

Relatório de Avaliação

# **Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS)**

# CONSELHO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

## COMITÊ DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE GASTOS DIRETOS

Ciclo CMAP  
2022

Política avaliada  
Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

Coordenador da avaliação  
Controladoria-Geral da União

Executores da avaliação  
Controladoria-Geral da União  
Secretaria de Orçamento Federal  
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Supervisor da avaliação  
DMAP/SMA/MPO

Informações:  
Diretoria de Monitoramento e Avaliação para o Aperfeiçoamento  
das Políticas Públicas (DMAP)

Home Page:  
[https://bit.ly/\\_Cmap](https://bit.ly/_Cmap)

É permitida a reprodução total ou parcial do conteúdo  
deste relatório desde que mencionada a fonte.

## Lista de siglas e abreviaturas

ADInst - Avaliação de Desempenho Institucional  
AIS - Agente Indígena de Saúde  
AISAN - Agente Indígena de Saneamento  
BSE - Boletim de Serviço Eletrônico  
CASAI - Casas de Saúde Indígena  
CGGAS - Coordenação-Geral de Gestão da Atenção à Saúde Indígena  
CGOEX - Coordenação Geral de Demandas de Órgãos Externos em Ciência e Tecnologia em Saúde  
CGOEX – Coordenação-Geral de Planejamento, Orçamento e Monitoramento da Execução Financeira  
CGPSI - Coordenadora-Geral de Participação Social na Saúde Indígena  
CGR - Comitê de Gestão de Riscos  
CGU – Controladoria Geral da União  
CIG - Comitê Interno de Governança  
CLSI - Conselhos Locais de Saúde Indígena  
CMAG – Comitê de Monitoramento e Avaliação de Gastos Diretos  
CMAP – Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas  
CMAS – Comitê de Monitoramento e Avaliação de Subsídios da União  
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde  
CNSI - Conferência Nacional de Saúde Indígena  
COMAV - Coordenações Setoriais de Monitoramento e Avaliação  
CONDISI - Conselhos Distritais de Saúde Indígena  
CORISC - Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade  
DAPSI - Departamento de Atenção Primária à Atenção Indígena  
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde  
DEMAS - Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Dados e Informações Estratégicas em Saúde  
DINTEG - Diretoria de Integridade  
DSEI - Distritos Sanitários Especiais Indígenas  
EMSI - Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena  
EVC - Esquema Vacinal Completo  
FPCONDISI - Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena  
GP - Gestor de Processo  
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  
ISA – Instituto Socioambiental  
MS – Ministério da Saúde  
PDSI - Plano Distrital de Saúde Indígena - PDSI  
PEI - Planejamento Estratégico Institucional do Ministério da Saúde  
PNASPI - Política Nacional de Saúde Indígena  
PNS - Plano Nacional de Saúde  
PPA - Planejamento Plurianual  
SasiSUS - Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SESAI - Secretaria de Saúde Indígena  
SESAI-RH – Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos  
SIA – Sistema de Informação Ambulatorial  
SIAFI – Sistema Integrado de Administração Financeira  
SIASI – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena  
SICONV - Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse  
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade  
SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação  
SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos  
SIOP – Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento  
SIPLAM - Sistema de Planejamento e Monitoramento do Ministério da Saúde  
SI-PNI – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações  
SIVEP – Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica  
SMA - Sistemática de Monitoramento e Avaliação das Intervenções em Saúde  
SOF - Secretaria de Orçamento Federal  
SPO - Subsecretaria de Planejamento e Orçamento  
TCU – Tribunal de Contas da União  
UBSI - Unidade Básica de Saúde Indígena  
UGRI - Unidade de Gestão de Riscos e Integridade

## Lista de tabelas

Tabela 1 - Valores empenhados da ação 20YP.....	61
Tabela 2: Dotação Final (em R\$) da ação 20YP .....	67
Tabela 3 - IDH DOS DSEI's, 2010.....	86
Tabela 4 - Número de médicos por mil habitantes, DSEI's 2013 a 2021 .....	99
Tabela 5 - Quantidade ideal de agentes de saúde Portaria n0 2.488 de 21 de outubro de 2011 .....	100

## Lista de quadros

Quadro 1 - Licitações e Contratos analisados .....	36
Quadro 2 - Contratos de transporte aéreo selecionados para análises da execução .....	36
Quadro 3 - Diversidade de tempo exigido de experiência mínima a ser comprovada como qualificação técnica do licitante.....	37
Quadro 4 - Indicadores dos instrumentos de gestão, acompanhados pela SESAI.....	44
Quadro 5 - Lista de objetivos estratégicos da SESAI .....	45
Quadro 6 - Relação dos resultados e metas nacionais referentes a Estratégia 1 – Atenção à Saúde – Qualificação das ações e equipes de saúde do PDSI 2020-2023.....	49
Quadro 7 - Desempenho consolidado por indicadores .....	51
Quadro 8 - Relação dos DSEI que tiveram os piores desempenhos em relação ao indicador 11 (redução de casos novos de malária).....	52
Quadro 9 - Acompanhamento e estado nutricional de crianças indígenas menores de 5 anos em vigilância alimentar e nutricional, por DSEI, no ano de 2021. ....	53

## Lista de figuras

Figura 1 - Mapa dos Distritos Sanitários Indígenas (DSEI) .....	15
Figura 2 - Problema público apresentado na saúde indígena .....	18
Figura 3 - Objetivo da Política de Saúde Indígena.....	20
Figura 4 - Fluxo de construção do PDSI 2020-2023.....	28
Figura 5 - Fluxo referente à habilitação dos estabelecimentos e repasse dos recursos do IAE-PI, conforme Portaria/MS nº 2.663/2017 .....	33
Figura 6 - Distribuição de municípios que compoe os dsei's por idh, 2010.....	84
Figura 7 - Distribuição de municípios que compoe os dsei's por idh, seleção região norte, 2010 .....	85

