam uma restrição do controle social são a limitação de reuniões ordinárias, aquém do preconizado pelo Conselho Nacional de Saúde (Resolução 453), e a revisão das suas atribuições. Todas essas alterações terão sérios impactos na atuação do controle social indígena, órgão de participação social fundamental para o planejamento, a execução e o monitoramento das ações em saúde, conforme previsto no Plano (p. 261).

Até o momento não foi apresentada a reedição da portaria que cria os Comitês de Crise Central e Distritais de enfrentamento da COVID-19 (Portaria Sesai no. 36 de 1º. De Abril de 2020) para ampliar da participação indígena e de seus parceiros, apesar de constar no plano com atividade já implementada (p. 187-188).

2.1.4 Promoção das interações intergestores e intersetoriais

O documento se mantém praticamente igual da versão anterior ressaltamos alguns detalhes que já havíamos mencionado:

a) Os prazos das ações estão tardios para a gravidade e urgência da pandemia. Por exemplo, estipula-se para 15/02/2021 a reunião para estabelecimento de articulação com estados e municípios para as ações de vigilância; prazo para 28/02/2021 para fluxo de

³⁰ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html

informações da CASAI para as famílias e comunidades acerca do estado de saúde dos pacientes na rede de referência;

b) Ainda inexistem qualquer prazo e proposta concreta para a garantia da “qualificação da atenção diferenciada nos estabelecimentos de saúde de referência para atenção especializada”.

c) Não existem quaisquer informações sobre o monitoramento da meta garantia do acesso em 100% dos Polos Base aos sistemas de regulação municipais e estaduais, previsto para 10/12/2020;

Por fim um questionamento maior fica quanto a seguinte afirmação: “Ressalta-se que, no que tange o acesso aos serviços da atenção especializada, a regulação dos estabelecimentos de saúde municipais e estaduais segue critérios próprios, que não incluem raça/cor” (p. 190). Portanto, afirma-se **que não existem quaisquer negociações para garantia da priorização e agilidade dos indígenas no acesso a serviços especializados.**

2.1.5 Reorganização e qualificação do trabalho da equipe e biossegurança

O 4º. Plano continua **não apresentando as informações necessárias para entendimento das estimativas apresentadas**, programação das compras e distribuição de insumo de modo a garantir as condições adequadas para execução das rotinas de trabalho das equipes. A generalidade dos termos, metas, prazos, atividades e orçamento não permitem analisar a capacidade instalada e a adequação de tal planejamento.

Importante ressaltar **a inclusão da meta de fornecer Equipamentos de Proteção Individual para as barreiras de contenção organizadas pelos indígenas**, mas sem quaisquer estimativas de números de barreiras, pessoas envolvidas ou locais, será impossível monitorar tal ação. Também nos preocupa que na versão anterior havia a previsão de R\$20 milhões para a meta de compra de Equipamentos de Proteção Individual, insumos e testes, e na 4º. Plano, encontramos um ajuste para R\$ 22.266.896,61, sendo que na verdade a maior parte do mesmo foi executado em 2020 (R\$ 14.844.598,00), o orçamento para 2021 está estipulado para até junho, em R\$ 7.422.299,00.

Também **não encontramos quaisquer detalhamentos sobre a realização e monitoramento das atividades de educação** em serviços dos AIS e AISAN ou dos

cursos de EAD dos profissionais do SASI-SUS, com prazo inicial de 23/12/2020. Sem quaisquer detalhamentos não é possível monitorar tal meta, fundamental para a garantia da qualidade da vigilância e assistência. Ressalta-se **a necessidade, na conjuntura atual, de inclusão da capacitação dos trabalhadores na campanha de vacinação contra a COVID-19.**

Nos chama atenção que **a atualização do “Protocolo sanitário para entrada em territórios indígenas” com Povos isolados e de Recente Contato, consta com exigência de “homologação do Plano pelo STF”**, assim como a abertura de processo seletivo para contratação de Equipes Multidisciplinares de Saúde indígena (EMSI) para manter a cobertura assistencial. É tardio o prazo de 15/02/2021 para elaborar plano para a necessária “readequação das rotinas e fluxos de atendimentos para isolamento de casos suspeitos/confirmados nas CASAI”.

Não consta quaisquer informações atualizadas sobre a garantia da realização de teste de RT-PCR dos trabalhadores antes do ingresso em terra indígena, a única atividade prevista para tal está a articulação com comitês de Crise da COVID-19 estaduais e municipais, com prazo inicial de 23/12/2020, mas sem quaisquer detalhamentos ou necessidades orçamentarias e logísticas.

Com relação à ampliação da força de trabalho, **como não houve atualização, não fica claro se a possibilidade de contratação de 3 Equipes de Resposta Rápida por DSEI se mantém em 2021**, a leitura do documento nos faz entender que as atividades das mesmas se encerraram visto indicar “relatório de avaliação das ações realizadas pelas ERR” (p. 199). Considerando que estamos em pleno aumento de casos, e sem uma previsão de controle da pandemia, **tal contratação deveria perdurar enquanto perdurar o estado de transmissão comunitária da COVID-19.**

Por fim, desde o início da pandemia foi colocada a necessidade de ampliar os meios de **acesso de telemedicina e educação a distância, entretanto, ainda na 4º. Plano não existem quaisquer detalhamentos sobre essa meta.** Ainda se propõe elaborar projetos para tal, não existe qualquer previsão orçamentária e o prazo intermediário é tardio (28/02/2021). Considerando que o acesso a telemedicina e educação a distância dependem do **acesso aos serviços de internet, nos causa estranhamento a retirada da meta existente no 3. Plano** de ampliação de serviços de internet, previsto anteriormente, com previsão de TED com o MCTI e previsão orçamentária definida.

