



PATRIMÔNIO  
DA SOCIEDADE  
BRASILEIRA



# NOTA TÉCNICA

EM RESPOSTA À INTIMAÇÃO Nº 2636/2020

**MANIFESTAÇÃO AO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL  
DO GRUPO DE CONSULTORES DO GT DE SAÚDE  
INDÍGENA DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE  
COLETIVA E FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ REFERENTE  
A MEDIDA CAUTELAR NA ARGUIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO  
DE PRECEITO FUNDAMENTAL 709**



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



PÁTRIA AMADA  
**BRASIL**  
GOVERNO FEDERAL

# SUMÁRIO

<b>Pág. 3</b>	Introdução
<b>Pág. 7</b>	<b>1.</b> Aspectos gerais acerca do “Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para Povos Indígenas Brasileiros”, de 07 de agosto de 2020” (referido como “Plano da União”)
<b>Pág. 12</b>	<b>2.</b> Sobre as apropriações e dissensos com as contribuições do Grupo de Consultores
<b>Pág. 16</b>	<b>3.</b> Eixos do “Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para Povos Indígenas Brasileiros”, de 07 de agosto de 2020” (Plano da União) e recomendações do Grupo de Consultores
<b>Pág. 16</b>	<b>3a)</b> Promoção da saúde e prevenção da COVID 19 nos territórios.
<b>Pág. 22</b>	<b>3b)</b> Participação social e controle social
<b>Pág. 25</b>	<b>3c)</b> Promoção das interações e pactuações intergestoras e interministeriais
<b>Pág. 28</b>	<b>3d)</b> Reorganização e qualificação do trabalho e segurança do usuário e trabalhador
<b>Pág. 34</b>	<b>3e)</b> Vigilância e Informação em Saúde
<b>Pág. 40</b>	<b>3f)</b> Assistência Integral e Diferenciada
<b>Pág. 48</b>	<b>4.</b> Monitoramento
<b>Pág. 52</b>	<b>5.</b> Medidas imediatas
<b>Pág. 58</b>	Referências bibliográficas

Excelentíssimo Sr. Ministro Luís Roberto Barroso,

Agradecemos a oportunidade de nos manifestar diante de Vossa Excelência acerca da dramática situação que enfrentam os povos indígenas no contexto da pandemia da Covid-19. Nós, pesquisadores que trabalhamos há muitos anos com essas populações, buscamos cumprir nossa responsabilidade social e o compromisso ético diante dessa crise sanitária e humanitária. Isso inclui a produção de subsídios científicos para formular e implementar ações e reflexões sobre o impacto da Covid-19 em povos indígenas.

Desde os primeiros meses, considerávamos que os povos indígenas eram um grupo extremamente vulnerável, conforme brilhantemente os advogados da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil demonstraram (APIB, 2020), e já havia indícios técnico-científicos de que essas populações seriam rapidamente e gravemente afetadas. Os resultados do estudo “Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica” (PROCC/Fiocruz; EMap/FGV; ENSP/Fiocruz, 2020a e b; Abrasco; Fiocruz, 2020), que analisou em três momentos distintos, nos dias 18 de abril, 05 de maio e dia 20 de maio de 2020, a proporção de população indígena em risco imediato à Covid-19, demonstrou a rápida progressão da pandemia (Tabela 1):

Tabela 1: Proporção de população indígena residente em municípios de alto risco imediato para a pandemia, segundo recortes populacionais.

Estrato populacional	18/04	05/05	20/05
Total	34,2%	46,3%	56,3%
Zonas urbana	60,5%	70,0%	76,1%
Zona rural e TI	17,7%	32,9%	45,1%

Fonte: PROCC/Fiocruz; EMap/FGV; ENSP/Fiocruz, 2020.

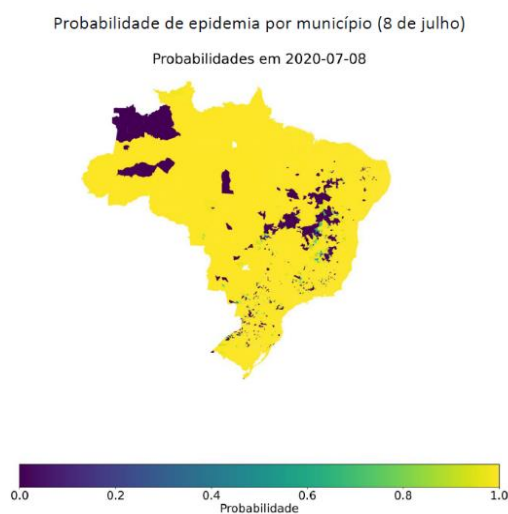
Observou-se que a proporção de população indígena residente em municípios de alto risco imediato para a pandemia teve um incremento absoluto de 22,1%, e um incremento relativo de 64,6% entre os dias 16/04 e 20/05. Para os indígenas residentes em zonas urbanas, esse incremento absoluto foi de 16,6% e a um incremento relativo de 25,8% no período, e para a população rural, o incremento absoluto no período foi de 27,4%, e o incremento relativo, de 154,8% em 4,5 semanas. A população residente em

Terras Indígenas oficiais é majoritariamente rural e, portanto, sua vulnerabilidade foi similar à observada para a população indígena rural.<sup>1</sup>

O incremento da proporção de população indígena em risco imediato para epidemia no período foi bastante diverso entre as regiões do país. Como a epidemia já havia iniciado sua propagação pelas zonas urbanas, o incremento da proporção de população indígena em risco no período de análise foi de maior magnitude nas zonas rurais em comparação às zonas urbanas. Inicialmente, a disseminação inicial da Covid-19 por via aeroviária expôs as populações indígenas próximas das capitais da região litorânea do país e das regiões Norte e Centro-Oeste.

Entretanto, a subsequente interiorização da pandemia por vias rodoviária e hidroviária rapidamente expôs populações mais remotas e localizadas no interior do país. Em 05 de maio de 2020, já estavam em alto risco para a pandemia as Terras Indígenas da Amazônia Legal situadas na calha dos rios Solimões e Amazonas e seus afluentes, terras no Amapá e Norte do Pará, Altamira, Médio e Alto Purus, região Yanomami, Vale do Rio Javari e Alto Rio Juruá. A contínua atualização dos estudos chegou ao ponto de evidenciar que já se podia afirmar que 100% da população indígena residia em municípios de alto risco (Mapa 1), de forma que em vários Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) já se encontravam em 05/05 com situação de transmissão sustentada da Sars-Cov-2.

Mapa 1: Probabilidade de epidemia por Sars-Cov-2 por município, Brasil, em 08 de julho de 2020.



<sup>1</sup> Cabe ressaltar a iniciativa de diversos órgãos governamentais no sentido de sistematizar e disponibilizar análises relativas à Covid-19 na população indígena (ver IBGE 2020).

Fonte: PROCC/Fiocruz; EMap/FGV; ENSP/Fiocruz, 2020.

Retomamos essas informações para evidenciar que a situação de risco dos povos indígenas diante da pandemia é de extrema gravidade e urgência. Dada ainda suas múltiplas vulnerabilidades, de ordem sócio-demográfica e sanitária<sup>2</sup>, fazia-se necessário desde o início da pandemia o planejamento e execução de uma resposta governamental contundente. Apesar da pandemia ser um evento para o qual não dispomos de todos os conhecimentos científicos sobre a doença, além de inexistir vacina ou tratamento eficaz, já se encontraram respostas eficazes para minimizar seus impactos nas populações. Em todo o mundo, a estruturação da resposta à Covid-19 tem se baseado em alguns pilares: a) proteção dos trabalhadores da saúde e manutenção do atendimento à saúde da população; b) interrupção da cadeia de transmissão do vírus; e, c) proteção das populações mais vulneráveis (Ballard et al, 2020). O conjunto de ações eficazes para enfrentamento da Covid-19 amplamente reconhecido envolve: coordenação das ações; realização ampla de testagem (RT-PCR) para identificação de assintomáticos e contatos; suprimento constante e adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) para os profissionais de saúde; orientação adequada da população e apoio ao isolamento social; utilização dos conhecimentos científicos na tomada decisão (Fineberg, 2020).

Assim, **no caso do enfrentamento da Covid-19 em povos indígenas, qualquer plano deveria almejar atingir os seguintes objetivos: 1. Garantir a implementação das medidas preventivas à Covid-19 e apoiar o isolamento social das comunidades e pessoas indígenas; 2. Estruturar a vigilância à Covid-19 e impedir a progressão e introdução do vírus Sars-Cov-2 nos territórios indígenas; 3. Estruturar a organização dos serviços de saúde para provimento da assistência de casos leves, moderados e graves, visando para diminuir a letalidade da Covid-19, e; 4. Garantir a manutenção da atenção à saúde da população indígena.**

Nosso envolvimento no Grupo de Trabalho (GT) acionado a partir da liminar emitida por Vossa Excelência em 07 de julho partiu dessas premissas apresentadas anteriormente. Entretanto, gostaríamos de manifestar nossa preocupação com as metodologias e resultados alcançados no período de atividade do GT e com o produto

---

<sup>2</sup> Diversos pesquisadores que compõem o GT tem produzido, ao longo dos últimos anos, abundantes evidências estudos que apontam para esse cenário de vulnerabilidade sócio-econômica e sanitária (ver, entre outros, ABRASCO/Fiocruz, 2020; Anderson et al. 2016; Cardoso et al. 2012; Coimbra et al. 2003, 2013; Garnelo & Pontes 2012; Raupp et al. 2017; Santos et al. 2020).

final, qual seja, o “Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para Povos Indígenas Brasileiros”, de 07 de agosto de 2020.

Com relação ao desenvolvimento das reuniões, queremos destacar algumas ponderações quanto ao relato do processo apresentado no documento intitulado “Relatório do Grupo de Trabalho sobre o Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para Povos Indígenas Brasileiros no âmbito da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 709”:

- Fomos indicados pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) em 10 de julho, mas somente recebemos a convocação para segunda reunião do GT (realizada em 27 de julho). Ou seja, não participamos da primeira reunião (realizada em 22 de julho) que discutiu a metodologia dos encontros;
- De nosso ponto de vista, a composição e metodologias das reuniões não se caracterizam como um “grupo de trabalho” para planejamento de ações, uma vez que: a) envolveu um número excessivo de participantes dificultando discussões aprofundadas; b) não houve estratégia para discussão do problema em questão; c) não houve discussão sobre os objetivos ou ações a serem elaboradas; d) predominou ênfase em listar ações realizadas pelos órgãos governamentais e gerentes dos DSEI, além de detalhamento dos procedimentos burocráticos; e) não foram realizadas discussões aprofundadas de quaisquer dos aspectos técnicos do plano, particularmente sobre as ações da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).
- Recebemos o texto-base para discussão em 23 de julho para ser discutido no dia 27 de julho, mas não recebemos orientações específicas sobre a forma de condução do debate. Ademais, o texto-base enviado para discussões no GT foi declarado pela própria equipe da SESAI na reunião do dia 29 de julho como um documento desatualizado desde final de março. Ou seja, o Grupo de Consultores (GC) dedicou tempo e esforço para uma análise aprofundada de um documento que, conforme veio a ser indicado na reunião, já era considerado descartado pelo governo.
- O Grupo de Consultores não recebeu qualquer solicitação de questionamentos ou debate acerca de questões técnicas que poderiam ser aprimoradas, e tampouco a equipe técnica da SESAI participou na segunda, quarta, quinta ou sexta reunião do GT. Os representantes da SESAI presentes nas reuniões não



se manifestaram sobre quaisquer assuntos pontuados, e a equipe técnica somente participou da terceira reunião.

- Mesmo sem solicitações da SESAI ou debates técnicos, o Grupo de Consultores elaborou recomendações gerais com vistas a desencadear discussões e aprofundamentos com a equipe técnica do governo. O intuito do Grupo de Consultores era o de prover subsídios para a construção do Plano ao longo das reuniões, envolvendo os debates necessários, o que não ocorreu. Ademais os documentos apresentados pelo Grupo de Consultores foram tomados como proposições consolidadas a serem aceitas ou descartadas;

Dessa forma, consideramos que o produto apresentado à Vossa Excelência deve ser lido à luz dessas características do processo, as quais se refletirão também nos comentários que apresentaremos a seguir.

**1) Aspectos gerais acerca do “Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para Povos Indígenas Brasileiros”, de 07 de agosto de 2020” (referido como “Plano da União”):**

O plano apresentado ao Supremo Tribunal Federal corresponde basicamente ao mesmo documento analisado pelo Grupo de Consultores em 06 de agosto. Dessa forma, reiteramos que não desenvolve com a profundidade e rigorosidade necessárias os aspectos metodológicos esperados num processo de planejamento em saúde. Existem inadequações e o uso inapropriado das etapas de um planejamento tecnicamente orientado, que seriam:

- Apresentação e descrição do problema a ser enfrentado, e discussão das alternativas de enfrentamento;
- Os objetivos devem focar no alcance de um resultado no impacto da situação de saúde e enfrentamento do problema;
- As metas expressas através de quantificações num período, visando alcançar determinado objetivo;
- As ações devem expressar processos para se alcançar as metas;
- Os indicadores devem permitir a análise dos impactos desejados da ação;

- O cronograma deve expressar ao longo do tempo as várias etapas do processo, para além de um início e fim;
- O orçamento deve ser estimado em todos os custos de suas etapas, assim como suas fontes orçamentárias;

O Plano da União ainda permanece bastante vago e impreciso, apresentando os seguintes problemas estruturais:

- Os objetivos, ações e metas se confundem e muitas vezes são idênticos;
- O plano desenvolve e foca em conteúdos relativos a listagens de ações tidas como realizadas, configurando-se numa espécie de prestação de contas das ações e planejamentos desenvolvidos pela União até a presente data e com encerramento previsto para os próximos meses;
- a ausência de caracterização e delineamento dos problemas nos eixos fez com que os objetivos careçam de foco;
- ausência de parâmetros adequados de quantificação e distribuição temporal das metas, havendo também metas que não deveriam ser quantificadas sendo apresentadas como tal;
- Os cronogramas se limitam a indicar datas de início e fim das ações e não apresentam as etapas dos processos a serem implementados. Esse tipo de informação é fundamental para que o monitoramento possa ocorrer;
- Os responsáveis pelas ações são, predominantemente, indicados genericamente, como a SESAI ou Fundação Nacional do Índio (FUNAI), sem definir especificamente os setores ou atores institucionais responsáveis. Ademais, não evidencia que outros atores participam na implementação das ações, como as organizações não governamentais e indígenas;
- Predomina a perspectiva de indicadores de número absolutos ou percentuais que não permitem analisar os impactos na saúde dos povos indígenas ou produção de serviços. Tal ausência ocorre inclusive em aspectos mensuráveis através de indicadores específicos, amplamente conhecidos no sistema de saúde;
- A maioria dos custos apresentados traz apenas as indicações de “não se aplica” ou “a definir”. Sabe-se que o controle da epidemia demanda ações envolvem custos extras de recurso humanos, logísticas, insumos ou



capital, exigindo, portanto, que o planejamento indique explicitamente custos e fontes orçamentárias;

- O monitoramento apresentado no plano se limita a informar que será realizado através de relatórios, ou seja, documentos de circulação restrita às instituições, ferindo a transparência e impossibilitando o acompanhamento das ações;
- De maneira geral o plano não incorpora mecanismos de participação dos povos indígenas na formulação, implementação e monitoramento das ações.

É particularmente preocupante que, como se delinea o Plano da União, **não há a explicitação necessária de objetivos e resultados que impactem na saúde da população indígena**, algo esperado em um plano de enfrentamento à uma grave pandemia. Desse modo, o conteúdo e estrutura do Plano da União não contém os elementos necessários para a avaliação acerca da eficácia do mesmo. Na página 2 é indicado que

“O Plano traz ainda a indicação dos resultados, isto é, das entregas que se espera alcançar a partir de cada meta estabelecida. A esse respeito, cabe salientar que os resultados esperados, tal como apresentados na próxima seção, não dizem respeito às consequências ou impactos para a sociedade, a partir dessas entregas feitas. Tais consequências ou impactos são comuns a todas as iniciativas deste Plano, a saber: assegurar a vida e a saúde dos povos indígenas” (pg, 2: 2020, grifos nossos).