## Lista de gráficos

Gráfico 1 - Evolução das Aplicações diretas e transferências para entidades sem fins lucrativos.	65
Gráfico 2. Composição das Aplicações diretas e transferências para entidades sem fins lucrativos.	66
Gráfico 3. Execução orçamentária das ações 20YP, 21CJ e 7684 (valores nominais).	66
Gráfico 4. Restos a pagas das ações 20YP, 21CJ e 7684.	67
Gráfico 5. Participação da ação 20YP na dotação final da Função Saúde.	68
Gráfico 6 Participação da dotação final da ação 20YP no piso para a ações e serviços públicos de saúde (ASPS).	69
Gráfico 7 Participação da ação 20YP na dotação total por Resultado Primário do Poder Executivo	70
Gráfico 8. Despesa identificada dos DSEIs na ação 20YP	71
Gráfico 9. Composição de despesas por natureza nas Aplicações Diretas (despesa empenhada em 2022)	72
Gráfico 10 Distribuição de recursos por DSEI, 2022	73
Gráfico 11 Distribuição de Recursos per Capita por DSEI, 2022	74
Gráfico 12 Percentual da despesa por aplicação direta empenhada com passagens e locomoção por DSEI	75
Gráfico 13 Percentual da despesa por aplicação direta empenhada com locação de mão de obra por DSEI	76
Gráfico 14 Distribuição de recursos para instituições conveniadas por DSEI, 2022	78
Gráfico 15 Distribuição de recursos conveniados per capita por DSEI, 2022	79
Gráfico 16. Correlação entre população e despesa empenhada nos DSEIs.	80
Gráfico 17. Correlação entre médicos por mil habitantes e agentes de saúde indígena e as despesas empenhadas.	80
Gráfico 18. Correlação entre médicos por mil habitantes e agentes de saúde indígena e as despesas empenhadas.	81
Gráfico 19 - Correlação entre IIDHDS, IDH Renda, IDH Educação, Longevidade, 2010	86
Gráfico 20 - Evolução das taxa de mortalidade infantil, 2017 a 2021	88
Gráfico 21 - Taxa de mortalidade infantil, 2017.	89
Gráfico 22 - Taxa de mortalidade infantil, 2021.	90
Gráfico 23 - Baixo peso ao nascer, 2015	91
Gráfico 24 - Baixo peso ao nascer, 2021	92
Gráfico 25 - Taxa de incidência de doenças infecciosas intestinais, 2015	93
Gráfico 26 - Taxa de incidência de doenças infecciosas intestinais, 2021	94
Gráfico 27 - Taxa de prevalência de hipertensão, 2012 A 2021 (X1.000 habitantes)	95
Gráfico 28 - Taxa de prevalência de hipertensão, 2015.	96
Gráfico 29 - Taxa de prevalência de hipertensão, 2021.	97

## Sumário

Lista de siglas e abreviaturas.....	3
Lista de tabelas.....	5
Lista de quadros.....	6
Lista de figuras.....	7
Lista de gráficos.....	8
Sumário.....	9
1. APRESENTAÇÃO.....	12
1.1 Saúde indígena no Brasil.....	12
1.2 Questões de avaliação.....	16
2. AVALIAÇÃO DE DESENHO DO SASISUS.....	17
2.1 Apresentação.....	17
2.2 Metodologia utilizada na Avaliação de Desenho.....	17
2.3 Árvore de problema e árvore de objetivo.....	18
2.4 Modelo Lógico do SasiSUS.....	21
2.4.1 Revisão crítica do modelo lógico.....	25
2.4.2 Indicadores relacionados ao modelo lógico.....	25
2.5 Análise da Teoria do Programa.....	25
2.6 Identificação de falhas e erros no desenho da política.....	26
2.7 Avaliação do processo de elaboração dos Planos Distritais da Saúde Indígena (PDSI) 28	
2.7.1 Falta de integração entre os instrumentos de planejamento do SasiSUS e o planejamento geral do SUS.....	28
2.7.2 Falta de transparência dos Planos Distritais de Saúde Indígena.....	31
2.8 Avaliação da integração da SESAI a iniciativas e estratégias do Ministério da Saúde	32
2.9 Avaliação do processo de contratação no âmbito do SasiSUS.....	35
2.9.1 Análise dos Editais e Termos de Referência de licitações conduzidas pela SESAI e pelos DSEI.....	36
2.9.2 Análise dos termos de contratos decorrentes das licitações examinadas.....	38
2.9.3 Análise da execução contratual – Aderência às cláusulas contratuais.....	38
2.9.4 Avaliação do quantitativo dos funcionários terceirizados dos DSEI.....	40
2.10 Discussões a partir da avaliação de desenho.....	41
3. AVALIAÇÃO DE GOVERNANÇA DO SASISUS.....	42
3.1 Governança Pública.....	42
3.2 Normativos vigentes não definem de forma suficiente as competências das partes envolvidas na PNASPI.....	42
3.3 Monitoramento da Política Nacional de Saúde Indígena (PNASPI) em fase de desenvolvimento.....	44