2.1.6 Vigilância e informação em saúde

Apesar do 4º. Plano afirmar a atualização constante de protocolos, ressaltamos que **as** recomendações mais recentes da SASAI, que consistem no Informe Técnico nº 7 (Anexo A), são de 10/08/2020. Portanto, **não há atualizações técnicas desde o início de agosto**, sendo que indicamos em notas técnicas anteriores algumas limitações nos critérios operacionais propostos no referido Informe Técnico. Nos parece particularmente grave que a orientação com relação aos três cenários epidemiológicos nos DSEI ainda não foi atualizada. **No momento atual, podemos afirmar que todos os municípios dos 34 DSEI estão comprovadamente com transmissão comunitária da COVID-19.**

Desde a primeira nota técnica, o grupo de especialistas tem solicitado ajustes referentes ao uso de teste molecular RT-PCR. Acerca desse ponto, a versão atualizada do Plano soluciona alguns problemas existentes na versão anterior, como, por exemplo, considerar todos os “casos suspeitos de COVID-19” ao invés de “sintomáticos leves e moderados”, além de manter a recomendação explícita de teste RT-PCR como prioritário. Mas esses ajustes devem ser feitos na atualização do Informe técnico no. 07 da Sesai, e em nota técnica referente a testagem.

Nesse sentido, **Nota Técnica no. 21, de 04 de janeiro de 2021, que atualiza a nota técnica no.11 de abril de 2020, não considera o conjunto de testes disponíveis.** Ao focar exclusivamente no teste rápido sorológico e ressaltar que “resultados negativos não excluem a infecção de SARS-CoV2 e resultados positivos não podem ser usados de evidência absoluta de SARS-CoV-2”, **não determina claramente quais as recomendações de conduta para as equipes diante da sensibilidade desses testes aquém da desejável.** O que fazer até o 8º. dia, enquanto não é recomendada a aplicação do teste rápido de anticorpos? Como proceder em caso de teste positivo ou negativo? E, ao não abordar os testes alternativos mais confiáveis, como o teste rápido de antígeno, que temos recomendado, compromete a vigilância e coloca em risco a população e profissionais, por não ter um adequado diagnóstico. Ademais, a nota apresenta critérios pouco sensíveis de caso suspeito, conforme já discutimos anteriormente em outras notas técnicas dos especialistas³¹.

³¹ Como temos afirmado anteriormente, os testes rápidos sorológicos, recomendados pela SESAI para testagem nas aldeias, não devem ser usados para rastreamento de casos e seus contatos em decorrência da acurácia insuficiente e do longo tempo necessário para o desenvolvimento de anticorpos contra o SARS-

Apesar de, pela primeira vez, o 4º. Plano propor uma **proposta operacional** para garantir acesso a **testes de RT-PCR** para os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, o **documento apresenta diversas limitações para realização dos mesmos**, principalmente quanto à logística para coleta, transporte de amostras, e retorno dos resultados (p. 203). Afirma-se que **ainda realizarão levantamento por parte do DSEI para análise da viabilidade do uso do RT-PCR, sem prazo de conclusão**. Preocupamos que, passados 11 meses da pandemia, até o momento não se tenha um diagnóstico claro, para os 34 Distritos Sanitários, sobre as condições para garantir o diagnóstico molecular de RT-PCR e as alternativas mais confiáveis, como testes de antígenos.

Deste modo, algumas questões permanecem: quais são os testes laboratoriais indicados alternativamente (e suas limitações) em locais onde não é viável realizar teste RT-PCR? Em quais Distritos é possível garantir o RT-PCR (como regiões Sul, Sudeste e Nordeste, por exemplo)? Por que ainda não está indicada a recomendação de uso dos testes rápido de antígenos como alternativa para os locais em que não é possível o RT-PCR? Por que ainda se mantém como única estratégia diagnóstica disponível o teste rápido de anticorpos?

A falta dessas recomendações claras prejudica o trabalho das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígenas, que ficam sem orientações sobre como proceder com as medidas não farmacológicas, em especial o isolamento de sintomáticos compatíveis com Síndrome Gripal ou Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), onde não há viabilidade para confirmação laboratorial por teste RT-PCR ou outra técnica laboratorial. Outras questões não mencionadas são: até quando manter o isolamento e em que situações ele deve ser interrompido naqueles que foram testados com RT-PCR (ou mesmo com o teste rápido de anticorpos)? O rastreamento de contatos não pode se limitar aos contatos de casos confirmados laboratorialmente, já a identificação precoce de casos suspeitos configura-se como uma questão central na contenção da pandemia, e a confirmação laboratorial se constitui em um dos maiores desafios.

Ressaltamos que o Informe Técnico no. 07 está desatualizado em todos esses critérios, e inclusive em relação às recomendações do próprio 4º. Plano. Essas

CoV2 (por volta do 7º dia de doença). Portanto, para esses rastreamentos, quando disponíveis, estão indicados os testes de detecção do vírus (RT-PCR) ou antígeno (teste rápido de antígeno). Caso os mesmos não estejam disponíveis, deve-se lançar mão dos critérios clínico, clínico-epidemiológico ou clínico-imagem para tomar decisões acerca da necessidade de adoção de medidas de isolamento, a fim de prevenir a disseminação do vírus nas comunidades.

atualizações são fundamentais para garantir que a contagem de casos de COVID-19 entre os indígenas não seja subestimada e que todos tenham acesso imediato e oportuno às medidas de contenção da pandemia, independentemente do acesso a diagnóstico laboratorial para confirmação laboratorial de caso de COVID-19.

Com relação à **proposta de operacionalização do RT-PCR, o 4º. Plano não diferencia testagem de usuários indígenas com testagem de trabalhadores de saúde indígena, de modo que não fica claro se a testagem com RT-PCR em parceria com a Fiocruz será disponibilizada apenas para profissionais do Subsistema ou se os usuários também terão acesso ao exame (p. 202)**. Ressaltamos alguns trechos que reforçam essa dúvida na compreensão de quem será testado na estratégia proposta:

- “Em termos de custos, para atendimento aos trabalhadores de saúde...”(p. 202);
- “O valor estimado do contrato é de R\$1.505.00,00/mês para atendimento a esta rotina de atendimento aos profissionais de saúde” (p.202)
- “Informa-se que, em locais onde a testagem por RT-PCR às EMSI estiver disponível, seja pelo município, estado ou pela FIOCRUZ, é vedada a entrada em territórios indígenas de profissionais das EMSI sem a testagem adequada para COVID-19...(p.202);
- “...Considerando a capilaridade da localização dos municípios para contemplar os trabalhadores de saúde, cabem algumas considerações.”(p.203)

Por outro lado, considerando que o “Protocolo Sanitário de Entrada em Territórios Indígenas”, de agosto de 2020, preconiza que todos os trabalhadores sejam testados com RT-PCR, **falta esclarecimentos de qual a conduta e orientação para os locais que não são áreas remotas**, onde as EMSI podem inclusive entrar e sair diariamente das aldeias? Não há recomendação nesse sentido. Como devem proceder as EMSI nesse contexto?