**A esse respeito cabe ressaltar que as “entregas” que constam no “Plano da União” fazem equivaler aos “resultados esperados”, que não são adequadas ou suficientes para garantir o efeito que se deseja e se espera num plano de combate à epidemia.** O que seria desejável e necessário é justamente o que os formuladores dizem que o Plano da União não contempla. No texto supracitado os formuladores alertam o leitor de que os resultados esperados “não dizem respeito às consequências ou impactos para a sociedade”. Ora, o planejamento em saúde deve sempre visar o alcance de consequências e impactos para a sociedade pois esta é a principal razão de ser de uma intervenção/ação em saúde, em particular no contexto de uma epidemia. Assim sendo, as chamadas “entregas” ainda que possam comportar alguns resultados de ordem administrativa devem se voltar, por excelência, a perseguir resultados que reduzam a

transmissão e as mortes, que detectem precocemente os casos, que garantam o tratamento adequado aos doentes, diminuam a ocorrência de incapacidades e promovam a prevenção da doença. Ou seja, as ações devem dizer respeito a impactos positivos na vida em sociedade, não no sentido abstrato do termo, mas relativo às vidas reais dos grupos sociais alcançados pela epidemia.

Ainda neste sentido, chama-se atenção para mais uma ressalva de teor semelhante, também feita pelos formuladores do Plano da União na mesma página 2. Ali é dito que o:

“Plano prevê formas de monitoramento da execução das ações previstas para o alcance de cada objetivo pela União. Essas estratégias compreendem atividades internas, diretamente relacionadas às rotinas de cada órgão, bem como ferramentas de divulgação e transparência de dados, disponibilizadas para os cidadãos. Essas formas de monitoramento não devem ser confundidas, porém, com o monitoramento deste Plano” (grifos nossos).

Tal ressalva reforça nosso argumento de que o Plano da União deveria apresentar metas e indicadores que garantam a transparência dos dados e também demonstrar alcance de resultados que não se limitem a uma mera listagem de atividades realizadas como se pode observar na versão do plano enviada ao STF. Nesta versão encontramos diversos quadros de Metas, Indicadores e Resultados Esperados apresentados para as ações propostas pelos formuladores que são meros descritivos de atividades. Damos como exemplo os itens 1.2. “Garantir o suporte ao isolamento ou distanciamento social” (pgs. 16 e 17), que prevê como metas “Realizar reunião de sensibilização” e como resultado “39 reuniões realizadas”; Item 1.4. “Realizar ações de comunicação e educação em saúde, com a participação dos povos indígenas, em formatos diversos, em linguagem acessível e com tradução para as línguas nativas” (pgs. 21 e 22) que prevê como meta “Elaborar e distribuir 363 cartazes sobre medidas de prevenção à Covid-19” e como resultado “Fixação de cartazes nos 363 polos-base”; Item 1.6. “Apoiar os povos indígenas no recebimento de auxílios” (pgs. 45, 46) que tem como meta “Divulgar normativos do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e recomendações para emissão da Certidão de Exercício de Atividade Rural (CEAR) diante do isolamento social em função da pandemia do coronavírus” e como resultado esperado um “Memorando-Circular nº 3/2020/SEPS/CGPDS/DPDSFUNAI”.

A descrição desses resultados mostra um plano comprometido com medidas administrativas, certamente necessárias, mas insuficientes para garantir um plano de fato

efetivo, que deve almejar, em termos gerais, assegurar o direito à vida, e, em termos específicos, o combate à Covid-19, Nem e nem outro objetivo poderá ser alcançado através de “reuniões realizadas”, “memorandos produzidos” ou “cartazes afixados”.

Maior preocupação ainda se gera na leitura do Item 4. “Assistência integral e diferenciada” (pgs. 61 a 63) que tem entre suas metas o “Estabelecimento de critérios para avaliação de barreiras de acesso a cuidados primários em saúde” e como resultado se propõe a produzir “Nota técnica sobre barreiras de acesso da populações indígenas a cuidados primários”. Outra meta que exemplifica nosso argumento é a que se propõe a realizar “Estudo do impacto orçamentário da expansão das ações da atenção primária para populações indígenas em terras não homologadas e com barreiras de acesso a unidades básicas de saúde para enfrentamento à Covid-19” e que tem como resultado esperado “Estudo de estudo do impacto orçamentário da expansão das ações da atenção básica primária para populações indígenas em terras não homologadas e com barreiras de acesso negado ao SUS no a unidades básicas de saúde para enfrentamento à Covid-19 realizado”.

Tais itens tratam de medida especificamente recomendada pelo STF que é a garantia de extensão das ações de combate à Covid-19 aos residentes em áreas urbanas e/ou não demarcadas. Porém a descrição dos resultados esperados para esta atividade prevê a produção de “Nota Técnica” versando sobre barreiras de acesso e um “estudo de impacto orçamentário”. Sem negar a relevância de tais recomendações fica a pergunta de como a União pretenderá ampliar suas ações para o cumprimento das recomendações do STF, uma vez jamais se ouviu falar que atendimento à saúde possa ser provido apenas através de Notas Técnicas e estudos de impacto orçamentários. Sendo estas atividades meio sua relevância está posta, porém esperar-se-ia que a União tivesse apresentado com clareza estratégias e atividades voltadas para efetivar a ampliação da cobertura assistencial para o atendimento a esses grupos, o que não foi encontrado no planejamento apresentado.

Em contraponto, no âmbito da assistência já prestada pela SESAI encontramos a meta “Manejo dos casos leves e o encaminhamento à atenção especializada dos casos graves de Covid-19, em conformidade com os protocolos do Ministério da Saúde” como indicadores “Número de casos de caso de Covid-19 tratados em aldeias Número de casos de Covid-19 com sinais de gravidade referenciado para atenção especializada” e como resultado esperado “Manejo de casos leves e o encaminhamento à atenção especializada dos casos graves de Covid-19, realizado adequadamente e em tempo oportuno” (pg. 62). Sendo essas ações em curso desenvolvidas pelo sistema de saúde, seria de esperar que os

formuladores do Plano da União apresentassem ações claras em que especificassem a população sob risco, o número de casos esperados, o quantitativo de atendimentos programados, os critérios para identificação, manejo (tratamento) dos casos leves e moderados, os critérios e quantitativos de exames diagnósticos a serem realizados, critérios e previsão de casos graves a serem transferidos para unidades especializadas e assim por diante.

**A opção por uma descrição genérica de ações e de resultados esperados tal como se lê no Plano da União, tanto dificulta a orientação para a atuação dos distritos sanitários quanto compromete a qualidade e efetividade das ações planejadas e inviabiliza a possibilidade de monitoramento das ações programadas.** Recomenda-se à União que siga as normativas e diretrizes técnicas que orientam o planejamento das políticas e ações de saúde preconizadas pelo Ministério da Saúde nas quais são preconizadas a identificação de problemas claros, a programação de ações voltadas para equacioná-los, a adoção de metas que quantifiquem o alcance da ação programada e o planejamento resultados que expressem o impacto ou a efetividade da ação sobre a saúde da população alvo do planejamento.

## **2) Sobre as apropriações e dissensos com as contribuições do Grupo de Consultores**

Gostaríamos de fazer alguns comentários sobre as considerações apresentadas no “Relatório do Grupo de Trabalho sobre o Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para Povos Indígenas Brasileiros no Âmbito da ADPF 709”, particularmente na sua sessão sobre as “recomendações incorporadas”. Consideramos que o **“Plano da União” carece de revisão técnica, e que faz uso superficial e inadequado de estudos, de informações e terminologia**, por outro lado, a apropriação das novas informações como os subsídios ofertados pelo Grupo de Consultores pouco dialoga na delimitação dos objetivos e ações que deveriam constar em um Plano da União efetivamente robusto.

Enfatizamos que, diante da falta de solicitações específicas e técnicas por parte da União, o Grupo de Consultores buscou indicar questões gerais que deveriam ser aprofundadas e discutidas com a equipe técnica das instituições. Dessa forma, o documento apresentado no dia 31 de agosto, relativo a terceira reunião do GT, não pretendeu ser uma proposta final de incorporação no Plano da União e sim como um ponto de partida para ulterior consolidação. Para além desse problema, queremos fazer

ponderações sobre o Quadro 1 (páginas 212-217), e destacar as limitações das incorporações feitas pela equipe governamental, das quais segue alguns exemplos:

- a) **Mudança de sentido da proposição:** a sugestão feita pelo GC de “Realizar as adequações necessárias para o recebimento de auxílios” foi reconfigurada no documento da União como “Apoiar os povos indígenas no recebimento de auxílios”. Consideramos o apoio relevante, mas insuficiente pois a demanda maior é pela interiorização do recebimento dos auxílios nas próprias terras indígenas. Outro exemplo, quando “Recomenda-se a testagem de outros vírus respiratórios, em especial o Influenza, e RSV em crianças, entre outros”, trata-se orientar para ampliação dos diagnósticos para outros viroses para além da Covid-19. Porém, na versão do plano enviado ao STG a recomendação do GC foi incorporada como “Fortalecer as estratégias de testagem para a indígena, incluindo-se o rastreamento de casos”, que se refere estritamente ao diagnóstico da Covid-19 e deixando de fora a testagem de outras viroses, com potencial de agravamento dos casos.
- b) **Apreensões equivocadas:** a sugestão de inclusão do Eixo “Garantir a articulação interministerial e intersetorial em nível federal para ações de promoção da saúde” foi incorporada como “Instituição de instrumentos formais de articulação entre “os três entes federativos para enfrentamento à Covid-19”. A articulação interministerial e intersetorial sugerida se refere ao fortalecimento de ações articuladas entre setores como educação, saúde, ambiente, habitação, entre outros e a incorporação efetuada pelos formuladores do Plano da União foi a de garantir a interação de entes federativos nos níveis federal, estadual e municipal de gestão. Ambas as providências são relevantes e necessárias, mas não podem ser tomadas como sinônimos. Outro exemplo, é a recomendação de que “o documento deve conter menção explícita ao rastreamento não somente de contatos de casos”. Essa recomendação visa ampliar a busca de casos de Covid-19 para alcançar os contatos e outros suspeitos, ampliando a acurácia da detecção de casos. Entretanto, o sentido original foi restrito a “Fortalecer as estratégias de testagem para a população indígena, incluindo-se o rastreamento de casos”.
- c) **Exclusões parciais:** “Combater o racismo e a discriminação de indígenas no acesso aos serviços”. No texto do Plano da União apresentado ao STF foi suprimido o termo “racismo”, questão absolutamente urgente na sociedade

brasileira e que também se encontra de maneira estrutural nos serviços de saúde.

- d) **Simplificação da recomendação:** Na recomendação “Estabelecer protocolos, realizar monitoramento e garantir os insumos e logística para a ambiência, limpeza de ambientes e equipamentos, provimento do EPIs e medidas de biossegurança adequada dos espaços do subsistema (sede, Casai, polos, posto, e no âmbito comunitário)”, a redação original do Grupo de Consultores se preocupou em apresentar um amplo leque de ações, a partir das quais se faria possível produzir protocolos, fazer monitoramento e garantir compras e logística adequada para a realização de diferentes ações, para a definição de espaços e fluxos adequados nos serviços de saúde, adoção de medidas de higienização, provimento de insumos e garantir orientações para proteção dos trabalhadores. No Plano da União está ampla recomendação foi reduzida a “Adotar medidas sanitárias de combate à Covid-19 no âmbito dos estabelecimentos de saúde indígena”, o que impede que seja desdobrada em diferentes objetivos e ações.
- e) **Incompatibilidade de proposições:** a recomendação do Grupo de Consultores para “Elaborar protocolos detalhados sobre os procedimentos de testagem e quarentena de trabalhadores em trânsito nos territórios, e garantir condições adequadas de isolamento e assistência para os trabalhadores sintomáticos” visava a proteção dos indígenas através da adoção de medidas para evitar a entrada de profissionais com Covid-19 em território indígena, quer estivessem assintomáticos ou sintomáticos. Porém na versão do Plano da União apresentada ao STF a recomendação foi convertida em “Prover condições de trabalho aos trabalhadores da saúde, com a distribuição e o monitoramento de insumos, equipamentos de proteção individual (EPI) e testes rápidos nos DSEI” e “Adotar medidas sanitárias de combate à Covid-19 no âmbito dos estabelecimentos de saúde indígena”. Outro exemplo, “Garantir o provimento de condições para adequada higienização das mãos para uso dos pacientes e seus acompanhantes e dos profissionais de saúde”, que se relaciona com acesso a água e insumos de higiene, foi apresentado como equivalente a ações de comunicação acerca das medidas de higiene tendo a seguinte redação no plano apresentado ao STF: “Divulgação e

implementação dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, incluindo o Protocolo de Higienização das Mãos”.

Gostaríamos de retomar nossos argumentos a respeito de alguns dissensos apresentados. Com relação ao título e incorporação ao longo do texto da noção de “povos indígenas brasileiros”, a posição do GC foi sempre de discordância dessa redação. **O GC propôs que a expressão fosse alterada para “povos indígenas no Brasil” pois os indígenas habitam o que é hoje o território nacional desde antes do Estado Brasileiro existir.** No momento que se reduz a condição dos indígenas a “brasileiros”, se ignora essa antecedência histórica e originária desses povos, e se minimiza os direitos que eles têm, inclusive os fundiários. Em função desse entendimento foi que o GC recomendou que se evitasse a terminologia “povos indígenas brasileiros” no título, algo recusado pelos representantes da União, e que efetivamente levou a sua incorporação como uma noção ao longo do texto, o que gera um grave precedente.

**No tocante à informação em saúde, aponta-se a premente necessidade de dar transparência a todos os dados gerados pelo subsistema de atenção à saúde dos povos indígenas.** Não é aceitável o argumento dos agentes de governo de que tal disponibilização possa “comprometer o direito ao sigilo e à privacidade e por acarretar risco de estigmatização dos indivíduos”. **Contestamos tal afirmação porque diversas bases e sistemas de informação em saúde de órgãos oficiais do país disponibilizam dados individuais seguindo critérios de “anonimização”, qual seja, a “utilização de meios técnicos razoáveis... por meio dos quais um dado perde a possibilidade de associação, direta ou indireta, a um indivíduo” (Lei 13.709, de 14 de agosto de 2018).**

Nesse sentido, e completamente compatível com procedimentos técnicos de rotina na produção de estatísticas públicas, recomenda-se que os dados individuais sejam disponibilizados, desde que devidamente anonimizados, com indicação de sexo, idade (expressa em anos, sem o uso de faixas etárias), etnia, aldeia, polo-base e DSEI. Também se recomenda a disponibilização de dados oriundos da “Ficha de Notificação de Síndrome Gripal”, que contém dados para todos os indivíduos notificados e/ou que foram a óbito pela Covid-19, dados relativos a força de trabalho e produção de serviços no subsistema e, dados demográficos.

Caso não estejam contemplados 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. É fundamental que os representantes das comunidades indígenas, a sociedade civil em geral e outros atores governamentais tenham acesso a esses dados para proceder o monitoramento das ações de saúde.

Por fim quanto a justificativa da União de que:

“A definição de critérios para implementação de unidades institucionais, o levantamento e estabelecimento do mínimo de recursos e insumos necessários por unidade, e o mapeamento das demandas de profissionais são atividades imprescindíveis da avaliação *ex ante* de políticas públicas, que possibilitam apontar a real necessidade e a viabilidade da política, tendo em vista, respectivamente, o diagnóstico do problema e os limites orçamentários e administrativos do órgão e de suas unidades nos territórios indígenas. Posto que constituem etapas prévias à elaboração das políticas públicas e não ações e metas de um determinado objetivo a ser alcançado, essas atividades não foram identificadas no Plano” (grifos nossos).

