

Síndrome Gripal’ para todos os indivíduos notificados ou que foram a óbito pela Covid-19, incluindo usuários e trabalhadores do subsistema. Os dados a serem fornecidos devem ser: data de notificação, sintomas, data de início dos sintomas, condições pré-existentes (co-morbidades), estado do teste, data da coleta do teste, tipo do teste, resultado do teste, classificação final do caso, evolução do caso e data de encerramento do caso.

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

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

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

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

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

Feito esse preâmbulo, **apresentamos apreciação:**

- (a) Foram encaminhadas planilhas, em formato Excel, além de uma nota técnica. **Os dados contidos nas planilhas respondem, apenas parcialmente,** às indicações listadas nas folhas 39-40 da Nota Técnica em Resposta à Intimação no. 2636/2020.
- (b) **É imprescindível que as bases de dados sejam acompanhadas de um “dicionário de variáveis” para viabilizar o entendimento e análise dos dados por parte dos usuários.** Cabe mencionar que a disponibilização de um “dicionário de variáveis”,

não provido no material enviado, é procedimento padrão no tocante a sistemas de informação em saúde (ver, por exemplo, <https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/08/Dicion%C3%A1rio-de-dados-E-SUS-Notifica-sistema-web-20082020.pdf>). O “dicionário de variáveis” deve ser detalhado, indicando inclusive, além de uma explicação das variáveis em si, o que significa cada uma das categorias de resposta. Por exemplo, na planilha de população, a variável idade tem grande quantidade de valores acima de 150 anos (supondo que a variável se refira a anos de idade), o que evidencia um problema de registro.

- (c) Por sua centralidade no monitoramento da trajetória da COVID-19, cabe destacar a questão de como estão apresentados os dados para as variáveis “Classificação do caso (atualizada)” e “Evolução clínica (atualizada)” nas bases encaminhadas. Para a primeira, há seis categorias, quais sejam, “Confirm Clínio-Epid”, “Confirmado Clínico-Imagem”, “Confirmado Lab”, “Descartado”, “Excluído” e “Suspeito”. Neste caso, todas as variáveis devem ser detalhadas no “Dicionário”, incluindo os critérios para “Descartado”, “Excluído” e “Suspeito”. Ademais, para a “classificação do caso (atualizada)” não há indicação da data de atualização da classificação. Já no tocante à variável “Evolução clínica (atualizada)”, há uma data informada para a atualização. Observa-se, entretanto, um grande quantitativo de dados classificados como “ignorados” (n=12.490; 32%) e sem classificação (n=10.197; 26%). Não fica claro, apenas com a disponibilização do banco de dados, se os dados ignorados e sem classificação para as 39.084 notificações do banco foram reclassificados de alguma forma ou se há efetivamente 58% dos casos em que não há informação sobre a evolução clínica do caso.
- (d) A análise inicial dos dados encaminhados indica uma **dificuldade de reproduzir as informações apresentadas pela SESAI em seus boletins e informes oficiais de períodos semelhantes (até 20 de agosto de 2020 para a variável "Data do início dos sintomas")**. Como informado acima, sem um dicionário de variáveis e explicações sobre as definições usadas, não sabemos ao certo como definir os valores inexistentes/sem classificação (“missing”) e os ignorados para a evolução clínica. Sem a informação precisa, poderíamos supor que “ignorados” e “inexistentes” seriam aqueles pacientes sem sintomas, mas estes, de acordo com a variável “assintomático”, somam 7.025 casos (18%). Mais importante ainda, são as variáveis que definem os óbitos, uma vez que há duas variáveis, sendo uma chamada apenas “óbito” e outra chamada “óbito COVID-19”, fazendo supor que apenas a segunda esteja relacionada à doença. Entretanto, revendo os dados, dos 86 casos identificados como “óbito”, 28 (32%) tiveram um resultado positivo, seja por teste rápido ou por PCR, para a Covid-19 enquanto 16 (18,6%) não tiveram qualquer teste realizado, mesmo estando listados em um banco de notificações para a Covid-19. Vale informar que, enquanto o banco indica 353 “óbitos por Covid-19”, os boletins de 20 e 21 de agosto de 2020 indicavam 348 e 352 óbitos, respectivamente. Diante dessa inconsistência, recomendamos que sejam informadas as causas de óbito declaradas na Declaração de Óbito, além da classificação adotada nas variáveis sobre óbitos já apresentadas, que devem também ser detalhadas no “dicionário de variáveis”.
- (e) Foi recomendada a disponibilização para acesso público dos dados, o que não é atendido pelo envio dos dados por meio de planilhas Excel em um pen-drive. Foi apresentada a seguinte justificativa no documento assinado datado de 28 de agosto