Consideramos que o mapeamento das dificuldades e limitações na implementação de cada tipo de teste é fundamental. Não obstante, **é preocupante que até o momento não haja esse diagnóstico e construção de orientações claras para cada DSEI**. Na grande maioria das aldeias do Sul, Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste, parece ser possível a utilização do RT-PCR. Os DSEI já conhecem sua realidade local e já poderiam ter indicado onde é possível estabelecer cada logística e fluxo.

O diagnóstico da necessidade de realização de RT-PCR por DSEI, e particularmente no contexto dos três cenários apresentados (p.204), é inconsistente com a busca de solução e garantia do acesso aos trabalhadores e indígenas do melhor diagnóstico. Os três cenários não contemplam a completude das informações necessárias para esse diagnóstico, pois faltam as informações referentes à logística de transporte das

amostras, a identificação da rede laboratorial de referência e o retorno do resultado do exame. Também não fica explicitada as responsabilidades da Sesai nesse processo que poderia envolver o fornecimento dos kits de coleta, treinamento dos trabalhadores para coleta do material e transporte das amostras dos usuários indígenas até os municípios de referência. Ademais, indicativos da possível “recusa dos estados e/ou municípios” ou “a ausência de resposta dos estados e/ou municípios” são contrárias as diretrizes da Lei 9.836/99 e da **Política Nacional de Saúde Indígena, nas quais está determinado que os estados e municípios devem atuar de forma complementar ao SASISUS na garantia da atenção integral aos povos indígenas.**

Frente à emergência sanitária em curso, a SESAI pode e deve articular junto à vigilância epidemiológica local os fluxos para as amostras, e fornecer kits e apoio no manejo, conservação e envio de amostras para os laboratórios. Alternativas técnicas e políticas para viabilizar o melhor procedimento técnico a fim de minimizar os riscos de disseminação da pandemia nos povos indígenas devem ser buscadas pela SESAI.

Neste contexto, **não há dúvidas de que o teste rápido de antígeno facilita a logística, sobretudo em áreas remotas**, sem prejuízo de qualidade. Reforçamos que, por conta das grandes distâncias em vários DSEI, a existência do teste rápido de antígenos passa a ser fundamental em áreas de mais difícil acesso. **Por isso, sua implementação deve ser imediata**, não fazendo sentido a afirmativa do quadro 13 na parte de atividades intermediárias “60 dias após disponibilização orçamentária” (p. 204). De fato, não há prazo estabelecido, porque não foi informado o prazo para disponibilização orçamentária. A recomendação do uso desses testes deve estar evidente nas notas e informes técnicos da Sesai, e sua implementação é urgente diante da gravidade da pandemia.

De todo modo, as ações de testagem não podem ser desvinculadas das ações de vigilância e adoção de medidas recomendadas de isolamento. Portanto, a inexistência de teste não deve resultar em descarte de casos por suspeita clínica ou clínico-epidemiológica e a não adoção de medidas de isolamento e acompanhamento dos casos e contatos.

O Quadro 13, que sintetiza as metas, atividades e entregas (p.206), apresenta algumas informações inconsistentes com o indicado anteriormente, como a menção a “estabelecimento de contrato de aquisição e distribuição para os 34 DSEI” de RT-PCR, sem indicar o mapeamento junto a estados e municípios.

Por fim, as ações com relação a transparência de dados e acesso público ao Sistema de Informações em Saúde Indígena (SIASI) no 4º. Plano encontram-se no Eixo Assistência, na página 221, de forma que não sabemos se é um conteúdo válido. De qualquer forma, apresentamos anteriormente nessa nota técnica (p.16-19) nossas considerações sobre esse tema. Conforme já mencionado nesta nota, o acesso às informações é fundamental para o monitoramento do Plano e análise dos impactos da COVID-19 em povos indígenas.

2.1.7 Assistência integral e diferenciada

Houve um significativo acréscimo de informações sobre assistência na 4ª. Versão, mas as mesmas continuam bastante vagas, particularmente os quadros de metas, prazos e orçamentos (que ainda mantêm repetição de conteúdo referente ao eixo anterior). **A recomendação já feita anteriormente, qual seja, de metas e dotação orçamentária específica para melhoria de estrutura física das unidades de atendimento, para implementação de novas UAPIs e manutenção das mesmas, para reforço nos serviços de transporte, entre outros aspectos fundamentais para a qualidade da assistência, continua não complementada no 4º. Plano.**

A tabela (sem número) da página 212, acerca dos quantitativos de trabalhadores das equipes multidisciplinares de saúde indígena por DSEI, é bastante imprecisa. Ao apresentar números absolutos de equipes, de polos bases, total de atendimentos e de número de trabalhadores a serem contratados, não é possível realizar quaisquer análises sobre as capacidades instalada do sistema, de sua resolutividade ou necessidades de contratações. A afirmação sobre os 11.576.552 atendimentos (p. 212) não expressa quantitativamente e nem qualitativamente a assistência prestada. Os cálculos de média de atendimento de todas as categorias profissionais de saúde por indígena e a média de equipe por usuário **não são indicadores válidos**. De forma que **consideramos que é inválida a afirmação de que “Diante disso, observa-se que o número de EMSI disponíveis no SASI-SUS é adequado para a cobertura de atenção primária nas Terras Indígenas” (p. 213)**. **Faltam maiores informações sobre as 707 novas contratações em 2020 (provavelmente a maioria temporária), quais categorias, para quais locais e por quais períodos.**

Ademais, não estão claras as **informações quanto a permanência e duração da contratação das Equipes de Resposta Rápida**, e não foi apresentado detalhamento sobre a previsão já feita para 2021 sobre **novas contratações e manutenção das Equipes de Resposta Rápida, e que foram pactuadas com Coordenadores e Presidentes de CONDISI**, e que, portanto, poderiam ser anexadas ao 4º. Plano (p. 213).