Gostaríamos de reforçar que **qualquer planejamento em saúde deve conter as informações relativas à sua capacidade instalada, recursos disponíveis e necessidades para implementação das ações**. De modo, que, particularmente se a União já fez essas análises, é fundamental apresentar essas informações ao GT e controle social indígena para que se possa efetivamente contribuir com o planejamento, estipular as metas e indicadores para as ações. Ademais a ausência de tais dados prejudica a possibilidade de monitoramento do Plano da União e da execução das ações.

**3) Eixos do “Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para Povos Indígenas Brasileiros”, de 07 de agosto de 2020” (Plano da União) e recomendações do GC**

a) Promoção da saúde e prevenção da Covid-19 nos territórios.

Consideramos que esse eixo apresenta diversos equívocos conceituais em relação noções de promoção de saúde e de prevenção. Ressaltamos, a promoção da saúde se relaciona com a redução vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, acesso a bens e serviços essenciais. E, ações de prevenção se referem

a conjuntos de medidas específicas voltadas reduzir a incidência e prevalência de determinado agravo (CZERESNIA, 2003). Da mesma forma, os conceitos de educação em saúde e comunicação em saúde se misturam, quando possuem perspectivas teórico-metodológicas bastante distintas, que precisam ser apresentadas.

Particularmente nesse eixo, a descrição das atividades em andamento e já realizadas ocupa parte significativa do texto e comprometem sua clareza, devendo ser deslocadas para um anexo. Além disso, como a cobertura das ações tampouco é apresentada não é possível analisar os impactos das distribuições de alimentos. As formas de participação indígena são vagamente mencionadas como “demandas indígenas” e necessidades “apontadas pelas lideranças”, o que não define mecanismos de participação e nem a garante. Insistimos, assim, que o Plano da União deve prever a garantia da consulta aos povos indígenas e sua participação efetiva em instâncias decisórias em todas as etapas do planejamento, execução e monitoramento das ações previstas.

Com relação ao objetivo 1.1 do eixo, observa-se que **as ações propostas para “contenção e isolamento dos invasores” se confunde com o controle e fluxo regular de indígenas e visitantes legais.** Assim, o Plano da União se foca no controle da entrada legal, e não justamente das ilegais que são as que mais expõem os indígenas aos riscos. E os indicadores ao invés de focar no monitoramento das invasões, se foca na implementação dos postos de controle e barreiras. Por outro lado, na apresentação das ações dos “planos de barreiras” não apresentam parâmetros mínimos de composição, insumos, regime de funcionamento e protocolos. **Sugerimos que essa discussão do plano se utilize das recomendações feitas pelos especialistas da “sala de situação” para povos isolados e de recém contato, também no âmbito da ADPF 709. Também deve-se ampliar o mapeamento para o conjunto de barreiras sanitárias implementadas pelas próprias comunidades e organizações indígenas.**

Com relação ao objetivo 1.2. (Garantir o suporte ao isolamento ou distanciamento social), as proposições de “reuniões de sensibilização” a serem organizadas pelo órgão indigenista FUNAI, com os moradores das comunidades indígenas contradiz as recomendações das autoridades sanitárias de evitar aglomeração de pessoas. As ações de comunicação em saúde com as comunidades indígenas são fundamentais, **mas sugerimos que se apoiem em informações transmitidas por meios de comunicação à distância.** Devemos também retomar a diretiva que **a educação em saúde é atribuição da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) e, particularmente, dos Agentes Indígenas de Saúde,** que devem ser os principais responsáveis por essas ações com vistas

a prover as informações no idioma e linguagens adequadas as povos indígenas, e portanto **devem receber a qualificação e insumos necessários para realizar essas atividades acerca da Covid-19.**

**A implantação de estruturas provisórias de isolamento social/ quarentena nas aldeias, com abastecimento de água e materiais necessários, é uma ação que deve ser discutida com as comunidades indígenas e controle social em todas as etapas do processo** para garantir que sejam feitas a partir da anuência da comunidade, em local e com as características indicadas pela população, mas também seguindo protocolos mínimos. Dessa forma, **deve-se ter documento com referências acerca da estrutura, responsáveis pela construção e manutenção, insumos e medidas preventivas da Covid-19 a serem implementados e as garantias acerca da alimentação e cuidados de saúde em tais espaços.** Ressaltamos também o papel das EMSI e dos agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento nesse processo.

Com relação ao item 1.3., “realizar orientações e medidas para minimizar os riscos nos deslocamentos entre comunidades e, principalmente, para os centros urbanos” entendemos que a recomendação mais adequada é que, com apoio do órgão indigenista, **se implemente e amplie a estruturação do acesso a ferramentas de comunicação (telefone, radiofonia, internet) das comunidades e terras indígenas, com a finalidade de que os profissionais da EMSI (AIS, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) e organizações indígenas, disseminem informações acerca dos riscos e das medidas preventivas nos deslocamentos.** Entretanto, essas orientações e medidas devem dialogar com as motivações que levam o deslocamento dos indígenas, procurando também **adotar medidas que minimizem essas causas.**

No item 1.4, que se refere as ações de comunicação e educação em saúde, existe um grave problema de entendimento do contexto indígena e das concepções teórico-metodológicas desses dois campos. As propostas apresentadas no Plano da União evidenciam pouca clareza entre o que seja comunicação em saúde, atividade que se relaciona com a produção e circulação de discursos sobre saúde, e comunicação institucional, executada por Assessorias de Comunicação que são responsáveis pela difusão de informações, valores e objetivos de uma instituição. Dessa forma, não cabe as assessorias de comunicação da FUNAI ou SESAI serem responsáveis pela produção de conteúdo sobre a prevenção e enfrentamento da Covid-19 direcionadas aos povos indígenas. Seria muito mais relevante **estabelecer parcerias com organizações indígenas, entidades indigenistas, redes de comunicadores indígenas, professores e**

**estudantes indígenas, que desde o início da pandemia têm produzido materiais com essa finalidade.** Caberia a SESAI e ao órgão indigenista fortalecer essas iniciativas para a produção de produtos audiovisuais, com pluralidade linguística e adequados aos contextos socioculturais, sobre a situação epidemiológica do território, medidas de prevenção individual e coletiva e orientando os fluxos de atendimento. Além disso, faz-se necessário **garantir as estruturas necessárias para difusão das informações por meio de radiofonia, rádios comunitárias, grupos de mensagens, carro de som, entre outros adequados aos contextos locais. As ações de educação em saúde, de responsabilidade das EMSI e AIS, poderiam ser fortalecidas por esses produtos.** Dessa forma, afirmamos que a proposição atual de distribuição de 363 cartazes e produção de vídeos institucionais, é ação limitada e incapaz de garantir o acesso à informação acerca da Covid-19 no contexto indígena.

Consideramos as ações propostas no item 1.5.2., “distribuir, em caráter emergencial, cestas de alimentos, com itens de higiene e limpeza, para indígenas em todo o país”, relevantes para a manutenção das medidas preventivas e do isolamento social das comunidades indígenas. Entretanto, ressaltamos a importância de manter necessária **regularidade** no fornecimento de cestas básicas no curso da pandemia, e o planejamento apresentado prevê conclusão quase imediata de todas as ações. Ademais, o Plano da União carece de indicadores e dados referentes à cobertura das ações. Recomendamos que o planejamento neste item deve minimamente definir:

- “o quê”: A distribuição de cestas em quantidade suficiente para atender às necessidades das comunidades durante o curso da pandemia, estando explícitas as informações sobre 1) o total de famílias **existentes**; 2) o percentual do total de famílias existentes a serem contempladas em cada etapa da ação, isto é, a cobertura (a descrição, na forma de Anexo, de etapas já realizadas de distribuição, deve obrigatoriamente incluir estas informações, e não apenas se limitar a listar o total de cestas previstas e distribuídas ou a informar quantos quilos de cada item foram distribuídos, pois tais listagens pouco informam sobre a magnitude e o real enfrentamento do problema.

- “por quê”: os critérios utilizados para a definição das famílias a serem beneficiadas, o que obrigatoriamente deve incluir a participação indígena em caráter de tomada de decisão. **Assinalamos que o estado nutricional não deve ser, neste momento, considerado definidor da necessidade de alimento pelas famílias indígenas, uma vez que a necessária restrição da mobilidade e das idas aos centros urbanos não se limita às famílias e indivíduos nutricionalmente comprometidos.**

- “onde”: a definição dos itens anteriores deve levar em conta os locais a serem contemplados, baseando-se em dados desagregados por DSEI, polo base, terra indígena e comunidade.

- “quando”: o plano deve prever a regularidade da distribuição, minimamente bimestral, desde que o conteúdo da cesta comprovadamente atenda às necessidades das famílias contribuindo para sua permanência nos territórios até a chegada da próxima remessa.

- “por quem”, a distribuição deve ser detalhada em termos dos responsáveis tanto pelo fornecimento como pela sua entrega.

“como” será executado: a descrição das diferentes etapas de todo o processo.

- com que “custo”: deverão ser previstos os custos da aquisição e da distribuição das cestas, garantida a sua regularidade no curso da pandemia e os demais aspectos acima descritos.

É fundamental destacar que estas informações são imprescindíveis para a efetividade do auxílio, bem como para o acompanhamento e monitoramento das ações pelos próprios povos indígenas, já que o portal apresentado no Plano da União como forma de acompanhamento “por qualquer cidadão” não apresenta estas informações, trazendo somente dados da execução orçamentária, sendo ainda pouco “amigável” e acessível ao cidadão comum, sem conhecimentos específicos no campo da Economia.

No que se refere à alimentação escolar, item 1.5.1., o Plano deve primordialmente prever a **garantia efetiva do acesso de todos estudantes indígenas na educação básica à mesma, a despeito da pandemia**. O trecho também deve ser profundamente revisado, já que em seu formato atual descreve longamente um conjunto de normativas e diretrizes do PNAE já existentes previamente à pandemia, e que possuem apenas tangencial, se tanto, relação com a mesma. Diante da vulnerabilidade do segmento indígena o grupo de especialistas entende que a meta fundamental deste componente deve ser a cobertura integral dos estudantes indígenas, isto é, fazer chegar à totalidade dos alunos um kit de alimentos pelo menos equivalente ao que receberiam ao longo do semestre. Como aparece no Plano, o componente está centrado na disponibilização de recursos financeiros pelo FNDE, o que deixa de lado a contrapartida de estados e municípios e corresponde a somente uma fração dos recursos necessários ao recebimento da alimentação escolar por estes estudantes. Além disso, os dispositivos legais apontados (Lei nº 13.987, de 7 de abril de 2020 e Resolução do Conselho Deliberativo -CD/FNDE nº 2, de 9 de abril de 2020) apenas **permitem** (grifo nosso) que o repasse financeiro pelo FNDE seja utilizado, mas não o exigem ou garantem que isto aconteça e se traduza na distribuição de kits

durante a pandemia. Assim é que mesmo a descrição das ações já realizadas ou em andamento neste sentido se limita aos repasses financeiros, a ações de estímulo à adesão pelos gestores locais. Nenhuma informação sobre a real distribuição dos kits é feita, e nem mesmo os endereços eletrônicos apontados no texto como meios de acompanhamento disponibilizam estas informações.

Reiteramos aqui que as modificações feitas no Plano da União não atendem às sugestões e solicitações feitas pelos especialistas para este componente, não preenchem as lacunas anteriormente apontadas e não avançam em direção ao detalhamento e suficiência do planejamento. Por fim, o planejamento dos “kits” da alimentação escolar a serem distribuídos deve seguir o mesmo formato (5w2h) e deveria, já de início, trazer descrito o universo de alunos a serem contemplados com a distribuição dos kits.

Com relação ao item 1.5.3., recomendamos que **o órgão indigenista avalie junto comunidades e organizações indígenas quais atividades sustentáveis relacionadas à geração de renda são possíveis de se realizar, considerando o cenário da pandemia, sem colocar a comunidade em risco. Entendemos que a compra direta de produtos da agricultura familiar, o escoamento da produção e venda para os centros urbanos, as mediações para a venda de produtos do artesanato podem ser alternativas possíveis e seguras, a ser avaliadas em cada contexto local.**

Ademais, o Plano da União menciona como alternativa de retomada econômica e geração de renda pós pandemia o turismo em terras indígenas. Conforme a instrução normativa da FUNAI nº 03/2015, qualquer atividade de visitação para fins turísticos em terras indígenas deve ser decidido pelas próprias comunidades indígenas, segundo as prerrogativas da Convenção 169 da OIT. **Não recomendamos o turismo em terras indígenas como estratégia de etnodesenvolvimento.** Além disso entendemos não ser do escopo desse Plano o debate sobre turismo em terras indígenas, no âmbito de uma epidemia cujas principais medidas de prevenção estão ligadas à restrição na circulação de pessoas. Além disso, delegar a iniciativa para o órgão indigenista sem considerar a participação e controle social dos povos indígenas fere o escopo da convenção 169 da OIT. A viabilidade de realização ou não de atividades turísticas em terras indígenas no pós pandemia deve ser objeto de decisão autônoma dos povos.

**No que se refere à produção de alimentos para o auto consumo, o Plano da União segue silenciando sobre as reconhecidas e reiteradas demandas dos povos indígenas nesta direção. Tão somente menciona superficialmente a possibilidade de compra da produção nativa para sua distribuição posterior nas comunidades, sem**

**apresentar qualquer proposição minimamente estruturada de como tais ações poderiam ser executadas.**

Com relação ao apoio aos povos indígenas no recebimento de auxílios, item 1.6, ressaltamos que os povos indígenas não precisam somente de direcionamento nas solicitações o obtenção desses benefícios e documentações, mas é **fundamental que o Plano preveja medidas objetivas para minimizar os efeitos de aglomeração na busca do auxílio emergencial e que proponha mecanismos claros que garantam a participação indígena. A simples menção a eventuais consultas a lideranças soa apenas retórica, na medida em que não detalha as etapas e recursos necessários para isto. O auxílio emergencial, enquanto direito dos povos indígenas no acesso às políticas de assistência social, demanda abordagem por território, pensando por exemplo, no escalonamento de datas para realização de saque de benefícios por grupos.**

Na medida em que a busca ao auxílio emergencial tem potencialidade de provocar deslocamento para as cidades, ampliando a exposição à doença o Plano deve propor medidas de prevenção e proteção ao contágio dos indígenas no acesso ao auxílio emergencial. SESAI, FUNAI, Ministério da Cidadania, organizações e lideranças indígenas e da sociedade civil têm papel chave na orientação da população visando a adoção de ações preventivas do contágio e a elaboração de alternativas socialmente adequadas de acesso ao recurso, devendo ter sua atuação explicitamente descrita no Plano.

b) Participação social e controle social

Este eixo afirma que tem como objetivo “[...] ampliar a participação de representantes do controle social da saúde indígena nos grupos de trabalho ou comitês relacionados ao enfrentamento à Covid-19”. (pág.03) A ampliação e fortalecimento do controle social, previsto na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Brasil, 2002) é de suma importância, mas refere-se a uma dimensão estrita da participação social. Recomenda-se, então, que a participação social, em seu sentido *lato*, seja um princípio norteador de todo o Plano da União, de modo a prever o envolvimento dos povos indígenas em todas as etapas dos processos, desde a identificação das necessidades locais até o envolvimento nas ações de planejamento, execução, avaliação e monitoramento, tal



como prevista em diferentes documentos internacionais e nacionais (Convenção nº 169 da OIT, 1989; Lei 9.836 de 1999; PNASPI, 2002).

Assim, **recomenda-se que a participação social e o controle social, além de comparecer no Plano como um eixo de ação, com objetivos, ações, metas e recursos próprios, configure-se, principalmente, como um princípio norteador do Plano como um todo** e que se oriente pela moral própria ao etnodesenvolvimento (Roberto Cardoso de Oliveira, 1992; 2006), ou seja, **que se inicie a partir do diálogo com os povos indígenas e garanta a participação social deles em todos os eixos, sempre que for possível**. Desde a Conferência de Alma Ata, em 1978, é reconhecido que os saberes locais são estratégicos para a identificação de necessidades e das dificuldades, bem como, centrais para a promoção de ações de saúde coordenadas e eficientes localmente.