e assinado pelo Advogado Geral da União: “Cumpra esclarecer, por derradeiro, que dada a complexidade dos dados epidemiológicos, só foi possível mediante inserção em planilhas Excel, havendo perda de qualidade em sua conversão para o formato pdf (exigido no sistema de peticionamento). Por esse motivo, pede-se [que] sejam os arquivos correspondentes recebidos em mídia física”. **Recomenda-se que a publicização seja feita no site da SESAI, em acesso aberto**, onde qualquer pessoa interessada possa acessar os dados através de download dos arquivos, em formato xls, dbf (não é aceitável formato pdf). **A possibilidade de acesso público é o procedimento padrão no caso de sistemas de informação em saúde**, devendo ser adotado para os dados sobre saúde indígena que foram encaminhados. **Recomenda-se que os dados passem a ser disponibilizados para efetivo acesso público, com atualização diária**.

- (f) Chama atenção que **os dados demográficos disponibilizados se referem a 31 de março de 2020, portanto desatualizados em cinco meses** (em relação a agosto de 2020). Não é apresentada qualquer justificativa para o envio de dados demográficos desatualizados. Trata-se de um ponto de particular relevância, uma vez que os óbitos impactaram mais algumas faixas etárias, de idosos. Isso pode comprometer o uso de valores de tamanho de população segundo faixa etária para cálculos de taxas e indicadores, tomando-se como referência indicadores demográficos de um momento inicial de disseminação da pandemia.
- (g) **A disponibilização para acesso público dos dados listados demográficos (item 10) pode ter uma periodicidade maior (sugere-se trimestral)**, tendo as seguintes datas de referência: 01 de janeiro, 01 de abril, 1 de julho, 01 de outubro. Dito de outra forma, tendo como referência essas datas, devem ser providos os dados de população (dados de cada aldeia, com a identificação do polo-base e etnia, tamanho total da população, frequência absoluta de indivíduos por idade em anos e sexo) e das equipes de saúde e serviços de saúde (item 11).
- (h) Conforme indicado na documentação encaminhada, os critérios de anonimização utilizados se baseiam no número mínimo de 20. No caso da publicação do IBGE citada (disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95987.pdf>), esse quantitativo se refere à “...a população total nas Terras Indígenas (TI), dentro de cada Unidade da Federação for inferior a 20 pessoas” (p. 54). Para domicílios, por exemplo, o critério de anonimização do IBGE é aquele de valores inferiores a 5 (ver página 54 de <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95987.pdf>). **Uma vez que o número mínimo de 20 pode levar a dificuldades de análise, sugere-se a utilização de um número mínimo de 10.**
- (i) **Em relação ao item 11, não foram providos os dados solicitados**, quais sejam, “...relativos às equipes de saúde e serviços de saúde devem ser providos mensalmente por polo-base: número e composição das equipes, roteiro de entrada em área (se fluvial, terrestre ou aéreo), número de visitas feitas a cada aldeia com respectivo período de permanência em campo, número de consultas médicas, de enfermagem e odontológicas realizadas, além de outras informações relevantes”.
- (j) Em relação aos dados de orçamento, o despacho da SESAI/CGPO/SESAI/MS, de 27 de agosto de 2020, informa que as informações apresentadas derivam de

“estudo preliminar”. **Há a necessidade de encaminhamento das informações derivadas do estudo completo, com maior detalhamento, particularmente quanto às ações previstas no plano no contexto excepcional da pandemia, para além da manutenção das atividades dos Distritos e da extensão da cobertura da população.** Em relação a planilha Estudo Orçamentário, algumas ressalvas devem ser feitas. Em primeiro lugar deve-se reformular o cálculo realizado de gasto per capita para a efetiva estruturação do atendimento a esta população, considerando que será necessário a instalação de novos equipamentos de saúde (Postos, Polos Base) e de equipes específicas. Destaca-se também, na análise da planilha, que no item População Estimada que passará a ser atendida em Terras não Homologadas, em 9 DSEI não existe nenhuma pessoa nesta situação, 9 DSEI possuem exatamente 1.190 pessoas nesta situação, 4 DSEI exatamente 2380, 3 DSEI exatamente 3570, 4 DSEI 4760 e 2 DSEI exatamente 15.470. Para que seja possível realizar a análise de previsão orçamentária para o atendimento desta população, em conformidade com as recomendações já encaminhadas, é necessário que seja explicitado quais parâmetros foram estabelecidos para este levantamento.