Além disso, não se apresentam quaisquer **detalhes sobre a atuação das “Equipes Volantes de Saúde” (p. 225), e que desde outubro de 2020 realizaram 5 ações**, com o custo de R\$872.314,59. Faltam esclarecimentos quanto às atribuições dessas equipes, em quais locais atuaram, por quanto tempo. Haverá renovação para 2021? Qual o planejamento detalhado? Em nota técnica anterior já havíamos manifestado nosso questionamento quanto a essa estratégia pois não existem quaisquer documentos que normatizem tais Equipes Volantes de Saúde pela Sesai. Ademais, essa denominação retoma estratégia da época da gestão da FUNAI na saúde indígena, anterior a criação do Subsistema de Saúde Indígena, em 1999. O modo de operação das Equipes Volantes de Saúde da FUNAI era bastante criticado no período pelos altos custos, baixa efetividade e medicalização dos indígenas, portanto, cabem esclarecimentos acerca das mesmas.

Faltam informações sobre qual o planejamento das ações das Equipes volantes com engenheiros civis e geólogos pois, se suas atribuições têm relação com as ações de saneamento e edificação, deveriam estar detalhadas e incorporadas nas ações apresentadas anteriormente no 4º. Plano (páginas 163 a 179). Ressalte-se que não consta naquela seção detalhamento acerca dessas contratações, e como estariam respondendo às demandas apresentadas para acesso a água potável permanente ou alternativos.

Também **não existem informações detalhadas sobre as ações no “âmbito dos DSEI em parceria com o Ministério da Defesa”**, com relação aos locais, períodos e resultados, considerando que já foi executado R\$ 11.965.853,00 em 2020 e com previsão de repasse ao Ministério da Defesa de R\$ 6.000.000,00. Seria fundamental compreender como as estratégias das Equipes Volantes de Saúde e Ministério da Defesa são planejadas, quais protocolos utilizam, seus resultados, pois inexistem documentos ou relatórios referentes a essas atividades.

Além disso, até o momento não foram apresentados dados precisos sobre as terras indígenas não homologadas e suas populações para a definição dos quantitativos de contratação para contemplar a extensão das ações dos Distritos. São necessários também dados detalhados quanto à definição de responsabilidade

de quais DSEI atenderão quais terras indígenas não homologadas, e como está sendo esse processo desde julho de 2020.

Consideramos **fundamental a estratégia de estruturação das Unidades de Atenção Primária Indígena (UAPI)** com vistas a aumentar a resolutividade dos atendimentos e reduzir as necessidades de remoções (p. 215), por isso, temos solicitado a garantia de insumos, contratações e logística para seu pleno funcionamento. Ainda **não foram apresentados os critérios para planejamento e distribuição de quantitativos de UAPI por Distrito.** Consideramos que o 4º. Plano avança em apresentar os critérios de condições mínimas para implantação das mesmas, mas não os critérios da necessidade mapeada por Distrito, considerando por exemplo perfil e densidade demográfica, perfil epidemiológico e indicadores da COVID-19, dispersão territorial das comunidades, entre outros. Ressaltamos a importância desses critérios pois temos observado que a cada nova versão do Plano da União, o número preconizado das UAPIs tem se alterado, nas 1ª. e 2ª. versão do Plano eram 54, na 3ª. Versão eram 208, e na 4ª. Versão encontramos o indicativo de 289 (p. 216) e 300 (p. 21). O Anexo apresentado confirma 289 UAPI, com 12 necessitando de adequação, e a necessidade de implantar mais 21, conforme apresentado no 4º. Plano (p. 216), mas o único prazo apresentado se refere a implantação de 25 novas UAPI para 28/01 (observa-se quantitativo diferente do indicado no corpo do documento). Reforçamos ser fundamental orçamento e cronograma ágil que garanta a implementação e manutenção das mesmas. Sabemos que as parcerias com sociedade civil têm sido estratégicas para a plena implantação, conforme afirmado no 4º. Plano (p. 218), mas não detalhado.

Com relação a inclusão dos indígenas no Programa Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, presente nesse eixo, destacamos nossos comentários e recomendações anteriormente nessa nota técnica (p. 8 a 15).

2.2 Medidas específicas voltadas ao atendimento e expansão dos serviços de saúde aos povos indígenas situados em terras indígenas não homologadas

O 4º. Plano pouco avança nos objetivos de apresentar o planejamento e operacionalização da garantia do acesso ao atendimento pelo Subsistema de

Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS) para os povos indígenas em terras não homologadas e com barreira de acesso ao SUS. Com relação **as populações em terras não homologadas**, o 3º. Plano (p. 108) indicava que se elaboraria:

- a) Estudo do impacto orçamentário da expansão das ações da atenção primária; para populações indígenas em terras não homologadas (3º. Plano, p. 108), até 25/11/2020;
- b) Planejamento das atividades a serem desenvolvidas pelas EMSI;
- c) Contratação de EMSII para atuação nas terras indígenas não homologadas;
- d) Disponibilização do orçamento para ampliação dos atendimentos nas terras indígenas não homologadas;

Entretanto, **não encontramos nenhuma dessas informações no 4º. Plano**. Ressaltamos que havíamos então indicado na nota técnica Fiocruz/Abrasco de 04 de dezembro de 2020:

“Infelizmente, passados 4 meses da decisão do excelentíssimo Ministro, **ainda não foi apresentado um diagnóstico claro sobre o quantitativo e localização das populações em áreas não homologadas, assim como das estimativas de contratação, insumos e estruturas necessários para garantir a efetividade dessa decisão**, em que pese que se refere que tal atividade estaria concluída em 25 de novembro (p.107 – 108). Também nos gera bastante estranhamento o fato de não haver qualquer previsão orçamentária no Quadro 15 para tal ampliação da cobertura territorial e populacional.” (p. 18)