**A participação não deve se restringir aos conselheiros locais e distritais de saúde indígena, mas abranger também famílias e lideranças indígenas, representantes de organizações indígenas e organizações indigenistas de modo a que possam se envolver no trabalho, para além das ações mais estritas e formais de participação social, buscando-se sua adesão também nas ações de planejamento, execução, avaliação e monitoramento do “Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para Povos Indígenas Brasileiros”, e nos Comitês de Crise e Enfrentamento da Covid-19 nos DSEI e municípios com populações indígenas.**

Sugere-se também a ampliação das ações propostas e revisão dos objetivos, conforme segue a seguir:

1. **criação de comitês locais nos polos-base**, para levantar as necessidades locais, planejar as ações e realizar a avaliação e o monitoramento das ações do “Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para Povos Indígenas Brasileiros”. Esses comitês locais devem reunir-se periodicamente e devem incluir a participação de conselheiros locais de saúde, lideranças locais, bem como, de representantes das organizações indígenas. Desse modo, recomenda-se uma revisão da ação a., para abranger: inclusão de membro(s) do Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI), de lideranças indígenas e de representantes das organizações indígenas nos comitês locais para discussão sobre o enfrentamento à Covid-19 em cada polo base.
2. **Recomenda-se a divulgação das ações dos Comitês de Crise Distrital nas reuniões do Conselho Distrital de Saúde Indígena.** Para isso, recomenda-se que a SESAI promova a realização das reuniões dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, providenciando os meios necessários para que essas reuniões aconteçam

de modo virtual enquanto durar a pandemia e as medidas de afastamento social, ou que ao menos haja meios de comunicação com os conselheiros para repasse de informação e consulta acerca das tomadas de decisão e avaliação do processo.

3. **Recomenda-se a reativação do Fórum dos Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde (FPCondisi)**, extintos pela Decreto N.º 9.759, de 11 de Abril de 2019. Este Fórum teve um papel reconhecido na ampliação do diálogo com a SESAI, visando as melhorias das ações de saúde indígena, ao promover a participação social no âmbito mais central da unidade gestora.

4. Recomenda-se que os relatórios produzidos pelos DSEIs, relativos às ações do “Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para Povos Indígenas Brasileiros” sejam encaminhados, também, para as instâncias do controle social para serem avaliados e monitorados em conjunto com as lideranças indígenas, representantes de organizações indígenas e indigenistas, e para o MPF.

**Além dessas ações, é notório reconhecer a importância das outras ações previstas no Plano. Desse modo, o que aqui se propõe não é uma substituição das ações que ora constam no Plano, mas sim a reformulação e ampliação das ações e dos objetivos previstos neste eixo. Quanto aos indicadores,** recomenda-se que incluam o quantitativo e regularidade de reuniões realizadas com a participação social e o controle social, tanto nos Comitês locais, como nos Conselhos Locais e Distritais de Saúde. O ideal seria um acompanhamento quinzenal.

**Com relação à Aplicação de recursos orçamentários-financeiros,** recomenda-se que a SESAI garanta o deslocamento e a diária dos indígenas para atuarem nos comitês de crise locais e distritais, bem como, nos conselhos municipais e estaduais de saúde, e que estruture condições e meios de comunicação a distância com os conselheiros e lideranças. Esse ponto tinha sido questionado anteriormente pelos consultores, que criticaram a falta de previsão de recursos orçamentários para o eixo, na dimensão específica, da participação social e do controle social. Os consultores já tinham apontado que a ausência da previsão de recursos orçamentários não é compatível com as ações necessárias para implementação deste eixo. O Plano, ao prever o item recurso-orçamentário como *não se aplica* (pág. 48-49) o que evidencia um desconhecimento das dificuldades locais para o deslocamento (distâncias geográficas, condições socioeconômicas limitadas, falta de acesso a meios de comunicação) ou o desinteresse pela real efetivação das atividades previstas para este eixo.

### c) **Promoção das interações e pactuações intergestoras e interministeriais**

**Caracterização do problema que orienta a organização deste eixo:** a implantação do subsistema de saúde indígena vinculado ao governo federal, instituiu uma singularidade no processo de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) que a partir dos anos 80 foi direcionado para a municipalização das ações de saúde, em particular no âmbito da atenção primária (APS). A atuação do governo federal como ente gestor e executor de atividades de APS dirigidas aos povos originários resultou de uma longa mobilização étnico política pautada pela existência de fortes tensões nas relações interétnicas nas municipalidades circunvizinhas aos territórios indígenas, demarcados ou não. Nessas circunstâncias, a legislação que criou o subsistema de saúde indígena teve como pressuposto a ideia de que o atendimento à saúde dos indígenas não seria adequadamente ofertado pelos sistemas municipais de saúde.

Embora necessárias, por protetivas dos direitos indígenas tais singularidades do processo de gestão do subsistema de saúde indígena exigem medidas adicionais de interação e pactuação entre os níveis federal (representado pela SESAI), estadual e municipal de gestão em saúde, visto que o perfil de assistência à saúde definido para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) não abrange o conjunto de ações necessárias para garantir a integralidade do atendimento necessário ao combate efetivo ao novo coronavírus e suas implicações na saúde humana, uma vez que tais cuidados, em particular para os casos graves exigem atendimento pré-hospitalar, acesso a exames ou terapias especializadas como internação em UTI e uso de respiradores, recursos não disponíveis rotineiramente nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Nessas circunstâncias, **a busca de garantir a integralidade e a continuidade das linhas de cuidado aos indígenas exige que se instituem processos de gestão capazes de garantir o acesso a recursos assistenciais que extrapolam largamente a capacidade instalada nos DSEI e nos seus polos base.** Como tais recursos não existem no subsistema de saúde indígena a alternativa viável é buscar atendimento dos sistemas municipais e estaduais de saúde mais próximos às terras indígenas.

**O alcance de tal objetivo exige que o gestor federal – responsável pela execução e realização das atividades de saúde indígena – proponha e efetive estratégias de gestão que permitam aos pacientes indígenas acessarem recursos médicos hospitalares dos estados e municípios, garantindo-se por esta via a assistência adequada aos pacientes afetados pela Covid-19.** Tal necessidade é anterior

à irrupção da epidemia, porém a ocorrência dela colocou à nu deficiências crônicas de gestão do subsistema de saúde indígena, que desde sua criação interage de modo insuficiente com outras instâncias do SUS.

Dentre as sugestões ofertadas pelos especialistas em saúde indígena das reuniões com os gestores federais recomendou-se à União:

- a. Instituir (ou acionar, quando existentes) instrumentos formais de articulação, em âmbito nacional, estadual e municipal, das ações de combate ao corona vírus garantindo a continuidade e a integração de atividades desenvolvidas três entes federativos, garantindo a continuidade e retroalimentação das ações dirigidas a indígenas e não indígenas e efetividade no combate à epidemia;
- b. Promover, quando pertinente, a articulação e padronização de protocolos técnicos de vigilância e combate à disseminação da doença, efetuando a necessária adaptação deles às singularidades das sociedades indígenas e às características dos territórios e assentamentos indígenas;
- c. Promover a participação dos diversos entes federativos e a participação paritária indígena nas instâncias de gestão e tomada de decisão no combate à Covid-19, nos comitês crise (COIs), comissões intergestores (CIB e CIT), CONASS e CONASEMS, quando pertinente, com a finalidade de inserir os cuidados aos indígenas na agenda de tomada de decisão do combate à epidemia.
- d. Garantir a articulação interministerial e intersetorial em nível federal promovendo a intersetorialidade necessária à promoção da saúde, garantia da terra indígena, segurança alimentar, acesso aos benefícios sociais, à escolaridade e geração de renda necessárias à reprodução do modo de vida indígena;
- e. Efetivar a integração das ações de vigilância em saúde e em particular da vigilância epidemiológica, realizadas nos DSEI às atividades realizadas no restante do SUS, zelando pela integração e visibilização das informações específicas do perfil de saúde dos indígenas em contraponto aos seus equivalentes não indígenas;
- f. Promover a compatibilização do sistema de informação em saúde indígena com as bases nacionais de dados, dando visibilidade aos perfis epidemiológicos indígenas no monitoramento e avaliação das ações de combate ao novo Coronavírus;
- g. Garantir meios para disponibilizar a informação epidemiológica oriunda dos casos notificados indígenas de modo a contemplar também informações específicas como etnia, aldeia, localização geográfica e outros meios que possibilitem a análise imediata do caso investigado e prover perfis étnico, demográfico e geográfico dos casos'

- h. Desenvolver estratégias de gestão que promovam e ampliem o acesso dos doentes indígenas ao sistema SISREG visando garantir o acesso a exames, leitos e outras formas de cuidado de saúde referido para unidades de saúde não disponíveis no DSEI.
- i. Combater o racismo e a discriminação de indígenas no acesso aos serviços, promovendo a equidade e garantindo a acessibilidade na busca de tratamento precoce ou tardio à infecção pelo novo Coronavírus.

No plano apresentado ao STF verifica-se que os formuladores do plano aproveitaram somente duas das nove recomendações formuladas pelos especialistas para este eixo de ação. As duas recomendações incorporadas ao plano foram: “*a) fortalecer a articulação entre os três entes federativos no enfrentamento à Covid-19; e b) combater a discriminação de indígenas no acesso aos serviços da Rede SUS.*” (pg. 50).

Entretanto a versão do plano enviada ao STF, as ações relatadas no plano (pgs. 49-50) relativas a esses objetivos são substituídas por ações que não guardam congruência com o campo de conhecimento e de ação do eixo que versa sobre política e gestão em saúde. Não se trata aqui de tentar fazer prevalecer uma opinião (a dos especialistas) sobre outra (a dos formuladores do plano), mas de demonstrar que as escolhas feitas no planejamento devem se pautar por critérios técnicos, sob pena de não alcançar os resultados e efeitos desejados.

Se analisarmos as ações propostas pelos formuladores do plano **pode-se verificar que os itens** “*a. preenchimento da variável raça/cor indígena nos sistemas de saúde SIVEP-Gripe, e-SUS Notifica e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), conforme preconiza Portaria N°344/2017; b. disponibilização dos boletins e informes epidemiológicos por DSEI no site da SESAI para publicizar o monitoramento dos casos de Covid-19, c. disponibilização dos boletins com análise por raça/cor dos casos de Covid-19 no Brasil*” **não versam sobre relações intergestoras no sistema de saúde**, pois são ações de vigilância epidemiológica que devem ser tratadas em outro eixo de ação. Ou seja, sua inclusão neste eixo não apenas é tecnicamente incorreta, mas também não poderá propiciar ou buscar meios para garantir o acesso de pacientes indígenas à hospitais e outros serviços especializados no SUS estadual ou municipal.

Já os itens “*d. adequação dos planos municipais e estaduais de enfrentamento à Covid-19 com ações específicas para população indígena; e. inclusão da participação de indígenas nas Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite*”, **embora sejam atividades típicas de gestão não poderão ser realizados por fugirem da governança**

**do governo federal.** Ou seja, a formulação e/ou adequação de tais planos é prerrogativa desses entes estaduais e municipais, não cabendo ao gestor federal efetuar tal adequação. Ressalve-se que a sugestão dos consultores nas ações relativas a essa temática adotaram uma formulação cautelosa expressa na fórmula “**Promover a participação dos diversos entes federativos e a participação paritária indígena nas instâncias de gestão e tomada de decisão no combate à Covid-19**”, assim procedendo pelo conhecimento de que o gestor federal não delibera sobre atuação desses fóruns.

Igualmente a União não tem poder para “*incluir*” participantes indígenas em fóruns como a Bipartite e Tripartite. Há legislação específica que regulamenta a representação nestes fóruns, não cabendo ao nível federal desempenhar tal papel.

Será inútil alongar o texto criticando a inadequação das escolhas feitas pelos formuladores do plano neste eixo de ação, uma vez que os exemplos já dados demonstram sobejamente que as ações propostas não propiciarão os resultados desejados que são a garantia – ou pelo menos os meios de busca – de acesso ao tratamento, quando necessário, em unidades de saúde e a recursos diagnóstico não disponíveis nos DSEI, mas que se façam necessários para o combate à Covid-19.

**Recomenda-se aos formuladores do plano que proponham medidas claras apresentadas na forma de acordos ou convênios (já firmados ou com estratégias claras de como pretendem firmá-los) que estabeleçam fluxos de solicitações e agendamento de exames, consultas e internações, de encaminhamento e deslocamento de pacientes para tratamentos não ofertados nos DSEI. Além disso poderiam apresentar demonstrativos técnicos de como pretendem integrar os dados relativos à notificação de casos de Covid-19 entre indígenas aos sistemas nacionais de monitoramento das epidemias, em nível municipal, estadual e federal.** Por outro lado, também seria recomendável que ao invés de programarem “incluir” participantes nas comissões Bipartite e Tripartite – ações fora de seu nível de governança – os formuladores do plano apresentassem demandas específicas a esses colegiados gestores, visando o aprimoramento das ações de combate à Covid-19 nos níveis de assistência que não guardam subordinação ao governo federal.

d) Reorganização e qualificação do trabalho e segurança do usuário e trabalhador

No contexto da pandemia de Covid-19, os profissionais de saúde são considerados como um grupo com maior risco de infecção pelo Sars-Covi-2, dessa forma, **cabe aos**

**gestores a responsabilidade por garantir condições de trabalho seguras e adequadas para a saúde dos trabalhadores e proteção dos usuários dos serviços** (Barroso et al, 2020). Somente dessa forma os trabalhadores vão poder continuar prestando seus serviços com qualidade, situação que se mostra particularmente preocupante em sistemas de saúde frágeis e em regiões remotas (BALLARD et al, 2020). Nesse sentido, vale destacar que subsistema de saúde indígena há décadas enfrenta problemas na contratação de trabalhadores, que resulta em alta rotatividade e dificuldades na qualificação contínua, num contexto em que o vínculo entre equipe e comunidades é imprescindível para os resultados das ações, dado o contexto intercultural. Tais variáveis preexistentes ganham maior relevância no contexto da epidemia, cuja ocorrência pressiona os recursos de saúde já implantados e demanda a ampliação da força de trabalho e da capacidade instalada nos serviços de saúde.

A OIT estabeleceu como recomendações para manter os profissionais de saúde seguros, a contínua disponibilização de informações atualizadas sobre a doença e os procedimentos e rotinas de prevenção; a disponibilização regular e adequada de EPIs; a testagem ampla dos trabalhadores; e garantir os investimentos para ampliar e manter profissionais de saúde em quantidade adequada e qualificados para atuar no contexto da pandemia (BARROSO et al, 2020, p. 8-9).

No Brasil, a Nota Técnica de nº 04/2020 da ANVISA também reforça a necessidade de disseminar informações sobre normas e rotinas dos procedimentos relativos ao combate à Covid-19; a capacitação dos profissionais sobre medidas de prevenção da doença no âmbito assistencial e a necessidade de treinamento para o uso correto e seguro, acondicionamento e descarte dos EPI e demais equipamentos de proteção. Essa nota técnica (Nota Técnica de nº 04/2020 da ANVISA: 05) destaca também:

“estas são orientações mínimas que devem ser seguidas por todos os serviços de saúde, no entanto, os profissionais de saúde e os serviços de saúde brasileiros podem determinar ações de prevenção e controle mais rigorosas que as definidas por este documento, baseando-se em uma avaliação caso a caso e de acordo com os recursos disponíveis”.