- (k) Com relação aos dados da capacidade instalada no Subsistema para estruturação das ações, a planilha apresentada não apresenta de forma detalhada as informações, estando ausentes as categorias profissionais com novos contratos, seja em relação as Equipes de Resposta Rápida (ERR) ou a profissionais regulares; os equipamentos (Polos Base, Postos de Saúde e CASAI) que necessitam de adequações estruturais, as Unidades de Atenção Primária à Saúde Indígena (UAPIs) que ainda serão construídas; contratos vigentes e quais serão aditados para a compra de medicamentos, insumos e transporte de pacientes indígenas, considerando o contexto de pandemia. Deve-se destacar ainda que, para a análise e monitoramento do plano, os parâmetros utilizados para a instalação das Unidades de Atenção Primária à Saúde Indígena devem ser explicitados em documento técnico a ser anexado, já que as disparidades entre os DSEI são evidentes (Exemplo 1 UAPI no DSEI Yanomami e 36 no DSEI Leste de Roraima).
- (l) Chama ainda a atenção o item de teto orçamentário anual de custeio na referida planilha de capacidade instalada, não sendo possível compreender se o valor exposto diz respeito a previsão das ações usuais dos DSEIs acrescidas das ações para o enfrentamento da pandemia. Conforme comparação simples com a planilha Estudo Orçamentário, também encaminhada pela SESAI, o teto orçamentário de 23 dos 34 DSEIs é menor que o valor de custeio de 2019 (Exemplo DSEI Alagoas/Sergipe: teto orçamentário anual R\$7.212.026,97; custeio em 2019: R\$ 13.296.734,83).
- (m) A documentação recebida não aborda a questão do SIASI. Conforme indicado no item 13 acima, foi solicitado que “no prazo de três meses seja disponibilizado para acesso público, na plenitude e de forma anonimizada, o módulo demográfico e outras informações do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI)”. A importância dessa disponibilização se relaciona à “...vulnerabilidade sócio-econômica e sanitária dos povos indígenas à pandemia de Covid 19, que é um a doença que se vincula ao quadro geral de saúde das populações e que deve permanecer como agravo por um longo período de tempo”.

Sugere-se que, a partir de 1 de novembro de 2020, considerando os três meses mencionados, as bases de dados do SIASI passem a ser divulgadas publicamente e com periodicidade semanal, devidamente anonimizada, por um prazo indefinido. Essa perspectiva de longo prazo é importante pois a Covid 19 é uma doença que não se sabe até quando permanecerá presente no cenário epidemiológico da população indígena e da população brasileira em geral.

Comentários finais:

Gostaríamos de terminar tecendo alguns **comentários sobre a relevância da devida sistematização e publicização de dados no campo da saúde indígena.** Um debate central na área da saúde pública diz respeito à pertinência de indicadores para fins de monitoramento e avaliação das iniciativas de saúde. Em recente manifestação em sessão no Conselho Nacional de Saúde (CNS), realizada em 2 de setembro de 2020, o representante da SESAI afirmou que a mortalidade por COVID-19 na população indígena é inferior àquela observada na população brasileira em geral.¹