Também diante da falta de dados acerca do quantitativo e distribuição das populações indígenas em terras não homologadas, dado essencial para qualquer planejamento dessas ações, havíamos retomado a nota técnica Fiocruz/Abrasco de 03 de novembro de 2020:

“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. (...) 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”. (Nota técnica Fiocruz Abrasco, 3 de novembro de 2020, p.8-9)

Dessa forma, é extremamente preocupante que o 4º. Plano da União não aprimora as informações sobre o eixo sobre “medidas específicas voltadas ao atendimento e expansão dos serviços de saúde aos povos indígenas situados em terras indígenas (TI) não homologadas”. Em relação a versão anterior, diversas etapas importantes previstas, são suprimidas. **Reforçamos a necessidade de um urgente diagnóstico do quantitativo e distribuição da população indígena em terra não homologada, planejamento com estimativas de contratação, infraestrutura, logística e insumos para garantir o atendimento dessa população. Nesse sentido, dados do IBGE e da FUNAI podem colaborar com esse diagnóstico, sendo que também recomendamos que tal processo seja discutido com lideranças e organizações indígenas e controle social indígena. Necessita-se também apresentar para cada terra indígena não homologada qual seu Distrito Sanitário Especial Indígena ou outro serviço de referência.**

Por outro lado, com relação a “promover acesso à **atenção primária aos indígenas com barreiras de acesso na rede municipal de saúde**”, o 3º. Plano referia a produção de “nota técnica sobre barreiras de acesso das populações indígenas”. No 4º. Plano se informa a realização, em 04 de janeiro de 2021, de reunião com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) para articulação com vistas a “garantir o acesso à atenção primária pela população indígena em contexto urbano”. Mas consideramos bastante preocupante a seguinte afirmação:

“definiu-se que **deve haver registro de relatos de barreiras de acesso** à atendimentos de atenção primária na rede municipal de saúde e acionamento do município identificado, com ciência do CONASEMS” (p. 226)

Diante do exposto no 4º. Plano, aproveitamos para discutir o Ofício Circular no.1 da Sesai de 05 de janeiro 2021 (Anexo X), referente ao **“Formulário de Barreira de Acesso à Atenção Primária”**, que referindo a medida limitar da ADPF 709 determina:

“Após reunião com o Conselho Nacional de Secretarias (CONASEMS), realizada no dia 04 de janeiro de 2021, junto à SESAI, definiu-se **que deve haver registro de relatos de barreira de acesso a atendimentos** de atenção primária na rede municipal de saúde. Assim, no caso de busca de indígena não aldeado por serviços de atenção primária junto ao DSEI, deve ser preenchido e assinado o Formulário de Barreira de Acesso (0018451079). **O DSEI deverá então enviar, via ofício, o respectivo formulário para o município identificado**, solicitando manifestação, com cópia para o CONASEMS(mauro@conasems.org.br) para ciência”.

Preliminarmente manifestamos alguns questionamentos quanto a perspectiva adotada, nos parece haver um retrocesso na decisão ao focar no “registro de relatos de barreira de acesso”, ao invés no processo de organização da expansão e oferta da assistência. Também consideramos complicado que, para esse diagnóstico de barreira:

- se delega aos usuários o ônus da comprovação da barreira, quando é responsabilidade dos gestores garantir a assistência, e, portanto, criar as estratégias para identificar essas barreiras, e as estratégias de consulta podem ser coletivas (como pelas organizações indígenas) e não somente individuais;
- tal processo implica que os usuários indígenas tenham que se deslocar a uma das 34 sedes de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), sendo que existem populações indígenas urbanas, segundo o IBGE, em mais de 4 mil municípios no país, dessa forma, esse processo estabelecido é também uma barreira para a maioria das populações indígenas urbanas;
- A necessidade de preencher e assinar um documento pode gerar constrangimentos aos indígenas, e não está clara qual a finalidade de tal formulário e qual uso será feito;
- O foco do processo está em notificação a gestores municipais e Conasems sem determinar qual será a estratégia para garantir o atendimento ao usuário indígena.

Gostaríamos de retomar mais uma vez alguns documentos de referência para análise de tal questão, a Lei 9.836/99 determina que no seu artigo 19 G:

“**§ 2o** O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer **adaptações** na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o **atendimento necessário em todos os níveis**, sem discriminações. **§ 3o** As populações indígenas **devem ter acesso garantido ao SUS**, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, **compreendendo a atenção primária**, secundária e terciária à saúde.”

Portanto, reforçamos a responsabilidade de gestores municipais e estaduais com a garantia dessa atenção, inclusive primária, mas que deve ser feita com adaptações, pois aos indígenas é garantido no Artigo 19 F “Dever-se-á obrigatoriamente **levar em consideração** a realidade local e as **especificidades da cultura dos povos indígenas**”.

Por outro lado, segundo o Decreto 9.795, no artigo 40, compete a Secretaria Especial de Saúde Indígena:

“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**; (...) IV - orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena (...), e a sua **integração com as instâncias assistenciais do SUS** na região e nos Municípios que compõem cada Distrito Sanitário Especial Indígena; (...) VII - **incentivar a articulação e a integração com os setores governamentais** e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena;

Dessa forma, nos parece **bem estabelecido que tanto é direito dos indígenas em contexto urbano uma atenção primária diferenciada, como é de responsabilidade da Sesai coordenar ativamente com demais gestores a garantia do acesso a atenção primária**. Por outro lado, estava prevista para o ano de 2019 a realização da **6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena**³², que visava revisar a Política Nacional de

³² http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2018/15jun_saudeIndigena.html

Atenção à Saúde Indígena. Infelizmente, essa conferência não foi realizada até o momento, tendo sido adiada duas vezes (estava prevista para 2020, sendo cancelada pela pandemia).