Consideramos que no contexto do subsistema deve-se adotar esse maior rigor nas medidas preventivas nos serviços e atuação com populações indígenas, particularmente nas regiões com povos isolados e de recém contato interétnico. É prioritária a definição clara e rigorosa de rotinas e protocolos no trânsito dos profissionais de saúde e



**trabalhadores em territórios indígena, com testagem por RT-PCR e adoção de quarentena, para evitar os riscos de transmissão da Covid-19 por trabalhadores assintomáticos ou que estejam no período de incubação da doença. Deve-se realizar rotineiramente triagem de sintomas dos profissionais e testagem, preferencialmente RT-PCR ou inquéritos sorológicos amplos. Deve-se estabelecer que os trabalhadores com teste molecular ou sorológico (IGM) positivos sejam impedidos de realizar atividades presenciais com entrada em área indígena. Na ocorrência da positividade destes exames os profissionais devem ser afastados e somente retornar ao serviços após 14 dias de isolamento, estando sem sintomas por ao menos 3 dias, e preferencialmente com nova testagem garantindo IGM e RT-PCR negativos.**

Novamente recomendamos a garantia de elaboração e difusão constante de protocolos de uso correto e seguro, acondicionamento e descarte dos EPI e demais equipamentos de proteção, e o monitoramento e supervisão acerca da aplicação de tais medidas e dos insumos necessários para os diferentes trabalhadores, seguindo normas da ANVISA/MS. Para isso, faz-se necessário estimar os quantitativos necessários por trabalhador e população/local/período, para inclusive fazer o monitoramento do plano. Deve-se atentar para incluir nos quantitativos as necessidades de EPI destinados aos usuários sintomáticos que devem receber máscaras no momento e local de atendimento. Igualmente devem ser previstas as necessidades de EPI para outros os trabalhadores que atuam em contato com os profissionais de saúde e pacientes como motoristas, profissionais da limpeza, segurança, barqueiros, entre outros. Nos custos, além dos insumos, deve-se estimar a logística necessária para a distribuição. **Há de se destacar a importância das contribuições de organizações não governamentais, governamentais e da sociedade civil nas doações de insumos** para os DSEI e comunidades indígenas, podendo ser, inclusive, fortalecidas.

Particularmente queremos ressaltar que as medidas, estimativas de custos na formulação e implementação de ações de planejamento, devem se atentar para o quantitativo de Agentes Indígenas de Saúde (AIS), que são o maior contingente de trabalhadores atuando no subsistema cujos processos de trabalho tem especificidades a serem contempladas. Além de garantirem o cuidado contínuo e direto nas comunidades indígenas os Agentes Indígenas de Saúde são a primeira referência das comunidades indígenas frente à ocorrência de doença. Devem estar adequadamente qualificados para a vigilância e ações preventivas da Covid-19, devidamente treinados e dispor de

quantidades adequadas de Equipamentos de Proteção Individual. Alertamos que frequentemente não se considera a compra e disponibilização de insumos e de Equipamentos de Proteção Individual para esses trabalhadores, que ademais requerem estratégias específicas para sua qualificação, considerando a heterogeneidade do seu perfil de escolaridade e profissionalização (GARNELO et al, 2019; FIOCRUZ, 2020). Ressaltamos que a lei 14.023/2020 incluiu os Agentes Comunitários de Saúde na lista dos profissionais essenciais ao enfrentamento da pandemia (FIOCRUZ, 2020), e os Agentes Indígenas de Saúde fazem parte desse perfil profissional devendo ter sua atuação contemplada com ações de biossegurança.

Ressaltamos que não existe disponibilização das informações acerca de casos, em trabalhadores do subsistema, de Síndrome Gripal, Síndrome Respiratória Aguda Grave ou Covid-19, mas em reportagem recente, a partir de informações obtidas pela LAI, se apontou uma baixa testagem de trabalhadores do subsistema e altas taxas de contaminação, chegando em um distritos sanitário a 20% dos trabalhadores (<https://www.nytimes.com/2020/07/19/world/americas/coronavirus-brazil-indigenous.html>). Dessa forma, **urge o fortalecimento de medidas acerca da segurança dos trabalhadores, assim como, a transparência das informações sobre realização de testagem, identificação de sintomáticos, Síndrome Respiratória Aguda Grave, óbitos e casos de Covid-19 entre trabalhadores do subsistema de saúde indígena, aí incluídos também os Agentes Indígenas de Saúde.**

Ademais, **a Covid-19 foi reconhecida como uma doença ocupacional (SOBRASP, 2020)**, sendo fundamental conscientizar gestores e profissionais sobre seus direitos e obrigações nos esforços para a proteção da saúde de trabalhadores e usuários nos serviços de saúde. Deve-se garantir o apoio social, assistência e afastamentos aos trabalhadores, inclusive quanto as sequelas decorrentes da Covid-19. Há que se destacar a atenção a saúde mental dos trabalhadores que no contexto da covid-19 se veem sobrecarregados e enfrentam diversos fatores estressores, como a sobrecarga e pressão no trabalho, as incertezas, medo ou assédio moral (ABRASCO, 2020). Destacamos **a importância do diálogo entre gestores e profissionais para construção coletiva e participativa das estratégias, monitoramentos e adequações das medidas necessárias para a segurança e saúde dos usuários e trabalhadores.**

Nesse contexto, a qualificação profissional é uma estratégia tanto para familiarizar e preparar os profissionais com as rotinas e informações técnicas dessa nova doença, quanto para fortalecer sua capacidade de proteger a si e aos usuários no labor cotidiano.

Nesse contexto e diante das características da transmissão do Sars-Covi-2, outro conjunto importante de recomendações a constar no plano dizem respeito à necessidade de **adequação dos espaços, circulação e rotinas de trabalho dos espaços dos serviços e de atuação das equipes de saúde, seja para manter o atendimento das demandas gerais de saúde da população e evitar aglomerações** quanto para a assistência adequada e integral a casos suspeitos e confirmados da Covid-19 (ENGSTROM et al, 2020).

Ressaltamos que o subsistema de saúde indígena possui diferentes espaços que precisam ser considerados (PNASPI, 2012) no planejamento e execução das medidas, quais sejam: a) Comunitário ou aldeia; b) Polo Base ou UAPI; c) Sede dos DSEI; d) CASAI. Deve-se prever espaços separados para atendimento de sintomáticos respiratório ou gripais, daqueles outros, assim como equipes de saúde separadas, para minimizar riscos de contaminação de trabalhadores e usuários.

Outro aspecto, é a **necessidade de rever os quantitativos e perfis dos trabalhadores que atuam no subsistema** por diferentes motivos: reorganização das atividades no período crítico da pandemia; afastamentos de trabalhadores de grupo de risco; afastamentos por suspeita ou confirmação da Covid-19 e suas sequelas; necessidade de apoio técnico qualificado ou especializado; ou outras demandas. Para isso deve-se considerar estratégias de contratação emergencial, a partir das necessidades e especificidades de cada DSEI, que já devem ter sido mapeadas pelos gestores e devem ser apresentadas. Também considerando que a ADPF 709 prevê a expansão imediata da assistência para reservas e territórios não homologados e aqueles que encontram barreiras no acesso ao SUS, indica-se que o aumento da demanda irá exigir contratações para não prejudicar a qualidade da atenção.

No contexto da pandemia, a SESAI criou duas estratégias para o enfrentamento da Covid-19 em contextos indígenas: a) Equipe de Resposta Rápida (ERR) (Portaria 55 de 13 de abril de 2020) e, b) Unidades de Atenção Primária Indígena (UAPI) da covid-19 (Ofício Circular 37 de 27 de Maio de 2020). Entretanto, se padronizou 1 (uma) Equipe de Resposta Rápida por Distrito Sanitário Especial Indígena, sem efetuar levantamento de demandas e necessidades de cada região e Distrito, que seguramente são diversas. Tampouco há um mapeamento, estimativas, cronograma ou custos para implantação das Unidade de Atenção Primária Indígena nos 34 Distritos, tendo sido repassado para o nível local essa responsabilidade. Consideramos que cabe a SESAI a coordenação e apoio para implantação da totalidade de UAPIs necessárias para o enfrentamento da Covid-19, pois a iniciativa ultrapassa a capacidade instalada e recursos disponíveis nos Distritos.

Ademais, as Unidades de Atenção Primária Indígena demandam profissionais de saúde qualificados, e não foram apresentados os mecanismos da contratação, indicando-se para a realização das ações de Resposta Rápida as próprias Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena já disponíveis em cada Distrito Sanitário Especial Indígena, resultando em prejuízo para a realização de outras ações de rotina nos Distritos. Consideramos que está evidente a falta de provimento adequado de profissionais de saúde nos Distritos para garantir a manutenção das demandas e rotinas de atendimento e a atuação no enfrentamento da Covid-19 e Unidades de Atenção Primária Indígena. As ações de combate à epidemia são guiadas por recomendações para que haja separação de equipes para minimizar a transmissão da doença (ENGESTROM, 2020). Sugerimos a análise de viabilidade e planejamento detalhado da implementação de estratégias de telemedicina ou tele saúde para apoio das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, Agentes Indígenas de Saúde e usuários indígenas, para fortalecimento do apoio técnico aos profissionais e assistência dos usuários.

Considerando que, **a SESAI preconizou que a capacitação dos trabalhadores para o enfrentamento da Covid-19 deve ocorrer através da modalidade à distância, entendemos ser de responsabilidade da União prover as condições estruturais necessárias para tal.** Sabemos que a atuação das equipes de saúde ocorre em territórios indígenas onde frequentemente não há disponibilidade de meios de comunicação facilmente encontrados em centros urbanos, como internet ou telefonia celular. Ademais, mesmo em vários municípios onde se localizam a sede dos Distritos a disponibilidade e qualidade de internet não é garantida. Dessa forma, **faz-se necessário prever a estruturação das condições do acesso as informações e a formulação das estratégias pelas quais se garantirá a realização e monitoramento qualidade da qualificação dos trabalhadores para enfrentamento da Covid-19, seja das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, profissionais da sede dos Distritos e das Casas de Saúde Indígena.**

**Nos preocupa que o plano atribua aos trabalhadores a responsabilidade pela sua própria qualificação no contexto da pandemia.** As orientações dos informes técnicos da SESAI se limitam repassar uma lista de plataformas, sites e conteúdos sobre a covid-19 que os trabalhadores devem procurar para se atualizar. Em que pese a qualidade dessas informação a informação sobre os endereços eletrônicos onde podem ser encontradas não garante que esses trabalhadores estarão qualificados e atualizados de em curto prazo. **É fundamental a formulação de um programa de qualificação**

**contínuo (com conteúdo e carga horária mínimos, e certificação), e o acompanhamento da força de trabalho, de modo a monitorar se esses trabalhadores estão tendo acesso a essas informações, se foram qualificados adequadamente e se seguem corretamente os protocolos de segurança e novas rotinas. Particularmente, para os Agentes Indígenas de Saúde e de Saneamento deve haver uma estratégia específica pois esses têm maiores dificuldades no acesso a meios de comunicação, sendo variável a fluência no português e sendo menos familiarizados com plataformas de ensino a distância, necessitando um acompanhamento especial de sua qualificação.** Destacamos a necessidade de capacitação sobre Covid-19 também para aqueles trabalhadores que atuam com apoio como motoristas, barqueiros, proeiros, auxiliares de limpeza, entre outros. Sugerimos a produção de materiais informativos em diferentes formatos, adequados e acessíveis, para esses diferentes públicos, e que sejam planejados a supervisão e monitoramento dessa qualificação. A produção de materiais informativos deve ser adequada para os diferentes perfis profissionais, viabilizada no seu acesso e monitorada.

No atual Plano apresentado ao STF, a garantia da implementação e monitoramento dos objetivos relacionados a esse eixo está comprometida, sendo notável a falta de detalhamento dos procedimentos protocolares, metodologias de aplicação, programação de insumos, recursos humanos e logísticas e de estabelecimento dos fluxos e ações de monitoramento. A ausência de cronograma, responsabilizações e orçamentos detalhados comprometem a implementação do plano. E, como as definições de metas e indicadores estão insuficientes e inadequadas, as medidas propostas não garantem o impacto na qualidade da atenção e segurança de pacientes e trabalhadores.

e) Vigilância e Informação em Saúde

No que se refere ao eixo intitulado “Vigilância e Informação em Saúde”, ressalta-se que um aspecto geral da apresentação do “Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para Povos Indígenas Brasileiros” que prejudica sua compreensão e análise da consistência e factibilidade por eixos é a separação dos Objetivos (Seção III. Objetivo Geral e Específicos por Eixo, item 5. Vigilância e informação em saúde, página 5), das Ações, das Metas, Indicadores e Resultados esperados, do Cronograma de execução e da Aplicação de recursos orçamentários-financeiros (IV. Execução e monitoramento por

eixo, item 3. Vigilância e informação em saúde, páginas 57 a 61) que foram distribuídos em diferentes seções do texto.

A reconstrução do eixo 5 pela junção desses fragmentos dispersos no Plano da União em uma sequência lógica que abranja os Objetivos, Ações, Indicadores, Metas, Cronograma, Orçamento e Resultados esperados revela as seguintes questões:

1. Os objetivos propostos não são suficientes ou, em alguns casos, pertinentes para garantir a efetividade das ações de vigilância da Covid-19 a fim de reduzir os impactos da pandemia em povos indígenas no Brasil (pg. 5);
2. Cada objetivo não foi desdobrado em ações que contribuam de forma satisfatória para que o objetivo seja atingido (pg. 59);
3. Os indicadores deveriam ser detalhados quanto às suas formas de cálculo e fontes de dados, assim como as metas deveriam ser medidas quantificáveis a serem alcançadas e aferidas em um prazo preestabelecido. Neste eixo, verificou-se que as metas são, em sua maioria, repetições dos próprios objetivos, e não sendo passíveis de quantificação a partir dos indicadores propostos. Além disso, as metas devem ser ajustadas a fim de melhor esclarecer como contribuirão para atingir os objetivos. Como exemplo, destaca-se a meta constante na tabela apresentada no item A (pg.60) “verificação do cenário epidemiológico para aumento da sensibilidade do critério de definição de casos suspeitos” (também apresentado como ação a ser fortalecida na pg. 59). Essa foi uma recomendação do GC, com base no fato de que tornar o critério de suspeita mais sensível aumenta a probabilidade de detecção da circulação viral em uma comunidade, reduzindo o risco de surtos. Por sua vez, em sua maioria, os indicadores apresentados no Plano da União são meras contagens de eventos apresentados em números absolutos, não possibilitando apreender se o valor a ser alcançado é “bom” ou “ruim” ou “atingido” ou “não atingido”. Portanto, os resultados esperados dificilmente serão aferidos de forma satisfatória com o planejamento proposto (pgs. 59-60).
4. O cronograma de execução é vago, com todas as metas já iniciadas (data de início) e com prazo de término indeterminado (pg. 60);
5. A aplicação de recursos orçamentários-financeiros está preenchida com “não se aplica” em todos os seus itens, como se para a execução das ações de vigilância não houvesse necessidade de recursos específicos. Um claro exemplo que pode ser dado acerca dessa afirmação é para a meta “Adoção de estratégias de

testagem para a população indígena”, para a qual afirma-se que os itens “Natureza de Despesa”, “Descrição”, “Quantidade”, “Valor Unitário” e “Valor Total” não se aplicam. Nessa meta em particular, considera-se clara a necessidade de recursos para garantia de insumos, testes, fluxos de material biológico, força de trabalho, entre outros (pgs. 60-61).

6. O Plano da União também aponta que o Monitoramento das ações será feito pelo acompanhamento mensal dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas pelo nível federal, sem que isso esteja previsto nas ações, indicadores, metas, prazos e recursos constantes no Plano (pg. 61).