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

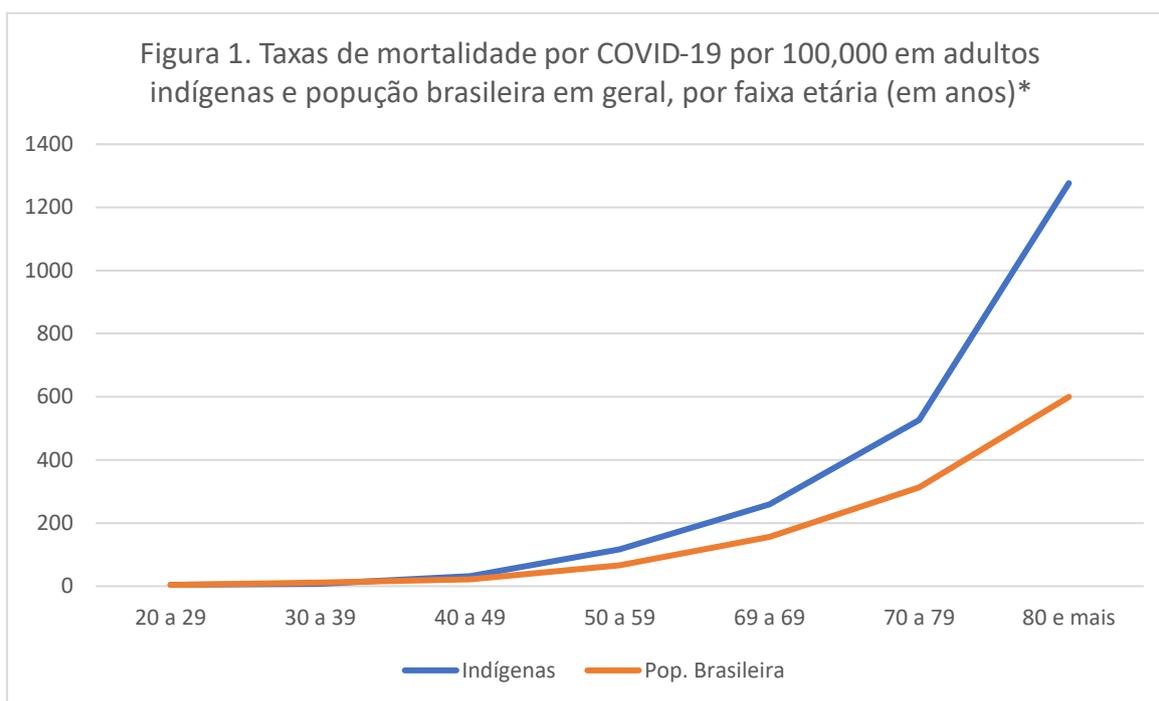
Para contornar esse problema, entre as várias alternativas, uma delas é comparar as taxas de mortalidade devido à COVID-19 segundo faixas etárias específicas. Essa estratégia é ilustrada na figura abaixo, que compara as taxas de mortalidade segundo grupos etários em adultos.² Como fica evidente, as taxas de mortalidade por COVID19 para a população indígena a partir da faixa etária do 50-59 anos, onde se concentram a ampla maioria dos óbitos, são bastante mais elevadas que aquelas de não indígenas.

Muitos exemplos poderiam ser indicados para ilustrar a importância de publicização dos dados no campo da saúde dos povos indígenas. Através da comparação das taxas de mortalidade por idade, mais elevadas para indígenas acima de 50 anos, parece-nos que

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

² Procurou-se calcular as taxas de mortalidade por COVID 19 segundo grupos de idade a partir das bases de dados encaminhadas pela SESAI no âmbito da ADPF, mas infelizmente não foi possível devido a problemas da variável idade, conforme indicado no item (b) acima. Diante da impossibilidade do cálculo com os dados fornecidos, foram consultadas as taxas indicadas no “Informe Epidemiológico” no. 16 da SESAI. (<http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/pdf/Informe%20Epidemiologico%20SE%2034%20-%20SESAI%20COVID%2019.pdf>, acessado em 10 setembro de 2020). Uma limitação de se utilizar essas taxas disponibilizadas se refere a dificuldades de comparabilidade com os resultados para a população nacional em geral, apresentados em outras faixas etárias. Os dados relativos a óbitos na população brasileira foram obtidos no “Boletim Epidemiológico Especial” no. 28 do Ministério da Saúde (<https://coronavirus.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>, acessado em 10 de setembro de 2020), utilizando-se como denominadores para cálculo das taxas por idade as projeções populacionais para 2020 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

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



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

11 de setembro de 2020.

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

Ana Lúcia de Moura Pontes (ENSP) – Abrasco

Ana Lúcia Escobar (Unir) - Abrasco

André Machado de Siqueira (INI)- Fiocruz

André Reynaldo Santos Périssé (ENSP) – Fiocruz

Andrey Moreira Cardoso (ENSP) - Abrasco

Clayton de Carvalho Coelho (UNIFESP)- CNDH

Inara do Nascimento Tavares (UFRR) - Abrasco

Juliana Rosalen (Instituto Iepé)- CNDH

Maria Luiza Garnelo Pereira (ILMD)- Fiocruz

Maria Ogrzewalska (IOC) – Fiocruz

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

Maurício Soares Leite (UFSC) – Abrasco

Raquel Paiva Dias Scopel (Escritório Campo Grande) - Fiocruz

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