3.4	Processo de gerenciamento de riscos em fase inicial .....	55
3.5	Considerações sobre o uso de sistemas informatizados no âmbito da saúde indígena	57
3.6	Discussões a partir da avaliação de governança .....	58
4.	ANÁLISE ORÇAMENTÁRIA .....	60
4.1	Histórico da Saúde Indígena nos Planos Plurianuais .....	60
4.2	Visão geral da programação orçamentária .....	61
4.3	Execução Orçamentária .....	63
4.4	Dotações das Ações e Comparações com a 20YP .....	67
4.5	Despesas Discricionárias e Emendas Parlamentares Impositivas .....	69
4.6	Reconstruindo o histórico da despesa .....	70
4.7	Aplicações Diretas .....	71
4.8	Detalhamento dos gastos por DSEIs .....	74
4.9	Transferências para Instituições Conveniadas .....	76
4.10	Correlação entre gastos e produção dos DSEIS .....	79
4.10.1	Despesas com convênios .....	79
5.	AVALIAÇÃO DE RESULTADO .....	82
5.1	Aspectos Metodológicos .....	82
5.1.1	Questão avaliativa: .....	82
5.1.2	Identificação dos resultados esperados da política: .....	82
5.1.3	Planejamento da avaliação de resultados: .....	82
5.1.4	Definição do método para coleta de informações .....	82
5.2	Os Distritos Sanitários Especiais de Saúde: contextualizando socioeconomicamente	84
5.3	Qual é o perfil epidemiológico e socioeconômico de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI)? .....	87
5.4	Parâmetros avaliativos para relacionar as políticas de saúde indígena e seu orçamento	98
5.4.1	Médicos .....	98
5.4.2	Agentes de Saúde e Saneamento Indígenas .....	100
5.5	A relação entre a distribuição dos recursos financeiros e o perfil epidemiológico e socioeconômico de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) está de acordo com as diretrizes do SASISUS e vem contribuindo para o atingimento de seus objetivos? .....	103
6.	Considerações Finais .....	105
	BIBLIOGRAFIA .....	106
	APÊNDICE A .....	108
	APÊNDICE B .....	110
	APÊNDICE C .....	164



# 1. APRESENTAÇÃO

O Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas - CMAP – tem por objetivo a avaliação de políticas públicas, as quais são selecionadas anualmente, utilizando-se de critérios pré-estabelecidos de materialidade e relevância em consonância com os Programas Finalísticos do Plano Plurianual respectivo.

No Ciclo de Avaliação 2022 do CMAP, foi selecionada, para exame, a ação orçamentária 20YP (Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena). Após as discussões ocorridas nas oficinas de pré-avaliação, ampliou-se o escopo dessa avaliação para o Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS), que alberga as ações 20YP e 21CJ (Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção de doenças e Agravos). A Ação de governo 20YP, Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena, concernente ao Programa 5022, Proteção, Promoção e Recuperação da Saúde Indígena foi criada para custear o SasiSUS, que possui o objetivo de executar ações de atenção primária e vigilância em saúde para a população indígena, bem como realizar a articulação com o SUS para atendimento em saúde especializada.

Por outro lado, a ação de governo 21CJ, também inclusa no Programa 5022, apresenta um recurso orçamentário, consoante o PLOA 2022, com o fito de custear o SasiSUS no tocante a ações de saneamento básico nas comunidades indígenas, como medida preventiva de risco à saúde, incluindo a implantação, operação e manutenção de infraestruturas de abastecimento de água e esgotamento sanitário, bem como a realização do manejo de resíduos sólidos, adotando métodos, técnicas e processos que considerem as peculiaridades locais e as características etno-culturais dessas comunidades.

Nessa esteira, a atuação do SasiSUS se apresenta em duas principais frentes: a atenção primária em saúde indígena (ação 20YP) e o saneamento básico das comunidades indígenas (ação 21CJ).

No próximo item será feita uma breve contextualização a respeito do modelo de atenção à saúde indígena adotado no Brasil, seguida da apresentação das questões de avaliação propostas e dos resultados obtidos.

## 1.1 Saúde indígena no Brasil

O Brasil tem imensa diversidade sociocultural, os Povos Indígenas representam parcela significativa dessa diversidade e têm forma própria de inter-relacionamento com suas terras, territórios vividos e com a administração pública, inclusive com o sistema de saúde, municipalidades e outras instituições. Os Povos Indígenas se constituem em um dos núcleos mais importantes da diversidade cultural e convivem com um subsistema de saúde diferenciado, ao contrário de outros povos e comunidades tradicionais.

O direito à saúde dos povos indígenas dialoga com diferentes documentos legais, desde a declaração de Alma Ata<sup>1</sup>, que promove a atenção primária à saúde como forma de minimizar as desigualdades e maximizar o acesso às ações e serviços de saúde, ainda incentivando a participação social em processos de deliberação e implementação das ações. A Constituição brasileira de 1988, por sua vez, reconhece a saúde como “*direito de todos e dever do Estado*” e as complexas determinações sociais da saúde, ou

---

<sup>1</sup> GIOVANELLA, Lígia e outros, De Alma-Ata a Astana. Atenção Primária à saúde indígena e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental, Cadernos de Saúde Pública, 2019, 35 (03).

seja, suas conexões com desenvolvimento econômico e social e condições ambientais do processo saúde-doença.

A Lei 9.836/99, de 23 de agosto de 1999, estabeleceu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS, nos termos adiante:

*Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração.*

*Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.*

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI, aprovada pela Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002, teve suas diretrizes instituídas pela Portaria nº 70, de 20 de janeiro de 2004.

O propósito da PNASPI é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos a sua cultura.

A literatura etnográfica sobre a saúde indígena traz algumas interpretações a respeito do tema da institucionalização das políticas de saúde diferenciada<sup>2</sup>: a) participação social mantém-se frágil; b) há descontinuidade dos cuidados; c) há grande rotatividade dos profissionais; d) os diálogos interculturais para a promoção da articulação entre saberes tradicionais e medicina ainda carecem de aprofundamento e desdobramentos em termos institucionais; e) os cuidados ainda são centrados em práticas paliativas, emergenciais e baseados em remoção e isolamento dos pacientes, incorrendo em alto custo econômico e cultural.