Após mencionar essa perspectiva geral de fragilidade no planejamento do eixo 5, que se repete nos demais eixos do plano, seguem-se comentários e recomendações acerca de pontos específicos da Vigilância e Informação em Saúde que podem ser aprimorados a fim de minimizar os impactos da pandemia nos povos indígenas:

1. O Grupo de Consultores recomendou que a equipe responsável pela elaboração do Plano da União considerasse o Informe Técnico nº. 6 da SESAI/Ministério da Saúde (Anexo A do Plano, pg. 66) como *ponto de partida* para a estruturação da versão final do Plano, visto que esse informe havia sido estruturado de maneira mais detalhada e objetiva em relação às ações, estratégias, conceitos e definições a serem adotados no nível local para o efetivo enfrentamento da pandemia. Porém, verificou-se, no Plano da União, a referência explícita ao Informe Técnico nº. 6. Contudo, a SESAI/MS publicou uma versão atualizada desse Informe em 11 de agosto de 2020, o Informe Técnico nº. 7 da SESAI/Ministério (disponível em [https://drive.google.com/drive/folders/1NypkAgVkBQU5ztQ4yWVgh1bgxd\\_iBIBhh](https://drive.google.com/drive/folders/1NypkAgVkBQU5ztQ4yWVgh1bgxd_iBIBhh)). Portanto, a menção ao Informe Técnico nº. 6 no Plano da União e a imediata publicação do Informe Técnico nº. 7 atualizado, incorporando parte das sugestões do Grupo de Consultores, remete diretamente à seção Objetivos dos eixos (pg. 5 do Plano da União), que o Governo estabelece como primeiro objetivo específico “(a) adotar as recomendações mais recentes da SESAI/Ministério da Saúde sobre a definição de casos suspeitos, confirmados e descartados de Covid-19, bem como os critérios de notificação”.



O Grupo de Consultores considera inadequada a formulação deste objetivo, na medida em que se observou que as versões anteriores dos planos propostas pela União estavam sempre muito defasadas em relação as recomendações mais atuais do próprio Ministério da Saúde, colocando os indígenas em maior vulnerabilidade à doença. O exemplo da atualização Informe Técnico nº. 7 quatro dias após o envio do Plano ao STF evidencia que não basta que o objetivo se encerre em “adotar as recomendações mais recentes da SESAI/MS em relação à definição de casos suspeitos, confirmados e descartados”. O Grupo de Consultores considera que o objetivo deve estabelecer que a SESAI/MS atualize constantemente suas recomendações com base nas melhores evidências científicas disponíveis e que essas recomendações sejam adaptadas, incorporadas nos Planos Distritais e executadas no nível local.

2. Quanto ao objetivo “(b) fortalecer as estratégias de testagem para a população indígena, incluindo-se o rastreamento de casos” (Objetivos dos eixos, pg.5), o **Grupo de Consultores considera que é necessário incluir no texto o rastreamento de contatos dos casos. É possível que um contato esteja infectado e seja assintomático ou pré-sintomático, podendo transmitir a infecção para outras pessoas. Desta forma, a vigilância deve ser preferencialmente ativa** (quando a situação epidemiológica e geográfica permitir, inclusive utilizando estratégias de monitoramento remoto por rádio, telefone ou internet) e priorizar caso sintomáticos e seus contatos. Sem esse rastreamento, a probabilidade de interrupção da cadeia de transmissão é menor, o que aumenta o risco de surtos em comunidades indígenas.
3. Quanto ao objetivo “(c) manter os estudos epidemiológicos visando à continuidade do monitoramento das taxas de morbidade e mortalidade causadas por Covid-19” (Objetivos dos eixos, pg.5), o Grupo de Consultores entende que o papel da SESAI/MS não é o de realizar estudos epidemiológicos, já que o monitoramento faz parte da vigilância. Considera-se na vigilância em saúde que a informação é instrumento para a ação, ou seja, a execução das ações de vigilância e atenção à saúde qualificadas dependem de uma informação ágil e oportuna sobre a pandemia, que não se sobrepõe, necessariamente, aos estudos epidemiológicos. Portanto, a produção, análise e disseminação da informação é parte indispensável da vigilância em saúde e

o objetivo (c), no entendimento do Grupo de Consultores, deveria ser reformulado para incorporar esse conceito.

4. Na seção 3. Vigilância e informação em saúde (pg. 57), destaca-se a afirmação “As estratégias de testagem para a população indígena, incluindo o rastreamento de casos, devem igualmente seguir as orientações da SESAI...”. **Para o Grupo de Consultores, essa assertiva deve explicitar o rastreamento de contatos, considerado fundamental para interrupção da cadeia de transmissão da Covid-19, conforme mencionado no item b (objetivo b) deste documento;**
5. No detalhamento apresentado no Plano da União sobre investigação laboratorial (pgs. 57-59), não há menção aos critérios para definição e investigação dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e óbito na comunidade, ainda que tenha sido feito um detalhamento desses critérios para os casos de Síndrome Gripal (SG) leve e moderada. É fundamental que seja conduzida a investigação de formas graves da doença, sobretudo dos óbitos, e confirmação diagnóstica, para a melhor compreensão da pandemia e adoção de medidas pertinentes para evitá-los. Todos os esforços devem ser empreendidos para confirmar laboratorialmente as formas graves de doença.
6. A recomendação de utilização do teste sorológico rápido a partir do 8º dia dos sintomas para confirmação de caso sintomáticos pode resultar em baixa confirmação de casos (ou seja, subnotificação), na medida em que existem limitações na acurácia desses testes, podendo gerar falsos-positivos e falsos-negativos.
7. Foi ressaltado pelo Grupo de Consultores que o teste rápido não faz a detecção da infecção e pode atrasar as medidas de isolamento recomendadas em caso de suspeita. Isso também tem implicações sobre as recomendações sobre rastreamento de contatos apenas de casos confirmados laboratorialmente, conforme consta no Plano da União (pgs. 57-58). Por isso, **entende-se que as medidas mais eficazes para conter a pandemia devem se basear em critérios mais amplos e sensíveis, a fim de aumentar a probabilidade de detecção de casos de infecção e a adoção de medidas efetivas de contenção da disseminação do vírus.** Ressalta-se que a falta de confirmação laboratorial de um caso suspeito não deve se constituir em impeditivo para a adoção de

medidas de isolamento do caso e seus contatos, e de outras medidas de proteção individual e coletivas.

8. **Os indicadores propostos não são adequados e/ou suficientes para monitorar a evolução da pandemia na população, assim como os impactos das ações propostas.** Não são explicitados, por exemplo, indicadores de cobertura das ações e serviços, os relativos à ocorrência e evolução da doença, como proporções e taxas de casos suspeitos por critério, testados por tipo de teste, confirmados e outros.
9. No tocante à informação em saúde, **há a premente necessidade de dar transparência a todos os dados gerados pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, da mesma forma que as demais bases e sistemas de informação em saúde de órgãos oficiais do país (Lei 13.709, de 14 de agosto de 2018).** Nesse sentido, e completamente compatível com procedimentos técnicos de rotina na produção de estatísticas públicas, o Grupo de Consultores recomenda a disponibilização, para acesso público, de dados individuais devidamente anonimizados, com indicação de sexo, idade (em anos, sem o uso de faixas etárias), etnia, aldeia, polo-base e DSEI. Também devem ser disponibilizados dados oriundos da “Ficha de Notificação de Síndrome Gripal” para todos os indivíduos notificados ou que foram a óbito pela Covid-19, incluindo usuários e trabalhadores do subsistema. Os dados a serem fornecidos devem ser: data de notificação, sintomas, data de início dos sintomas, condições pré-existent (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 Covid 19, que é uma doença que se vincula ao quadro geral de saúde das populações e que deve permanecer como agravo por um longo período de tempo, solicita-se que, tal como sugerido no referido documento preparado pela União, que no prazo de três meses seja disponibilizado para acesso público, na plenitude e de forma anonimizada, o módulo demográfico e outras informações do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI).**

f) Assistência Integral e Diferenciada

Considerando a gravidade da pandemia, a progressiva expansão da transmissão do Sars-Cov-2 em territórios indígenas e aumento de óbitos, preocupa o Grupo de Consultores que o Plano contemple somente 3 ações:

a) adotar estratégias para expansão da atenção primária à saúde a populações indígenas em terras não homologadas e/ou com barreiras de acesso a unidades básicas de saúde;

b) propiciar manejo dos casos leves e o encaminhamento à atenção especializada dos casos graves de Covid-19, em conformidade com os protocolos do Ministério da Saúde;

c) aprimorar as diretrizes já existentes para as Casas de Saúde Indígena.

Deve-se destacar que nenhuma destas ações apresenta detalhamento específico no plano, estando ausentes o dimensionamento da ampliação de recursos necessários (trabalhadores, insumos, contratos para transporte, entre outros), diretrizes para

implementação de novos equipamentos de saúde (Unidades de Atenção Primária Indígena), cronograma de execução e previsão orçamentária específica, entre outros.

**Considerando a urgência da implementação de ações assistenciais diferenciadas em um cenário de pandemia, as propostas delineadas no Plano são insuficientes para que seja possível o aprimoramento do complexo sistema de atenção à saúde dos povos indígenas. Ressaltamos que no contexto da pandemia os serviços têm que ter sua capacidade aumentada, para dar conta das suas ações regulares e o enfrentamento da Covid-19.** Dessa forma, apresentaremos a seguir um conjunto ampliado de recomendações para reformulação do plano da União.

No eixo da Assistência integral e diferenciada, cabe indicar duas dimensões. A primeira delas diz respeito propriamente à integralidade da atenção de casos de Síndrome Respiratória (SR), Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e da Covid-19, incluindo detecção, manejo de casos leves e moderados, coordenação do cuidado para encaminhamento e acompanhamento de casos graves, orientação quanto aos ritos funerários, além do acompanhamento das sequelas possíveis relacionadas a Covid-19. A outra dimensão diz respeito à continuidade das ações de atenção integral fundamentais para a manutenção da saúde (vacinação, pré-natal, atendimento à pacientes crônicos e à outras queixas agudas, entre outros). A não observação desta dimensão pode acarretar aumento considerável de mortalidade por causas evitáveis, uma vez que pode ocorrer a precarização de importantes aspectos da assistência. As duas dimensões estão articuladas, pois, em um contexto de pandemia de uma doença de rápida evolução e gravidade comprovada, é de fundamental importância que os serviços de Atenção Primária aumentem sua resolubilidade para evitar remoções desnecessárias e possibilitar o suporte necessário para casos graves que devam ser transferidos. A estrita observação dessas duas dimensões têm relação direta com a mitigação dos efeitos da pandemia na morbidade e mortalidade dos povos indígenas.

Com o objetivo de orientar o planejamento das ações de assistência à saúde indígena neste contexto, seguem as seguintes recomendações aos objetivos/ações propostos pela União:

a. Expansão da assistência para o apoio às populações indígenas em terras não homologadas e não assistidos, de maneira adequada pelo SUS, conforme já determinado pela liminar referente a ADPF 709. Para que seja possível a implementação desta recomendação, é necessário que estejam descritos no Plano da União:

1. Levantamento de áreas e territórios nessa situação;
2. Dimensionamento de equipes necessárias e dos fluxos assistências entre SESAI e rede SUS, com vistas a garantir a integralidade da atenção;
3. Dimensionamento de insumos necessários, incluindo transporte da equipe e pacientes;
4. Dimensionamento da adequação estrutural e de força de trabalho para atendimento (Postos, Polo, CASAI, etc);
5. Cronograma de implementação da ampliação das ações assistenciais;
6. Readequação orçamentária dos DSEI para garantia dessas ações, contratações e suporte técnico para a realização de processo licitatório, quando este for o caso.

No caso dos DSEI que já prestam algum tipo de assistência em terras não homologadas, deve ser evidenciado no plano um detalhamento de qual população atendem, onde e qual a equipe de assistência responsável.

#### b. Implementação das Unidades de Atenção Primária Indígena-Covid-19.

As Unidades de Atenção Primária Indígena são serviços de saúde com equipamentos (concentradores de oxigênio, cilindros, local de isolamento) que podem aumentar a resolubilidade das ações de atenção à saúde, prestando assistência em particular a casos moderados de Covid-19. **Apesar do documento que define as Unidades de Atenção Primária Indígena como estruturas adicionais para o enfrentamento da pandemia na saúde indígena, não existe no plano apresentado o detalhamento de diretrizes claras para sua implementação.**

Para que seja possível a implementação desta recomendação, os seguintes pontos devem constar no plano:

1. Dimensionamento do número necessário de Unidades de Atenção Primária Indígena em cada Distrito, com diretrizes claras sobre os critérios demográficos e territoriais que orientam a definição desta demanda;
2. Definição de fluxo de fornecimento de insumos necessários para o funcionamento das UAPIs, bem como a manutenção de seus equipamentos;
3. Indicação de protocolos, informações, insumos e monitoramento acerca do uso e descarte de Equipamentos de Proteção Individual, medidas de higienização e de desinfecção;

4. Definição de protocolo de manejo de casos de Síndrome Respiratória e Síndrome Respiratória Aguda Grave, levando em conta as especificidades das populações indígenas, bem como garantia de treinamento adequado para a atuação dos profissionais;
5. Apresentação de diretrizes para a adequação do número de profissionais de saúde dos Distritos para atuar nas Unidades de Atenção Primária Indígena de forma contínua;
6. Explicitação dos fluxos e critérios clínicos de definições sobre os encaminhamentos de pacientes das comunidades ou postos de saúde para as Unidades de Atenção Primária Indígena, definições de alta de pacientes e critérios clínicos e suporte logístico adequado para remoção de pacientes das Unidades de Atenção Primária Indígena para outros serviços;
7. Cronograma de implementação e monitoramento das Unidades de Atenção Primária Indígena;
8. Previsão orçamentária para a implementação desta recomendação, destacando as contribuições financeiras e doações provenientes da sociedade civil e organizações não governamentais.

Ressaltamos que as Unidades de Atenção Primária Indígena estão apresentadas como estratégia “temporária e excepcional” (SESAI, 2020: 06). Não obstante, como sua estruturação demanda aportes importantes de recursos e provimento de condições mínimas, que não estão garantidas em Polos Base, **o Grupo de Consultores sugere que as Unidades de Atenção Primária Indígena devem permanecer como estruturas permanentes e ficar como legado do enfrentamento da pandemia para fortalecimento do subsistema**, mesmo que alguns insumos específicos seja realocados posteriormente. Apesar dessas Unidades preverem a estruturação, logística e insumos que demandam aportes de recursos extras, a fonte e custo orçamentário, tais aspectos não estão indicados no Plano da União. Nesse sentido, vale mencionar que nos últimos meses muitas Unidades de Atenção Primária Indígena estão sendo apoiadas e estruturadas a partir de iniciativas de organizações não governamentais, organizações indígenas e entidades da sociedade civil. **Recomendamos que no contexto do enfrentamento da Covid-19 se viabilize e fortaleça parcerias de instituições sociais, humanitárias e de saúde.**

c. Garantia de regularidade e adequação no fornecimento de insumos e medicamentos para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

**É premente definir critérios mínimos de ambiência e insumos adequados, em quantidade e qualidade, a serem utilizados para nortear os planos distritais, para adequação da assistência.** Também é de suma importância destacar que, no contexto da saúde indígena, as ações de atenção à saúde nas aldeias, principalmente em áreas remotas, englobam atendimentos de urgência e emergência, situação agravada no cenário de pandemia;

De acordo com a PORTARIA Nº 1.800, DE 9 DE NOVEMBRO DE 2015, compõe o elenco de medicamentos da Saúde Indígena apenas aqueles elencados no “Componente Básico da Relação Nacional de Medicamentos” (RENAME) vigente, sendo possível a solicitação de outros medicamentos apenas em casos excepcionais. **Ressalta-se que esse Componente não prevê medicamentos de urgência e emergência, necessários para garantir a resolutibilidade das ações em área indígena.**

Para a implementação desta recomendação é fundamental que conste no Plano:

1. Análise do panorama de contratos regulares de compra de medicamentos e insumos e diretrizes para sua ampliação, considerando a sobrecarga dos outros níveis do sistema de atenção à saúde.
2. Indicação dos procedimentos de coordenação e definição de orçamento para compra, disponibilização e estocagem de Equipamentos de Proteção Individual, que incluam nas estimativas as demandas (de insumos e logística) necessárias para todos os profissionais das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, Unidades de Atenção Primária Indígena, Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAI), Sede, incluindo particularmente, estimativas para os Agentes Indígenas de Saúde e demais trabalhadores como motoristas, profissionais da limpeza, segurança, barqueiros, entre outros.
3. Revisão dos medicamentos que compõe o elenco de medicamentos da Saúde Indígena.
4. Elaboração de protocolos específicos, **baseados em evidências científicas** sólidas, para o manejo e acompanhamento de casos de Covid-19.
5. Garantia de fornecimento (compra, estocagem e logística de distribuição) de medicamentos e insumos específicos para as Unidades de Atenção Primária Indígena, se necessário através de processo licitatório no nível central.