Entretanto, em seu documento orientador (Sesai, 2018)³³, encontra-se que o debate em questão da ADPF 709 sobre a extensão das ações do SASI-SUS para populações indígenas em terras não homologadas e com barreiras de acesso ao SUS, estava na pauta da Conferência. O título da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena era “Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas: Atenção Diferenciada, Vida e Saúde nas Comunidades Indígenas”, sendo que se opta pelo termo “comunidades” ao invés de “territórios” com vistas a ressaltar esse debate. Na sua introdução, o documento orientador, que foi discutido em 302 conferências locais e 34 Conferências Distritais de Saúde Indígena, realizadas até abril de 2019³⁴, se aponta:

“Nesses dezesseis anos o contexto da vida dos povos indígenas dentro e fora dos territórios e o contexto político do governo federal mudaram: programas sociais públicos foram estendidos às aldeias, a população indígena cresceu, novas tecnologias chegaram até os territórios, a migração para a cidade aumentou, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) foi criada, os distritos ganharam mais autonomia administrativa, a força de trabalho cresceu, etc. A atualização da PNASPI busca refletir essas mudanças e apontar caminhos para que o subsistema se aprimore agora e no futuro.” (Sesai, 2018:04)

Construída em 07 eixos temáticos, a metodologia dos debates preparatórios da 6ª Conferência ocorridos em nível local e distrital, e que subsidiaram suas propostas que seriam votadas na etapa nacional, apresentava diversos tópicos sobre a população indígena em contexto urbano, particularmente em seu eixo II “Modelo de atenção e organização dos serviços de saúde”, afirma-se:

“Indígenas que vivem em contextos urbanos também possuem suas especificidades étnicas e socioculturais que devem ser respeitadas em seu cotidiano nas cidades, sobretudo em relação ao acesso a serviços de saúde diferenciados que atendam tais especificidades. **O atendimento**

³³ http://conselho.saude.gov.br/images/DOC_ORIENTADOR_6CNSI.pdf

³⁴ <http://www.susconecta.org.br/participacao-social-indigenas-lancam-conferencia-de-saude-reivindicando-fortalecimento-da-sesai/>

diferenciado e específico, neste caso, é de responsabilidade dos municípios nos quais eles residem, o que não vem acontecendo. A articulação do SASISUS com outras instâncias do SUS, particularmente no que se refere ao acesso aos serviços de média e alta complexidade, é de fundamental importância para a garantia da atenção integral aos povos indígenas. Vale ressaltar que esses serviços devem estar adequados para atender às necessidades desses povos. **Sabe-se que essa articulação com outras instâncias do SUS depende da participação efetiva dos DSEI/SESAI nos espaços de articulação e pactuação, mas também envolve uma efetiva responsabilização dos municípios e estados** para com seus deveres na atenção à saúde dos povos indígenas” (Sesai, 2018: 10)

Dessa forma, diante das dificuldades da União em elaborar estratégias para a identificação dessas barreiras de acesso aos usuários indígenas em contexto urbano, sugerimos que se promova o **diálogo com as organizações indígenas, procuradores do Ministério Público Federal e especialistas do campo.** Ademais, que de maneira mais imediata, **seja contemplada a priorização dos indígenas em contexto urbano na priorização da campanha contra COVID-19.**

3. Síntese comparativa das medidas imediatas recomendadas desde 18 de setembro de 2020 com análise 3º. e 4º. Plano da União.

Eixo	Recomendação 18/09/2020	Comentário acerca do 3o. Plano	Recomendação 04/12/2020	4º. Plano
PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA COVID-19:	Imediata adoção das medidas para contenção e isolamento de invasores dos territórios indígenas e de medidas protetivas contra novos invasores	Apresentado um Plano, baseado em barreiras virtuais com emissão de alertas. Consideramos que tais medidas além de tardias, são insuficientes para os objetivos.	Sugerimos a revisão do Plano	Indicamos recomendação APIB
	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	Não consta mais no Plano a implantação das barreiras de contenção.	Sugerimos a retomada da implementação e manutenção das barreiras de contenção enquanto perdurar a pandemia.	Refere aguardar documento a ser apresentado pela APIB; que ação será coordenada pelo GSI/PR (p.13). Consta previsão de insumos de EPI para barreiras de contenção organizadas pelos indígenas no eixo2.1.5. (p.195) , mas sem cronograma ou proposta de distribuição.
	Apoiar com insumos as iniciativas das comunidades indígenas para a montagem de estruturas para isolamento social de casos confirmados e contatos;	Apresentado Plano com falta de informações acerca dos critérios para implementação, e os prazos tardios.	Solicitar a continuidade, ampliação e antecipação dessas ações.	Ainda não esclarece por que somente contempla 4 estados.
	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	Incluído no Plano, entretanto, se referem a planejamento ordinários dos Distritos, sem prazo e orçamento. Com relação as alternativas a terras não homologadas, está ausente o orçamento, e os prazos são tardios. homologar o cumprimento da tabela em anexo e garantir as medidas alternativas para as terras homologas.	Garantir a implementação das solicitações dos PDSI apresentados pelos Distritos. Solicitar planejamento e implementação urgente das alternativas de acesso a água potável das populações em terras não homologadas.	Apresentam demanda total de estratégias alternativas e permanentes, não apresentam critérios e priorização para iniciar a ação, refere falta de recursos e autorização para implementar ações; falta garantia da manutenção dos Sistemas e qualificação dos AISAN; prazos tardios. Sugerimos parcerias com universidades e outros grupos para propor outras alternativas e realizar controle de