Criada em 2010, a Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) é responsável por coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no Sistema Único de Saúde, direcionando a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos povos indígenas.

O Decreto nº 11.358 de 01 de janeiro de 2023, definiu as competências e a estrutura organizacional da SESAI. Para executar suas atribuições a SESAI conta com dois departamentos e 34 unidades descentralizadas (DSEI).

#### **Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena (DASI).**

Responsável pela condução das atividades de atenção integral à saúde dos povos indígenas, por meio da atenção básica, da educação em saúde e da articulação com os demais gestores do SUS para provimento das ações complementares e especializadas.

#### **Departamento de Projetos e Determinantes Ambientais da Saúde Indígena (DEAMBI).**

Responsável pelas ações de saneamento básico e ambiental das áreas indígenas, tais como:

- preservação das fontes de água limpa;
- construção de poços ou captação a distância nas comunidades sem água potável;
- construção de sistemas de saneamento, projetos de obras e edificações;

---

<sup>2</sup> LANGDON, Esther Jean; CARDOSO, Marina (Org.); Saúde indígena: políticas comparadas na América atina, Editora UFSC, 2015. LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza (Org.) Saúde dos Povos Indígenas – reflexões sobre antropologia participante, ABA/Editora CONTRACAPA, RJ, 2004. MOTA, Sara Emanuela de carvalho; A atenção diferenciada no âmbito do subsistema de atenção à saúde indígena: um estudo de caso no Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia, Salvador, BA, 2017. Saúde

- educação em saúde para o saneamento;
- destinação final do lixo, e
- controle de poluição de nascentes.

As atividades relacionadas ao saneamento ambiental e às edificações no âmbito dos DSEI também são geridas pelo DEAMB.

### **Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI.**

Os DSEI são um modelo de organização de serviços, orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo delimitado, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde. Além disso, promovem a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias por meio de atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com base no Controle Social.

No Brasil, há 34 DSEI divididos estrategicamente por critérios territoriais, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas, não obedecendo assim aos limites dos estados. No que tange à distribuição populacional, verifica-se que a Região Norte concentra a maioria desses habitantes, algo em torno de 37,4%.

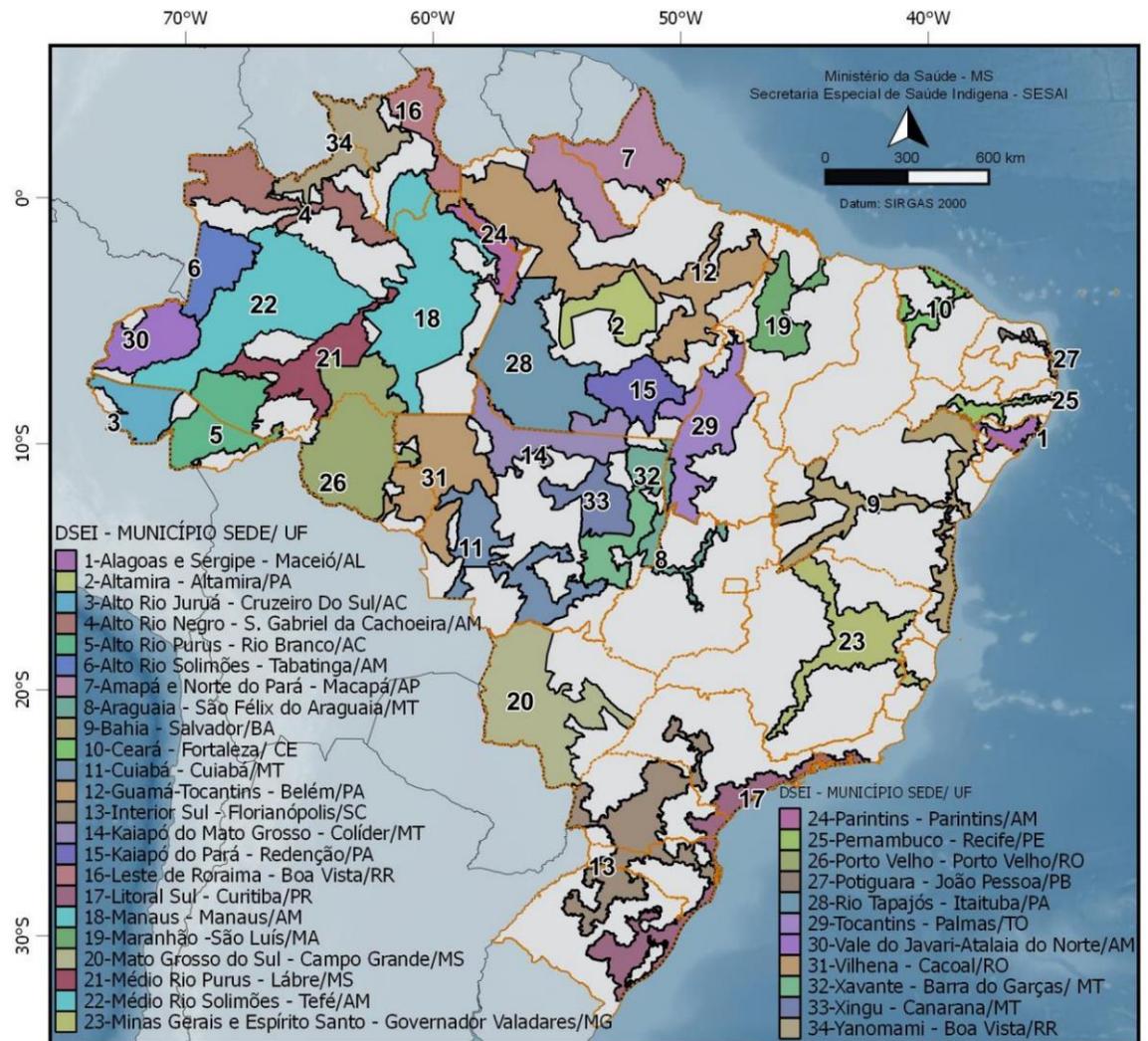
Os DSEI<sup>3</sup> são responsáveis pela assistência à saúde e são constituídos pelos seguintes elementos:

- Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI): Unidade de saúde localizado em território indígena, destinado à execução direta dos serviços de atenção à saúde e saneamento realizados pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI);
- Polo Base Tipo I: Unidade de saúde localizada na comunidade indígena, destinada à administração e organização dos serviços de atenção à saúde indígena e saneamento, bem como à execução direta desses serviços em área de abrangência definida dentro do território do DSEI;
- Polo Base Tipo II: unidade localizada em área urbana destinada exclusivamente à administração e organização dos serviços de atenção à saúde indígena e saneamento desenvolvida em área de abrangência definida dentro do território do DSEI, não devendo executar atividades de assistência à saúde.
- Casa de Saúde Indígena (CASAI): implantada na sede municipal, possui o objetivo de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem.

---

<sup>3</sup> Há no Brasil, consoante os dados de 2021, 364 Polos Base, 66 CASAI e 1.196 UBSI.

Figura 1 - Mapa dos Distritos Sanitários Indígenas (DSEI)



• Fonte: Plano Nacional de Saúde 2020-2023

Segundo o Censo viviam no Brasil, em 2010<sup>4</sup>, 822<sup>5</sup> mil indígenas, pertencentes a 305 grupos étnicos falando 274 línguas. O quadro epidemiológico, em termos gerais, é caracterizado por indicadores desfavoráveis de saúde, caso se compare com outros segmentos populacionais.

Quanto aos meios e instrumentos para fazer face a tamanho desafio, a SESAI conta com 14,6 mil profissionais, sendo 52% de origem indígena, distribuídos em mais de 700 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), responsáveis pela atenção básica à saúde indígena em determinada área. Esse contingente é predominantemente contratado no âmbito de 35 convênios de fornecimento de mão de obra vigentes (um para cada DSEI e o 35º para a CASAI de Brasília).

<sup>4</sup> O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) anunciou que, após adiamentos, os dados definitivos do Censo Demográfico de 2022 serão divulgados até 28 de junho de 2023, data posterior à elaboração definitiva desse relatório, por isso não foram utilizados dados atualizados do Censo 2022.

<sup>5</sup> Censo Demográfico já registra em todo o país, até a data de hoje, 1.652.876 pessoas indígenas. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/novo-portal-destaques.html?destaque=36595>. Acesso em: 12 de mai. de 2023.

## 1.2 Questões de avaliação

Para o presente trabalho foram propostas as seguintes questões de avaliação:

Questão 1 – De que forma o desenho do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) está adequado para garantir maior promoção de saúde indígena, considerando as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais de atendimento a esses povos?

**Executor responsável:** Controladoria-Geral da União

Questão 2 – Como a governança do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) está estruturada para o alcance dos seus objetivos?

**Executor responsável:** Controladoria-Geral da União

Questão 3 – Como vem sendo a evolução e execução orçamentária do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (ações orçamentárias 20YP e 21CJ) considerando suas eventuais especificidades?

**Executor responsável:** Secretaria de Orçamento Federal

Questão 4 – A relação entre a distribuição dos recursos financeiros e o perfil epidemiológico e socioeconômico de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) está de acordo com as diretrizes do SasiSUS e vem contribuindo para o atingimento de seus objetivos?

**Executor responsável:** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

## 2. AVALIAÇÃO DE DESENHO DO SASISUS

### 2.1 Apresentação

A política pública é um processo institucional desenhado com a finalidade de solucionar um problema público pelo qual a sociedade passa em um determinado momento. No tema de atenção à saúde dos povos indígenas, o problema público perpassa por uma acentuação no prejuízo à saúde desses povos originários, que gera diversas consequências que repercutem em variados campos como o social, o cultural e até o existencial.

A avaliação do desenho de uma política, nos termos do Guia Prático de Análise ex post (BRASIL, 2018b), consiste na revisitação do desenho construído durante sua formulação. No que concerne à PNASPI, buscou-se inicialmente colher as informações da estrutura que fora desenhada para a política, para que se analisasse se a intervenção em execução fora construída com solidez suficiente para alcançar os objetivos que se propunha realizar, se fora arquitetada desde a compreensão de qual é o problema central a ser enfrentado, verificando ainda se existem pontos de melhoria que poderiam ser recomendados para aperfeiçoamento da política pública de saúde.

É recomendada a realização da avaliação de desenho como forma de verificar as hipóteses estabelecidas para a política quando da sua formulação, ou mesmo aprofundar pontos e definições que na época não se apoiavam em evidências claras para a sua adoção. Uma vez que a política entrou em execução, outros insights podem ser obtidos, de modo a permitir uma reflexão sobre quais insumos, processos ou produtos alternativos são mais eficazes para alcançar as metas definidas e mais efetivos para promover os resultados e os impactos pretendidos. (Brasil, 2018b, p. 139)

Desse modo, a presente avaliação de desenho visa responder à pergunta: “De que forma o desenho do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) está adequado para garantir maior promoção de saúde indígena, considerando as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais de atendimento a esses povos?”. Para tanto, foi realizada a análise crítica do modelo lógico do SasiSUS, bem como analisadas as possibilidades de aprimoramentos no processo de elaboração dos Planos Distritais de Saúde Indígena (PDSI) e no processo de celebração de contratos no âmbito do Subsistema.