6. Garantia de fornecimento de alimentação, água potável, máscaras e insumos de higiene para pacientes em isolamento ou em acompanhamento nas Unidades de Atenção Primária Indígena.

7. Cronograma de implementação das recomendações.

8. Previsão orçamentária específica, destacando as contribuições financeiras e doações provenientes da sociedade civil e organizações não governamentais

d. Adequar o funcionamento das CASAI para o contexto de pandemia.

As Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) são locais onde pacientes e familiares permanecem quando estão realizando tratamento fora das terras indígenas. Até o presente foram emitidas duas notas técnicas que se referem às ações de atenção à saúde nas CASAI [NOTA TÉCNICA Nº 15/2020-COGASI/DASI/SESAI/MS (acesso de pacientes as CASAI) e NOTA TÉCNICA Nº 22/2020-COGASI/DASI/SESAI/MS (orienta fluxos e protocolos específicos para as CASAI)]. Para adequação desses espaços, entretanto, torna-se necessária a implementação de mudanças estruturais, levando em consideração a necessidade de isolamento de casos confirmados e suspeitos, redimensionamento de profissionais, insumos e equipamentos e qualificação da equipe assistencial e pessoal de apoio.

Para a implementação desta recomendação, é necessário que conste no Plano da União:

1. Apresentar o número de CASAI existentes e o levantamento da necessidade de readequação estrutural, de insumos e recursos humanos;

2. Ter protocolos, informações, insumos e monitoramento acerca do uso e descarte de EPIs, de higienização e de desinfecção;

3. Apresentar o dimensionamento e processo de capacitação dos profissionais de saúde e de apoio das CASAI;

4. Apontar diretrizes para o fluxo de atendimento e isolamento de pacientes com Covid-19, bem como definição de protocolo para o retorno para as aldeias de pacientes recuperados;

5. Apontar diretrizes para o acompanhamento de pacientes em tratamento para outras patologias que garantam à continuidade da atenção à saúde e a segurança no caso de ida a outros equipamentos de saúde;

6. Apresentar cronograma de implementação das recomendações;

7. Elaborar previsão orçamentária específica;

e) Garantir a integralidade do cuidado dos casos de Covid-19, considerando a necessidade de remoções, acompanhamento dos casos nos centros de referência, protocolos funerários e acompanhamento de possíveis sequelas.

O acompanhamento integral dos agravos a saúde de pacientes é um dos atributos essenciais dos serviços de Atenção Primária, sendo, portanto, de responsabilidade da SESAI/DSEIs.

**Para que isto seja possível durante o curso da pandemia de Covid-19, é fundamental que haja garantia de transporte de pacientes indígenas para os Polo Base/UAPIs e para os municípios de referência, quando não for possível realizar o tratamento dos casos nas unidades de Atenção Primária.** Este é um componente particularmente sensível no cenário de pandemia, já que o fluxo de remoções e pacientes graves tende a aumentar exponencialmente e seus custos são elevados.

Além disso, é de suma importância a sistematização de normas e protocolos que permitam o acesso das famílias a informações sobre o estado de saúde e evolução dos usuários que estiverem sendo assistidos fora das comunidades. Também cabe indicar explicitamente a orientação e suporte para o retorno seguro as comunidades de pacientes que já passaram pelo período de transmissibilidade da doença. Outro ponto sensível diz respeito aos protocolos funerários, que devem merecer atenção especial no caso dos povos indígenas, pois devem ser negociadas as medidas sanitárias com os ritos e costumes de cada povo.

Passados 5 meses de progressão da pandemia, deve-se atentar também, no planejamento do atendimento integral, para as questões ligadas ao seguimento e tratamento de sequelas advindas da Covid-19 (OPS, 2020).

Para implementação destas recomendações, é necessário que conste no plano da União:

1. Efetivação das recomendações do eixo de interações e pactuações intergestoras e interministeriais;
2. Garantir, através de mecanismos legais e operacionais, a efetiva comunicação dos pacientes internados em unidades de referência com seus familiares/comunidades;
3. Incorporar, nos protocolos vigentes, as orientações para retorno de pacientes a suas comunidades;

4. Revisar a PORTARIA CONJUNTA Nº 1, DE 30 DE MARÇO DE 2020, garantindo o direito dos povos indígenas a seus rituais funerários e elaborar protocolo específico, com participação indígena, para que sejam realizados com segurança;

5. Elaborar protocolo específico de acompanhamento de pacientes com sequela de Covid-19, e estabelecimento dos fluxos diagnósticos e assistenciais necessários;

6. Apresentar a situação atual dos contratos de transporte, veículos entre outros, e o mapeamento das necessidades para garantia do suporte logístico nos DSEI;

7. Elaborar diretrizes para o planejamento de ampliação de contratos, considerando o cenário de pandemia;

8. Estabelecer cronograma para a implementação dessas recomendações;

9. Previsão orçamentária para a implementação dessas recomendações;

f- Garantia das ações de assistência integral a outros agravos e de ações de prevenção e promoção à saúde durante o cenário de pandemia.

**Sabe-se que a não realização de ações de promoção, prevenção e cuidado à saúde durante a pandemia tem relação com o agravamento de condições de saúde das populações, refletindo diretamente no aumento da mortalidade por outras causas, sendo necessário o estabelecimento de diretrizes claras para sua continuidade.**

Para a implementação desta recomendação, é necessário que conste no plano da União:

1. Diretrizes para a implementação de protocolos seguros que garantam a manutenção das ações de promoção, prevenção e atenção, minimizando o risco de contágio.

2. Revisão dos calendários de vacinação indígena, comprometidos pelo início da pandemia, com estabelecimento de metas claras de imunização.

3. Dimensionamento de profissionais necessários para a realização dessas ações, considerando que muitos dos profissionais dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas estarão envolvidos no atendimento direto a casos de SARS-Cov-19.

4. Cronograma de implementação.

5. Previsão orçamentária específica.

#### **4) Monitoramento**

Conforme já assinalado anteriormente, as estratégias apontadas na versão do Plano apresentada para fins do monitoramento de cada objetivo estão baseadas em relatórios e fluxos de informações internos das instituições, sem mecanismos garantidos de transparência da informação. A acurácia desses relatórios também será prejudicada pelo fato de que não constarem, no plano, as metas, cronogramas e indicadores claros e adequados aos objetivos e ações. **Particularmente a falta de indicadores de produção dos serviços e de impactos na saúde compromete qualquer avaliação da eficácia e efetividade das ações.**

Para além desse grave problema estrutural na estrutura do Plano apresentado, o documento refere que o detalhamento da metodologia de monitoramento do Plano estaria indicado nas “Considerações Finais”. Nessa seção, lê-se tão somente, o que é claramente insuficiente, a seguinte afirmação (grifos nossos):

“Por suas características supracitadas e pelo dinamismo da pandemia, é um plano em permanente construção e aprimoramento. Por isso, a União manterá ativo o Grupo de Trabalho sobre o Plano, com reuniões de monitoramento a serem realizadas a cada três semanas, sempre às sextas-feiras, com a participação das equipes técnicas dos órgãos federais, dos órgãos de Justiça, da sociedade civil, notadamente, de lideranças indígenas, da APIB e do grupo de consultores convidado. O objetivo é avançar nessa construção coletiva e tornar as ações cada vez mais qualificadas e efetivas naquilo que propõem.” (página 65)

**Primeiramente, não é tecnicamente aceitável que as atualizações técnicas a serem feitas ao longo do processo de enfrentamento da pandemia, justifiquem um cenário de incompletude e fragilidade dos objetivos, ações, metas, indicadores, cronograma e orçamentos apresentados no Plano.** Existem recomendações técnico-científicas claras sobre as medidas a serem tomadas visando o controle da epidemia que não constam no plano. Além disso, deve ser ressaltado que, passados 6 meses de progressão da panepidemia no Brasil, o subsistema de atenção à saúde indígena ainda esteja atrasado para evitar ou minimizar os impactos da pandemia nos povos indígenas. As muitas indefinições geram paralisia na ponta do subsistema, falta de coordenação e responsabilização da SESAI, e por fim, custam vidas humanas. A eficácia do plano deve estar articulada com seu impacto em indicadores de saúde e de produção dos serviços que não foram apresentados pela União, mas que são recursos já consolidados no campo

da saúde pública e amplamente usados na pandemia, não havendo razão plausível para sua ausência no Plano enviado ao STF.

Ademais, recomenda-se fortemente que as necessárias adequações e aprimoramentos no Plano e na execução das ações de enfrentamento levem em consideração a força de trabalho dos DSEIs, junto com a participação social e do controle social, de modo a contemplar as necessidades, as dificuldades locais, bem como, as alternativas para cada contexto em particular.

Dito em outras palavras, a afirmação de que se trata de um “plano em permanente construção e aprimoramento” não é aceitável face à gravidade da situação, uma vez que o tempo para salvar vidas é por demais curto e a construção do plano já deveria se encontrar bastante mais avançada e detalhada. A perspectiva de “permanente construção e aprimoramento” pode levar a indefinições e postergações da definição e implementação de iniciativas para os quais já há parâmetros técnicos amplamente definidos, conforme indicado ao longo do presente documento.

Em decorrência, **o monitoramento do Plano, a maneira como se encontra, se mostra estruturalmente comprometido. Isso se dá, por um lado, por sua fragilidade técnica; por outro, pela falta de transparência e acesso às informações necessárias** para que não somente a União, o STF ou este GT, como também pesquisadores, conselheiros de saúde, estudantes e qualquer cidadão interessado, possa replicar as informações fornecidas e/ou produzir novos conhecimentos. Visando dar a devida transparência das ações governamentais para a sociedade civil, solicitamos que seja demandado à SESAI que disponibilize os bancos de dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) e de monitoramento da Covid-19 de maneira pública e transparente, seguindo-se os critérios de anonimização necessários.

**Outro problema da proposta de monitoramento é que efetivamente não foram apresentados os aspectos metodológicos para tal, seja no sentido de seu acompanhamento, avaliação ou controle social. Somente a partir de objetivos claramente formulados que se pode formular metodologias adequadas para tal.** Já foi indicado neste documento como a falta de uma metodologia de planejamento compromete a elaboração do plano pelo GT, e novamente, a ausência de uma metodologia adequada irá comprometer o monitoramento das ações realizadas. O que o Plano da União propõe, para fins de monitoramento, é uma agenda de reuniões, sem finalidades claras, e que novamente será um espaço incapaz para garantir as informações e diálogos solicitados pela demanda da Articulação dos Povos Indígenas na ADPF. Os povos

indígenas requerem a garantia do “cumprimento do requerido plano” (APIB, 2020:14), e de suas “medidas concretas (...) e não meras orientações gerais” (APIB, 2020: 77, grifos nossos).

**Para tal monitoramento, se faz necessário um plano estruturado e detalhado nos aspectos pedidos (objetivos, metas, ações, indicadores, cronograma, responsáveis e orçamento) e o acesso às informações necessárias para o acompanhamento de sua implementação.** A estratégia de reuniões, vale reenfatar, é insuficiente para o monitoramento, e só terá pertinência se esses dois pressupostos forem atingidos. Ademais, considerando que a execução do plano envolve sua aplicação em: a) 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas; b) expansão da assistência em terras e reservas não homologadas; e c) acesso aos indígenas com barreiras no acesso ao SUS, subentende-se que o Plano Nacional deverá ser detalhado para esses diferentes cenários.

Dessa forma, faz-se necessário se discutir o processo de monitoramento, sendo que sugerimos o fortalecimento e articulação com princípios e instâncias definidos pela Constituição Federal e Sistema Único de Saúde. Assim, retomamos que a APIB reitera em sua solicitação:

**“a participação dos povos indígenas, seja na formulação, seja no monitoramento do plano, é também vital.** Em primeiro lugar, trata-se de impostergável exigência constitucional e convencional. Como se sabe, a Constituição de 88 representou verdadeira ruptura com o regime tutelar que por longos anos pautou as interações entre índios e não-índios no Brasil. Repudiando o modelo pretérito, que concebia os povos indígenas como coletividades em estágio inferior de civilização, o constituinte instituiu um paradigma de **valorização da autonomia e de respeito aos modos de vida dos povos tradicionais.** Em tal cenário, torna-se essencial **a participação dos povos indígenas na tomada de decisões sobre temas relevantes para a sua existência**”. (APIB, 2020:79)

Dessa forma, a participação indígena nas instâncias de tomada de decisão e monitoramento do Plano devem ser fortalecidos. Para isso, retomamos primeiramente as estratégias do controle social, estabelecidas na lei 8.142, e que no subsistema se consolidou com a Portaria 755/2012, que estabelece que as instâncias do controle social indígena são: a) Conselhos Locais de Saúde; b) Conselhos Distritais de Saúde (Condisi) e, c) Fórum de Presidente de Condisi. Tal manutenção dessa estrutura foi comprometida pelo Decreto 9.812/2019, que tem sido amplamente questionado por movimentos sociais

e por especialistas, e particularmente pelos indígenas, na medida que extinguiu o Fórum de Presidentes de Condisi.

**Consideramos que o processo de monitoramento do plano passe pela reativação dos fóruns de controle social em saúde indígena, com as devidas medidas preventivas**, e, portanto, com estruturação das estratégias à distância para retomada as atividades dessas instâncias do controle social indígena, conforme sugerimos anteriormente no item “Participação social e controle social”. Particularmente, os Conselhos Distritais de Saúde Indígena devem monitorar a concretude do plano nas realidades loco-regionais, além de efetivamente participar da sua formulação. Por outro lado, deve-se reativar o Fórum de Presidente de Condisi.

**Cabe indicar que, no âmbito específico das estratégias da pandemia, a SESAI criou, através da Portaria 36/2020, o Comitê de Crise Nacional para “planejamento, coordenação, execução, supervisão e monitoramento dos impactos da Covid-19 no âmbito da Saúde dos Povos Indígenas”**. Um ponto chave é que esse comitê não conta com representação de controle social indígena ou organizações indígenas. Segundo essa Portaria, o Comitê de Crise Distrital se baseia somente na participação do presidente e secretário executivo do Condisi. Considerando as atribuições de tais comitês, consideramos que eles devem ser recompostos amplamente, envolvendo maior número de membros dos Condisi, representantes das organizações indígenas, mas também entidades indigenistas e membros de instituições acadêmico-científicas. Também se solicita a publicização das atas, memórias e recomendações feitas por tais Comitês.

Além disso, **dado ao papel constitucional dado ao Ministério Público Federal de proteção dos direitos indígenas, consideramos que essa entidade, em nível regional e nacional, seja também envolvida no monitoramento do plano.**

Para fins de avaliação das ações governamentais implementadas, inclusive para subsidiar o monitoramento a médio e longo prazo, recomenda-se que seja viabilizado edital público para seleção de propostas de pesquisa que avaliem o impacto da pandemia em povos indígenas por instituições acadêmico-científicas com larga experiência no campo da saúde indígena.

**Com relação as atividades do GT, é fundamental que reuniões futuras sejam condicionadas à adequação do plano de enfrentamento conforme recomendações do Grupo de Consultores, Articulação dos Povos Indígenas, Ministérios Público Federal e Conselho Nacional de Direitos Humanos, e com o acesso aos relatórios e informações necessárias para a análise de sua implementação, com antecedência.**

Ademais, **que se discuta tecnicamente a metodologia do monitoramento, antes de qualquer definição de calendário de reuniões.** Continuar as discussões de propostas de planos em “permanente construção e aprimoramento”, nos termos da União, se mostra muito pouco efetiva, além de se mostrar com características protelatórias, para o devido enfrentamento de uma pandemia com consequências desastrosas e imediatas para os povos indígenas.