				qualidade, e diálogo com controle social indígena. Consta no eixo 2.1.7. a contratação de equipes volantes de engenheiro e geólogo mas sem correlação com o planejamento apresentado.
	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	Retiraram suporte para produção de alimentos pelas comunidades. Apresentado dados mais atualizados da distribuição e por órgão. Garantia da distribuição até junho 2021. Falta de clareza nos mecanismos para garantir a implementação das ações.	Avaliar a continuidade das ações após junho 2021. Responsabilização da União para garantia das necessidades de distribuição de cestas apresentadas no Plano. Detalhamento das populações e ações voltadas a populações em terras não homologadas.	Ainda não apresentaram informações e critérios necessários para monitorar a ação, inadequações na composição das cestas alimentares; falta de recursos para continuidade em 2021.
PARTICIPAÇÃO INDÍGENA E CONTROLE SOCIAL INDÍGENA	Manter a regularidade das reuniões dos CONDISI e do Fórum de Presidentes de CONDISI	Indicada mas não de maneira clara como será feita, e as condições de viabilizar.	Garantir as condições para a retomada das atividades, repasse das informações em via impressa, conferir a disponibilidade das informações dos Comitês no sítio eletrônico indicado.	Inadequação da forma de disponibilização das informações aos conselheiros.
	Regularizar a retomada do Fórum de Presidentes de CONDISI num prazo de 30 dias.	Apresentada a Portaria 3.021 em 04 de novembro.	Verificar a sustentabilidade da retomada, diante dos critérios do Decreto 9.759 /2019.	Portaria 3.021 altera a estrutura do controle social, restringindo participação, número de reuniões e atribuições dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, não foi debatida amplamente e precisa ser adequada as recomendações do Conselho Nacional de Saúde.
	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.	Referida que seria feita nova portaria em 23 de novembro, que não foi apresentada.	Ainda se faz necessário o ajuste na Portaria 36/2020 que cria os Comitês de Crises no contexto da pandemia	Ainda não foi atualizada a Portaria 36 dos Comitês de Crise.

PROMOÇÃO DAS INTERAÇÕES INTERGESTORAS E INTERSETORIAIS	Inclusão imediata no SISREG e do SCNES das unidades de saúde dos 34 DSEIs e CASAI.	Apresentado meta de 100% no prazo de 23/12, que considerando a solicitação ter sido feita em setembro, será implementado tardiamente.	Monitorar a implementação da meta e cumprimento do prazo.	Prazos tardios para estabelecer articulação com estados e municípios; inexistência de prazo para qualificação da atenção diferenciada na rede; falta de dados sobre 100% polos base com acesso aos sistemas de regulação; indica não haver priorização no fluxo no acesso a serviços especializados.
REORGANIZAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO DA EQUIPE E BIOSSEGURANÇA:	Realizar a capacitação dos trabalhadores do Subsistema, dos profissionais das EMSI, AIS e outros	Incluída a meta, mas estão ausentes as informações necessárias para monitoramento. Prazo para cumprimento tardio, de 23 de dezembro.	Monitoramento do cumprimento das metas.	Continua sem apresentar a proposta de qualificação, e o monitoramento da mesma. Falta incluir a capacitação para a campanha de Vacinação contra COVID-19.
	Implantar protocolo de segurança dos trabalhadores	Não se refere o Protocolo de Entrada em Território Indígena elaborado pela SESAI em 13 de agosto. Falta fluxo e condições para viabilizar a realização dos testes de RT-PCR. Prevista realização de reunião para pactuação de fluxos em 23 de dezembro, o que consideramos tardio. Falta de orçamento para viabilizar a testagem, com insumos para coleta de RT-PCR e logística de transporte das amostras.	Apresentar o planejamento e orçamento para garantir os fluxos para testagem de RT-PCR dos trabalhadores antes da entrada em território indígena. Apresentar os dados dos quantitativos de trabalhadores, quantitativos de testagem e resultados.	Refere que atualização de Protocolo só será feita mediante homologação do Plano pelo STF. Falta de informações sobre a garantia da implementação da testagem, sem detalhamentos de orçamentos, fluxos e logísticas ou cronograma de início das ações.
	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	Apresentada meta genérica, e ausência de dados sobre capacidade instalada para avaliar as informações, e falta de indicadores claros. Falta garantia da parte logística para distribuição de insumos e transporte de pacientes	Solicitar a apresentação de contratos e comprovantes da aquisição e distribuição dos insumos e sua distribuição. Apresentar dados referente aos quantitativos de trabalhadores e capacidade instalada.	Ainda não fornece as informações necessárias para monitoramento; não está claro se a contratação das Equipes de Resposta Rápida continuam em 2021. No eixo 2.1.7. temos informações de contratação de Equipes Volantes de Saúde, sem detalhamento do

	<p>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;</p>	<p>Falta de detalhamento do orçamento para compra e distribuição de insumos médicos, equipamentos de proteção individual e para realização de RT-PCR. A previsão de contratação ERR, mantém padrão 3 equipes por Distrito, apesar da diversidade territorial, demográfica e epidemiológica. Apresentada contratação de “equipes Volantes” e de geólogos e engenheiros sem esclarecimento dos papéis e atuação.</p>	<p>Apresentar análise das necessidades de contratação de força de trabalho nos 34 Distritos, inclusive para a expansão das assistências para população em terra não homologada. Esclarecer a atuação da “equipe volante” e a contratação de geólogo e engenheiro na meta de assistência.</p>	<p>planejamento, locais de atuação e cronogramas. Refere-se pactuação realizada sobre novas contratações para 2021 sem quaisquer detalhes. Sem detalhamento das ações em pareceria com Ministério da Defesa.</p>
	<p>Ampliar de maneira imediata as estruturas de acesso a meios de comunicação nos territórios indígenas e unidades de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas</p>	<p>Incluída meta de 700 pontos de internet até junho de 2021.</p>	<p>Considerar se os pontos de internet poderiam ser permanentes. Apresentar o levantamento do total de pontos necessários para avaliar a meta apresentada. Monitorar implementação da meta.</p>	<p>Retirada a meta sobre ampliação de acesso à internet. E ainda estipula começar o planejamento para ações de telemedicina, sem quaisquer detalhamentos</p>
<p>VIGILÂNCIA E INFORMAÇÃO EM SAÚDE:</p>	<p>Transparência de dados (anexo A):</p>	<p>Novo Plano apresenta a meta mas sem prazo. Só se refere a dados demográficos e sobre COVID-19, quando foi solicitado a disponibilização de todos os dados do Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena (SIASI). Mantém eminentemente referencia a divulgação via boletins e informes com dados consolidados.</p>	<p>Sugerimos prazo imediato para cumprimento da ação, diante da decisão já feita pelo Ministro em 28 de agosto.</p>	<p>(1) não houve atendimento por parte da SESAI/ Ministério da Saúde quanto à disponibilização dos dados do SIASI; (2) as informações providas são temporalmente limitadas e insuficientes (3) precisariam ter sido indicados quais são os critérios de “desidentificação” . Recomenda-se a opção de disponibilização dos dados “por meio de acesso <i>on line</i>, com senha”.</p>