### 2.2 Metodologia utilizada na Avaliação de Desenho

A avaliação foi feita com participação de gestores e técnicos da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI)<sup>6</sup>, órgão responsável pela condução da PNASPI, por meio de oficinas presenciais realizadas na sede da SESAI, solicitação de informações por escrito, construção de diagramas por meio da ferramenta Miro<sup>7</sup> e produção interna a partir das informações obtidas. Foram utilizados elementos e conceitos da avaliação de desenho e da avaliação executiva constantes do Guia Prático de Análise ex ante (BRASIL, 2018a) e do Guia ex post (BRASIL, 2018b), a fim de se obter um panorama geral acerca da política em comento.

Em regra, para que haja mais eficiência no alcance de objetivos, ou até mesmo para que o objetivo seja minimamente alcançado, os elementos básicos do desenho de uma política são construídos antes de

---

<sup>6</sup> O decreto nº 11.358, de 1º de janeiro de 2023, alterou o nome da Secretaria Especial de Saúde Indígena para Secretaria de Saúde Indígena.

<sup>7</sup> Miro é uma plataforma visual colaborativa em formato de lousa online, que foi usada para construção dos diagramas.

sua execução, para que se possa identificar o real problema apresentado naquele público-alvo da população e possa ser tratado o problema em busca de resultados. Nas palavras do guia *ex ante*, “desenhar a política é visualizá-la antes que ela seja posta em prática. Significa prever os insumos, processos, produtos, resultados e impactos, assim como as forças e fraquezas, os riscos e as oportunidades envolvidos” (BRASIL, 2018a, p. 93).

No entanto, a informação fornecida pelos gestores foi a de que a política não possuía um modelo lógico construído previamente, portanto, o modelo lógico e os outros diagramas necessários para a avaliação de desenho foram construídos durante a execução da avaliação com a participação dos gestores e técnicos responsáveis pela condução da PNASPI.

Nas oficinas, organizadas semanalmente, com duração de duas horas cada, ocorreram debates diretamente com os gestores e técnicos da SESAI, com o intuito de construir com eles as árvores de problema e de objetivo. De forma semelhante, a metodologia para a elaboração do modelo lógico e da teoria do programa contou também com oficinas presenciais e solicitações por escrito de informações mais estruturadas a respeito dos fluxos dos processos executados no âmbito da saúde indígena.

### 2.3 Árvore de problema e árvore de objetivo

Buscando compreender qual a abrangência do problema público e se ele continua demandando intervenção do estado da mesma maneira como quando concebida a política, a primeira etapa da discussão teve o objetivo de esclarecer qual é o problema central que envolve a atenção à saúde dos povos indígenas considerando suas especificidades.

O problema raiz, o qual exigia uma intervenção governamental, foi definido como a “Baixa oferta de ações e serviços de saúde voltados aos diferentes perfis epidemiológicos e contextos culturais da população indígena”. Para se chegar a essa conclusão, foi levado em conta que existe um sistema de saúde que ofertaria ações e serviços de saúde a esses povos, que é o SUS, no entanto a oferta foi considerada baixa porque não atinge de forma satisfatória os indígenas aldeados, além de não englobar os variados perfis epidemiológicos e as abundantes culturas dos povos indígenas.

Figura 2 - Problema público apresentado na saúde indígena

Baixa oferta de ações e serviços de saúde voltados aos diferentes perfis epidemiológicos e contextos culturais da população indígena.

Fonte: Árvore de problema. Elaboração própria decorrente das Oficinas realizadas.

A partir daí foram elencadas as causas dessa baixa oferta. Dentre as causas mais mencionadas durante as oficinas, foi destacado o distanciamento das terras indígenas dos centros que ofertam os serviços de saúde, gerando dificuldade logística de acesso às comunidades indígenas, oriundas também de uma pulverização territorial e de casos de mudança frequentes de território pelas populações nômades. Todas essas dificuldades de acesso causariam barreiras às equipes profissionais de ingressarem nos territórios indígenas para ofertarem ações e serviços de saúde.

Outro tópico bastante recorrente durante as discussões foi a especificidade sociocultural dos diferentes povos indígenas existentes no país, que exigia dos profissionais um prévio conhecimento cultural. No entanto há uma baixa disponibilidade de profissionais capacitados na atuação do contexto indígena e uma baixa atratividade de profissionais do SUS para atuarem nos territórios indígenas, causa essa também existente pela não abordagem de temas voltados à saúde indígena durante a formação desses profissionais. Ainda sobre a especificidade cultural, foi relatado que a falta de conhecimento acerca da maneira de interação social dos indígenas, com frequência gerava preconceito e ausência de respeito por ocasião dos atendimentos de saúde.

Adicionadas a essas causas, também foram destacados o baixo conhecimento a respeito do perfil epidemiológico diferenciado da população indígena e a necessidade de maior articulação entre os órgãos envolvidos no planejamento das ações e serviços de saúde.

A partir dessas discussões, pode-se resumir que a causa central do problema da “Baixa oferta de ações e serviços de saúde voltados aos diferentes perfis epidemiológicos e contextos culturais da população indígena” era que o modelo de atenção à saúde adotado no SUS não estava preparado para atendimento às demandas específicas da população indígena, gerando a necessidade da existência de um subsistema específico para atuar acolhendo suas particularidades.

Após listadas as causas, durante as oficinas foram destacadas as consequências desse problema, ou seja, quais os prejuízos verificados na população indígena que são efeitos diretos ou indiretos do problema destacado, que poderiam ser evitados com uma atuação específica voltada para esse público-alvo.