## 5) Medidas imediatas

Nossa análise indica a necessidade de ampla revisão do plano apresentado pela União, entretanto, **diante da gravidade e urgência de ações concretas que visem minimizar a progressão e impacto da pandemia em povos indígenas, destaca-se a seguir uma lista de medidas que podem ser de imediato implantadas.** Ressaltamos que os objetivos de tais ações são: 1. Garantir a implementação das medidas preventivas à Covid-19 e apoiar o isolamento social das comunidades e pessoas indígenas; 2. Estruturar a vigilância à Covid-19 e impedir a progressão e introdução do vírus Sars-Cov-2 nos territórios indígenas; 3. Estruturar a organização dos serviços de saúde para provimento da assistência médica de casos leves, moderados e graves para diminuir a letalidade da doença; 4. Garantir a manutenção da atenção à saúde da população indígena. **Assim, paralelamente as correções e complementações do Plano, deve-se em curto prazo de tempo:**

- 1) **Apresentar plano para a retirada de invasores dos territórios indígenas e de medidas protetivas contra novos invasores;**
- 2) **Apresentar o plano detalhado para extensão das ações do subsistema para territórios e reservas não homologadas e populações indígenas com barreiras de acesso ao SUS;**
- 3) **Revisar a composição dos Comitês de Crise Distritais** com ampliação da representação dos conselheiros distritais e inclusão de representantes das organizações indígenas, entidades indigenistas, instituições acadêmico-científicas, MPF e outras organizações governamentais e não governamentais parceiras;
- 4) **Retomar as reuniões, preferencialmente à distância, dos CONDISI,** com discussão dos planos e respostas ao enfrentamento da Covid-19;



- 5) **Retomar as reuniões, preferencialmente à distância, do Fórum de Presidentes de Condisi;**
- 6) **Disponibilizar, de imediato e de forma regular (semanalmente), os dados oriundos da “Ficha de Notificação de Síndrome Gripal” para todos os indivíduos notificados ou que foram a óbito pela Covid-19.** 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. A disponibilização de tais dados deve ser feita de forma retroativa, ou seja, desde o primeiro caso de paciente indígena notificado. As bases disponibilizadas devem incluir dados individuais, devidamente anonimizados, com indicação de sexo, idade (em anos, sem o uso de faixas etárias), etnia, aldeia, polo-base e DSEI.
- 7) Caso não contemplado no item (6) acima, **disponibilizar, de forma regular (semanalmente) e anonimizada, todos os dados necessários para que sejam calculados, de forma independente, os indicadores apresentados na série “Informe Epidemiológico” da Secretaria Especial de Saúde Indígena** do Ministério da Saúde. A disponibilização de tais dados deve ser feita de forma retroativa, ou seja, desde o primeiro caso de paciente indígena notificado. As bases disponibilizadas devem incluir dados individuais, devidamente anonimizados, com indicação de sexo, idade (em anos, sem o uso de faixas etárias), etnia, aldeia, polo-base e DSEI.
- 8) **Disponibilizar, no prazo de três meses, para acesso público, na plenitude e de forma anonimizada, o módulo demográfico e outras informações desagregadas do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI),** com vistas a que se possam desenvolver análises sobre os impactos da pandemia em povos indígenas. Além das demais variáveis pertinentes, as bases disponibilizadas devem incluir dados individuais, devidamente anonimizados, com indicação de sexo, idade (em anos, sem o uso de faixas etárias), etnia, aldeia, polo-base e DSEI.
- 9) **Tornar obrigatório na alimentação dos sistemas de vigilância da saúde o quesito cor/raça e etnia,** para notificação mais precisa e transparente dos casos nacionais entre indígenas;

- 10) **Disponibilizar mensalmente para acesso público, segundo pólo-base/DSEI**, os seguintes dados: 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.
- 11) **Apresentar o mapeamento e protocolos das barreiras sanitárias e estruturas de apoio ao isolamento social**, com detalhamento dos insumos, procedimentos, cronogramas e orçamento para sua implementação e manutenção, a partir das orientações apresentadas pela APIB e seus especialistas na “Sala de Situação”;
- 12) **Apresentar planos detalhados para qualificação, nas medidas preventivas e enfrentamento da Covid-19**, dos profissionais das EMSI, AIS e demais trabalhadores do subsistema, com conteúdo, carga horária, supervisão e certificação;
- 13) **Garantir as contratações e licitações necessárias para a efetivação da logística** para distribuição de insumos, deslocamento de profissionais de saúde e remoções de pacientes nos 34 DSEIs;
- 14) **Apresentar os levantamentos e definições da imediata compra, estocagem e distribuição de medicamentos, equipamentos, EPIs, insumos, contratações, e transportes** necessários para manutenção das rotinas e ações específicas do enfrentamento da Covid-19, por unidade do Subsistema por período;
- 15) **Apresentar o mapeamento dos números de Unidades de Atenção Primária Indígena necessárias por Distrito Especial de Saúde Indígena, e o planejamento específico e detalhado**, com cronograma e orçamento para sua implementação e estruturação completa em curto prazo;
- 16) **Apresentar as necessidades de treinamento, insumos, compras e fluxos de referência para realização de diagnóstico molecular e sorológico** para Covid-19;
- 17) **Apresentar as rotinas e protocolos para afastamentos e retomada ao serviço de trabalhadores sintomáticos, e para a entrada dos profissionais de saúde e trabalhadores em territórios indígena**, com garantia da testagem

por RT-PCR e quarentena, para que não se corra riscos de transmissão da Covid-19.

- 18) **Apresentar atualização das notas técnicas da vigilância da Covid-19 pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (incluído Agentes Indígenas de Saúde), com rastreamento, diagnóstico ampliado e isolamento dos casos e dos contatos.** Implementando critérios mais amplos e sensíveis para identificação de casos de Covid-19, não restringido a confirmação ao acesso diagnóstico laboratorial, e adoção rigorosas das medidas necessárias para evitar a transmissão da doença e monitoramento dos pacientes;
- 19) **Apresentar a definição e rotinas de investigação dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e óbito nas comunidades;**
- 20) **Implementar rotinas para o monitoramento dos casos confirmados** visando a detecção precoce de agravamentos e efetivação da remoção para UAPI ou hospital, em tempo hábil.
- 21) **Apresentar os resultados, acordos e convênios das pactuações com secretarias municipais e estaduais de saúde** para garantir assistência e/ou internações hospitalares de indígenas;
- 22) **Revisar a Portaria Conjunto no. 1, de 30 de março de 2020,** garantindo o direito dos povos indígenas a seus rituais funerários e elaborar protocolos específicos, com participação indígena, para que sejam realizados com segurança.
- 23) **Apresentar o mapeamento dos critérios, quantitativos e localização das famílias indígenas em situação de insegurança alimentar,** e estimativas de necessidades de cestas básicas e insumos para produção local para garantir a cobertura das necessidades das famílias ao longo dos próximos 6 meses;
- 24) **Apresentar plano para garantir o acesso a alimentação de todos os estudantes indígenas da educação básica;**
- 25) **Estabelecer parcerias com as organizações indígenas e indigenistas para produção e disseminação de informações** sobre as medidas preventivas e enfrentamento da Covid-19 nas comunidades indígenas, fortalecendo o trabalho de educação em saúde pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena e Agentes Indígenas de Saúde;

- 26) **Apresentar plano para ampliação das estruturas de acesso a meios de comunicação nos territórios indígenas e Distritos Sanitários Especiais Indígenas**, com vistas a disseminação das informações para as comunidades, qualificação e supervisão dos trabalhadores das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena e Agentes Indígenas de Saúde;
- 27) **Incluir as populações indígenas no grupo de populações prioritizadas para a distribuição da vacina para Covid-19**, quando aprovada e regulamentada no Brasil.
- 28) Diante das necessidades extras e urgentes de insumos, recursos humanos e logísticas no contexto da pandemia, **que se fortaleça parcerias com organizações humanitárias, de saúde e da sociedade civil**, com reconhecida competência na atuação em emergências sanitárias e junto aos povos indígenas, com vistas a fortalecer as ações de enfrentamento à Covid-19.

*Assinam esse documento os seguintes consultores indicados pela APIB (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*

*Inara do Nascimento Tavares (UFRR) - Abrasco*

*Maria Luíza Garnelo Pereira (ILMD)- Fiocruz*

*Maria Ogrzewalska (IOC) – Fiocruz*

*Maurício Soares Leite (UFSC) – Abrasco*

*Raquel Paiva Dias Scopel (Escritório Campo Grande) - Fiocruz*

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

*E os seguintes consultores Ad Hoc do CNDH:*

*Clayton de Carvalho Coelho (Projeto Xingu/Unifesp)*

*Juliana Rosalen (Instituto Iepé)*

*Mariana Maleronka Ferron (Instituto Iepé e Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein)*



## Referências bibliográficas citadas:

APIB (ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL). **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF 709) apresentada ao Superior Tribunal Federal (STF)**, 2020.

ABRASCO. Fiocruz. Contribuciones para el Informe del Relator Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas sobre el Impacto de COVID-19 em los pueblos indígenas. 2020 (mimeo).

ANDERSON, I.R. et al. **Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study**. *The Lancet*, 388 (10040):131-157, 2016.

ANVISA (AGÊNCIA BRASILEIRA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA). **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA, nº 04/2020**. Orientações para serviços de saúde: Medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). ANVISA: Brasília, DF. Atualizada em 31 mar. 2020. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>. Acesso em 8 abr. 2020.

BALLARD, M. et al. Prioritising the role of community health workers in the COVID-19 response. **BMJ Global Health**, v. 5, n. 6, p. e002550, 1 jun. 2020. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/5/6/e002550>. Acesso em: 15 ago. 2020

BARROSO, A. ; MINCHETTI, D., ALBUQUERQUE, A. **Nota sobre o Direito do Profissional de Saúde ao Trabalho em Condições Saudáveis e Seguras e a Covid**. São Paulo: SOBRASP, abr. 2019 Disponível em <https://www.sobrasp.org.br/post/nota-sobre-o-direito-do-profissional-de-saude-ao-trabalho-em-condicoes-saudaveis-e-seguras-e-a-covid>. Acesso em : 15 ago. 2020.

BRASIL. Decreto nº 9.812, de 30 de maio de 2019. Altera o Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019, que extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p.1, 31 mai. 2019. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9812.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9812.htm). Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet). **Diário Oficial da União**: seção. 1, Brasília, DF ed. 157, p. 59, 15 ago. 2018. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/lei/L13709compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709compilado.htm). Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p.1, 24 set. 1999. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1999/lei-9836-23-setembro-1999-345060-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em 15 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 755, de 18 de abril de 2012. Dispõe sobre a organização do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 jan. 2020. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0755\\_18\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0755_18_04_2012.html). Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Portaria nº 36, de 1º de abril de 2020. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ed.64, p. 91. Disponível em: <https://drive.google.com/drive/folders/1NypkAgVkBQU5ztQ4yWVgh1bgxdiBlBhh>. Acesso em 15 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Unidades da Atenção Primária Indígena (UAPI) da Covid-19**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 25 mai. 2020. 9 p. Disponível em: <https://drive.google.com/drive/folders/1NypkAgVkBQU5ztQ4yWVgh1bgxdiBlBhh>. Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. **Nota Técnica nº 15 COGASI/DASI/SESAI/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 5 mai. 2020 17 p. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/12/3-Nota-T--cnica->

[n.%2015%20COGASI\\_DASI%20orienta%C3%A7%C3%B5es%20para%20elabora%C3%A7%C3%A3o%20de%20Protocolo%20de%20Acesso%20%C3%A0s%20CASAI.p df.](#) Acesso em 15 ago. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. **Nota Técnica nº 22/2020-COGASI/DASI/SESAI/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 14 de Abril de 2020. 4p. Disponível em: <https://drive.google.com/drive/folders/1NypkAgVkBQU5ztQ4yWVgh1bgxdiBlBhh>. Acesso em 15 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde. **Informe Técnico nº 6**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 16 jun. 2020. 17 p. Disponível em: <https://drive.google.com/drive/folders/1NypkAgVkBQU5ztQ4yWVgh1bgxdiBlBhh>. Acesso em 15 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde. **Informe Técnico nº 7**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 8 mai.2020. 16 p. Disponível em: <https://drive.google.com/drive/folders/1NypkAgVkBQU5ztQ4yWVgh1bgxdiBlBhh>. Acesso em: 15 ago. 2020.

CARDOSO, A.M. et al. **Políticas públicas de saúde para os povos indígenas**. In: L. Giovanella et al. (Orgs.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2 edição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 911-932.

COIMBRA, C.E.A., Jr. et al. **The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results**. BMC Public Health, 13:52, 2013.

COIMBRA, C.E.A., Jr.; SANTOS, R.V. & ESCOBAR, A.L. (Orgs). **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Abrasco, 2003.

CZERESNIA, D. O Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção *In*: Czeresnia, D. & Freitas, C.M. (Orgs.) **Promoção da Saúde: Conceitos, Reflexões, Tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017, pp.39-53. ISBN: 978-85-7541-183-4

ENGSTROM, E. et al. **Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19**. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, maio 2020. Série Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41404>. Acesso em: 15 ago. 2020.

FINEBERG, H.V. Tem weeks to crush the curve. N Engl J Med, 382: e37, 2020.

FIOCRUZ (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ). **Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas**: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica



e sociodemográfica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ENSP/PROCC; FGV, 2020. 36 p. 4º Relatório, 5 mai. 2020. Disponível em: <http://covid-19.procc.fiocruz.br/>. Acesso em 15 ago. 2020.

FIOCRUZ (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Observatório Covid-19). **Nota Técnica sobre trabalho seguro, proteção à saúde e direitos dos agentes comunitários de saúde no contexto da pandemia de Covid-19**. 20 jul. 2020. 11p. Disponível em <https://portal.fiocruz.br/documento/nota-tecnica-sobre-trabalho-seguro-protecao-saude-e-direitos-dos-agentes-comunitarios-de>. Acesso em: 15 ago. 2020.

GARNELO, L.; PONTES, A. L. (Orgs.). **Saúde Indígena: Uma Introdução ao Tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012.

GARNELO, L.; PONTES, A. L.; SAMPAIO, S. S. **Atenção Diferenciada: a formação técnica de agentes indígenas de saúde do Alto Rio Negro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019. 164 p. ISBN: 978-85-7541-634-1.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Dados e painéis interativos da Base de Informações sobre os Povos Indígenas e Quilombolas**. Disponível em <https://covid19.ibge.gov.br/>

OIT (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO). Convenção nº 169 sobre povos indígenas e tribais e Resolução referente à ação da OIT. Brasília, DF: OIT, 2011.

PROCC/Fiocruz; EMap/FGV; ENSP/ Fiocruz. **Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica**. 4º. Relatório, 18 de abril de 2020.

PROCC/Fiocruz; EMap/FGV; ENSP/ Fiocruz. **Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica**. 4º. Relatório revisado, 05 de maio de 2020.

RAUPP, L. et al. **Condições de saneamento e desigualdades de cor/raça no Brasil urbano: uma análise com foco na população indígena com base no Censo Demográfico de 2010**. Revista Brasileira de Epidemiologia, 20: 1-15, 2017.

SANTOS, R.V. et al. **Indigenous children and adolescent mortality inequity in Brazil: What can we learn from the 2010 National Demographic Census?** Social Science & Medicine - Population Health, 10:100537, 2020

SILVA, J. M. et al. **A Covid-19, a saúde e bem estar dos Trabalhadores: a barbárie entre nós**. Rio de Janeiro: ABRASCO. 28 abr. 2020. Disponível em

<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemas-de-saude/a-covid-19-a-saude-e-bem-estar-dos-trabalhadores-a-barbarie-entre-nos/47465/>. Acesso em: 15 ago. 2020.

WISKOW, C.; HOPFE, M. **Five ways to protect health workers during the COVID 19 crisis**. Genebra: International Labour Organization (ILO), 1 abr. 2020. Disponível em: <https://iloblog.org/2020/04/01/five-ways-to-protect-health-workers-during-the-covid-19-crisis/>. Acesso em: 15 ago. 2020.