	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	Novo Plano se refere ao Informe Epidemiológico no. 07. Incorporada a meta de rastrear 100% dos contatos domiciliares de casos suspeitos ou confirmados	Sugerimos novas revisões conforme recomendações da Nota técnica Fiocruz Abrasco de 18 de setembro. Monitorar a meta de rastreamento, com disponibilização de dados.	Não foram feitas atualizações nas normativas técnicas desde agosto de 2020. Nota técnica no.21 não considera conjunto de testes e orientações sobre a vigilância.
	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	Novo Plano se refere ao Informe Epidemiológico no. 07.	Sugerimos novas revisões conforme recomendações da Nota técnica Fiocruz Abrasco de 18 de setembro.	Ainda não foram feitas as atualizações.
	Definir as rotinas de investigação dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e óbito nas comunidades	Incorporada a investigação de SRAG, mas ausente a recomendação de rotina de investigação dos óbitos.	Definir as rotinas de investigação de SRAG e óbitos nas comunidades.	Não apresenta.
	Priorizar o diagnóstico laboratorial por RT-PCR, e avaliar a implantação de sistema automatizados ou testes rápidos de detecção de antígenos	Essa meta e recomendação apesar de constar no Plano não está feita a atualização nas Notas técnicas deixando clara a recomendação e os fluxos. Os fluxos de RT-PCR não estão estabelecidos, referida ainda a ser feita negociação com municípios, prevista para 23 de dezembro. Além de tardia a estratégia está insuficiente para garantir a meta. Não foi incorporada a sugestão de testes rápidos de antígenos como alternativa.	Prestação de contas das pactuações para fluxo de RT-PCR, e do orçamento necessário. Adoção dos testes rápidos de antígenos na estratégia.	Proposta Operacional com parceria Fiocruz para RT-PCR, depende de diagnóstico de viabilidade ainda não realizado, e sem prazo. Afirma-se não ter garantias para implementar, e não se propõe alternativas. Se propõe RT-PCR somente para trabalhadores. Faltam prazos imediatos e garantias do uso de testes rápidos de antígenos.
	Garantir o preenchimento obrigatório do quesito cor/raça e etnia na alimentação dos sistemas de vigilância da saúde e notificação Covid-19.	Não foi apresentada nenhum objetivo, meta ou ação nesse sentido.	Apresentar estratégia que faça cumprir essa recomendação também presente na lei 14.021/2020.	Nada consta no 4º. Plano

ASSISTÊNCIA INTEGRAL E DIFERENCIADA	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.	Apresentado plano a parte, com insuficientes informações para o planejamento. Referido estudo para planejamento com data de conclusão de 25 de novembro, mas não foi anexado. Falta de planejamento e orçamento para implementação dessa ação.	Solicitar apresentação do estudo de população e orçamentário. Apresentar as estratégias para implementação imediata dessa ação.	Não foram apresentadas nenhuma das informações referidas no 3º. Plano que seriam apresentadas. Retiradas diversas etapas previstas anteriormente. Ausência de informações sobre a estimativas populacionais, a adscrição pelos Distritos, e estimativas de orçamento, contratações ou infraestrutura para sua implementação. Envolver FUNAI, IBGE, organizações indígenas e especialistas na produção do diagnóstico.
	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.	Referida nota técnica a ser apresentada em 16 de janeiro de 2021, o que é um atraso de vários meses na medida. As estratégias propostas são insuficientes para a ação.	Apresentar planejamento e estratégias imediatas.	Realizada reunião com CONASEMS e proposição se limita a registro de barreiras de acesso. Consideramos a medida inadequada. Sugerimos reuniões com organizações indígenas, MPF e especialistas. Inclusão dos indígenas em contexto urbano na priorização da campanha de vacinação.
	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.	Novamente se refere a meta, mas com ausência de diagnóstico das necessidades e orçamento para implementação e manutenção. Cronograma previsto para 15 de dezembro.	Apresentar mapeamento das necessidades por Distrito e orçamento para implantação e manutenção. Apresentar dados das UAPIs implementadas e da sua produção.	Continua sem detalhamento do mapeamento de necessidades e critérios, apresenta dados inconsistentes e faltam detalhamentos ou previsões orçamentárias e prazos para implantação e manutenção.
	Revisar os itens que compõem o elenco de medicamentos da Saúde Indígena,	Não há referência no plano.	Apresentar revisão de elenco de medicamentos.	Nada consta.

	Adotar medidas estruturais, de rotina e de pessoa, para adequação das CASAI manutenção das suas ações e o enfrentamento da Covid-19;	Não há referência no plano.	Apresentar as medidas estruturais, de rotina e contratação das CASAI	Incluídas recomendações com prazos tardios e sem orçamento.
	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.	Meta incluída no Plano	Apresentação do Plano de Imunização e das estratégias para implementação.	Apresentado Plano Operacional com inclusão de indígenas aldeados. Apesar de referir inclusão de indígenas em terras não homologadas, os quantitativos apresentados parecem inconsistentes e não podem ser verificados pela falta de transparência nos dados do SIASI e por não ter sido apresentado quantitativos da população em terras não homologadas. Exclusão dos indígenas em contexto urbano. Não foi apresentado detalhamento da operacionalização pelos Distritos. Sugerimos urgência em implementar ações de comunicação sobre a vacinação e a qualificação dos trabalhadores.
	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.	Apresentaram meta no Plano sem metodologia ou prazo.	Apresentar metodologia e prazo para cumprimento da meta.	Não apresenta novas informações sobre orientações ou prazos.

Rio de Janeiro, 12 de fevereiro de 2021.

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

Rosana Lima Viana (UFMA e FUNASA) - convidada