Os efeitos da inexistência de um sistema de saúde desenhado de uma forma que contemple as especificidades epidemiológicas e culturais da comunidade indígena perpassam desde consequências diretamente ligadas à saúde, ocasionando aumento da mortalidade por causas evitáveis, baixa capacidade de resposta diante do surgimento de epidemias, prejuízo à saúde pelo não recebimento de atenção integral e diferenciada; até consequências sociais e culturais, como a desassistência à população indígena, maior vulnerabilidade à violência urbana, bem como a exclusão social dos povos indígenas.

Ainda, a diminuição do acesso à água potável e o Saneamento básico precário levam à perpetuação de casos de doenças, de contaminações infecto-parasitárias e da transmissão de agentes patogênicos associados à falta de estrutura sanitária das aldeias.

Importante esclarecer que a baixa oferta de ações e serviços de saúde faz com que os indígenas se desloquem espontaneamente em busca de atendimento fora de sua comunidade, e devido a casos de alto custo financeiro de retorno para suas aldeias, muitos permanecem longos períodos na zona urbana, adotando hábitos relacionados ao aumento na incidência de doenças crônicas. Esse cenário culmina em um enfraquecimento cultural dos povos indígenas, chegando a ser mencionado nas oficinas como uma violação do direito constitucional à saúde e à vida.

Todas as causas e efeitos identificados estão representados na árvore de problema (Figura C.1, Apêndice C). Por outro lado, com o fim de debater soluções para os problemas existentes, atacando suas causas, de forma que solucionem ou mitiguem as consequências acima citadas, foi elaborada a árvore de objetivo (Figura C. 1, Apêndice C).

A árvore de objetivo é uma representação gráfica do que se pretende buscar em termos de alternativas para que se altere a realidade atual, buscando um cenário diferente do anterior, fixando, assim, um objetivo e ações e processos que podem levar o contexto atual a outro pretendido, produzindo resultados opostos aos efeitos da árvore de problemas.

O objetivo do SasiSUS foi definido como “Promover e ampliar a oferta de ações e serviços de saúde voltados aos diferentes perfis epidemiológicos e contextos culturais da população indígena”. Cabe observar que, embora o SasiSUS atue especificamente com a atenção primária à saúde, o objetivo

fixado na árvore não se restringiu à saúde primária pois o fim buscado é a saúde integral dos indígenas por meio de mecanismos de referenciamento ao SUS para os casos de saúde especializados e/ou de maior complexidade. Em relação às ações de saneamento básico, o entendimento do grupo participante das oficinas é de que estariam incluídas no conceito mais amplo de ações de saúde, fundamentado na LC 8.080/1990<sup>8</sup> c/c LC 141/2012<sup>9</sup>.

### Figura 3 - Objetivo da Política de Saúde Indígena

Promover e ampliar a oferta de ações e serviços de saúde voltados aos diferentes perfis epidemiológicos e contextos culturais da população indígena

Fonte: Árvore de problema. Elaboração própria decorrente das Oficinas realizadas.

Visando combater a baixa disponibilidade de profissionais capacitados para a atuação no contexto indígena, bem como o preconceito e a ausência de conhecimento das especificidades culturais indígenas, foi elencada a ação de capacitação dos profissionais, com o intuito de conscientizar e sensibilizar a equipe multidisciplinar que atuará junto a esses povos no tocante a sua individualidade.

Dentre as ações relacionadas à logística de acesso a comunidades indígenas destacam-se a construção de estabelecimentos de saúde localizados dentro das terras indígenas destinados à execução direta dos serviços de atenção à saúde e saneamento, bem como a contratação de serviços de transporte em diferentes modais.

Com a finalidade de coordenar as ações do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena junto ao Sistema Único de Saúde, para que haja uma continuidade da oferta entre a saúde primária e especializada, foi destacada a função das Casas de Saúde Indígena (Casai), com equipes multidisciplinares para recepção e apoio ao indígena que vem referenciado da aldeia, dando suporte para sua permanência, juntamente com acompanhantes, durante todo o processo de atendimento de saúde especializada.

Merecem destaque as ações de promoção da efetiva participação do controle social nos processos que envolvam saúde indígena. Isso faz com que as singularidades de cada povo sejam levadas em conta por quem está mais próximo deles, trazendo um maior conhecimento a respeito do perfil epidemiológico e sociocultural da população local.

Os resultados esperados com essas ações, tendo em vista o objetivo, incluem a melhoria das condições de saneamento básico, o aumento do acesso à água potável, a redução da prevalência de agravos relacionados à saúde mental, a redução da migração não voluntária em busca de acesso à saúde, o aumento da resolutividade da atenção básica, dentre outros. Tudo isso culmina em melhoria da qualidade de vida e garantia do direito constitucional à saúde e à vida aos povos indígenas.

<sup>8</sup> LC 8.080/1990, Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

<sup>9</sup> LC 141/2012, Art. 3º Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a: VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;

Entretanto, foram identificadas causas que não podem ser completamente combatidas dentro das atuais competências do SasiSUS, como por exemplo a formação dos profissionais de saúde não abordar temas voltados à saúde indígena e a baixa disponibilidade de profissionais capacitados para atuação no contexto indígena.

Incluir, durante a formação dos profissionais de saúde, conteúdos acerca da saúde indígena na grade curricular dos cursos de nível superior e técnico contribuiria para o desenvolvimento de mais profissionais com interesse no tema, o que contribuiria na qualidade e continuidade do serviço e diminuiria a rotatividade desses profissionais. No entanto não existem atuações no SasiSUS acerca desse tópico, uma vez que não se trata de competência deste a matéria da educação técnica e superior.

Quando se fala em capacitação de profissionais para a atuação do contexto indígena, verifica-se que existem ações de capacitação de profissionais que atuam na atenção primária à saúde realizadas diretamente pelo SasiSUS. No entanto, a capacitação dos profissionais que atuam no atendimento de indígenas referenciados ao SUS para procedimentos de maior complexidade não compete diretamente ao Subsistema, mas sim ao Sistema Único de Saúde.

Para que haja ampliação da oferta de ações e serviços de saúde voltados à população indígena é necessário o fortalecimento da articulação institucional entre os diferentes atores que direta e indiretamente atuam no tema de saúde indígena. Uma colaboração e coordenação de atividades internas e externas ao Subsistema poderá contribuir para o alcance do objetivo da PNASPI de forma mais eficiente.

## 2.4 Modelo Lógico do SasiSUS

Com o propósito de observar se a organização lógica da execução da política é coerente a ponto de que os insumos e processos possam gerar produtos que se obtenham os resultados e impactos esperados, é necessária a construção de um modelo lógico, o qual demonstra visualmente se a relação entre esses itens é lógica o suficiente para alcançar o objetivo pretendido pela política pública.

O Modelo Lógico (Figura C.3, Apêndice C) é um fluxograma que possui como componentes os insumos, processos, produtos, resultados e impactos. Como não existia um modelo lógico do SasiSUS, este foi elaborado durante as oficinas com os executores da política em conjunto com os avaliadores.

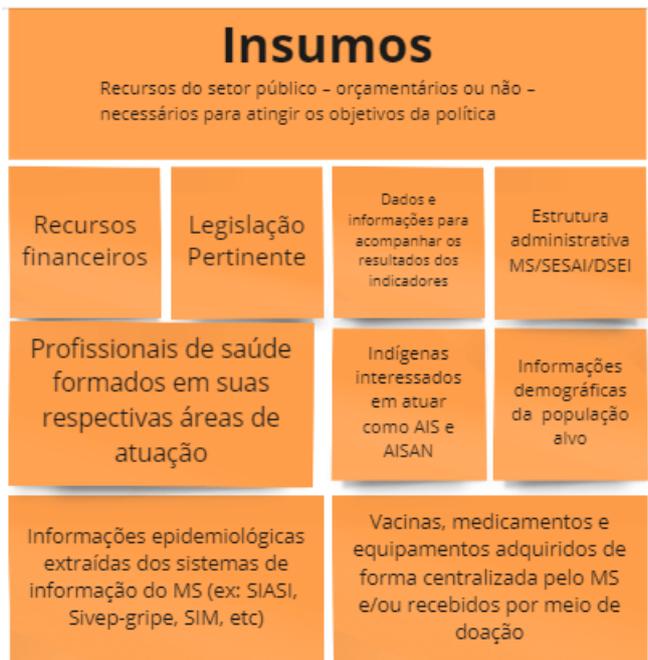
### i. Insumos

Os insumos são recursos do setor público, orçamentários ou não, necessários para atingir os objetivos da política. O SasiSUS se utiliza de uma estrutura administrativa e de recursos financeiros para realizar contratações e convênios para atingir o objetivo de promover e ampliar a oferta de ações e serviços de saúde à população indígena.

Para realização dos atendimentos de saúde, são utilizados insumos como vacinas, medicamentos, serviços de transporte, bem como recursos humanos.

São também considerados insumos, as informações epidemiológicas extraídas dos sistemas de informação do Ministério da Saúde (ex.: SIASI, Sivep-gripe, SIM, etc.), assim como informações demográficas da população alvo, utilizadas para qualificar a assistência à saúde prestada.

Figura 4 - Insumos do Modelo Lógico



Fonte: Modelo Lógico. Elaboração própria decorrente das Oficinas realizadas.

## ii. Processos

Os insumos são utilizados para a realização de processos, que são ações que combinam os recursos disponíveis para produzir bens e serviços a fim de atacar as causas do problema.

Os principais processos que estão diretamente ligados ao objetivo do SasiSUS foram selecionados nas oficinas com os gestores. Na oportunidade, o fluxo desses processos foi desenhado para uma visualização ampla do caminho percorrido. Foram mapeados os processos: orçamentário; de contratação; de celebração de convênios; de atendimentos em saúde primária e referenciamento ao SUS e de elaboração dos Planos Distritais de Saúde Indígena (PDSI).

Os processos de contratação e elaboração dos PDSI serão objeto de discussão mais aprofundada em itens específicos deste Relatório.

## iii. Produtos

Os produtos são os *“bens ou serviços resultantes de um processo, ou seja, as entregas (outputs) que atacam as causas do problema para gerar resultados”*. (Brasil, 2018b, p. 59)

Por meio do processo de contratações, são gerados os produtos como contratos de transporte nos diferentes modais, contratos para fornecimento de serviços de alimentação, medicamentos adquiridos, sistemas de saneamento implantados, estabelecimentos de saúde estruturados, entre outros.

Do processo de celebração de convênios são geradas as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), as quais são capacitadas para realização de atendimentos e ações de promoção à saúde nas comunidades indígenas. A relação dos produtos gerados pelos principais processos destacados pelos gestores encontra-se na figura abaixo.

Figura 5 - Produtos do Modelo Lógico



Fonte: Modelo Lógico. Elaboração própria decorrente das Oficinas realizadas.

#### iv. Resultados

Os resultados são “mudanças incidentes sobre as causas do problema, que decorrem de um ou mais produtos” (BRASIL, 2018b). Esses resultados são frutos da atuação direta do Estado em busca do provimento do objetivo da política, sendo possível ver a sua ocorrência em um curto ou médio prazo.

Durante as oficinas, foram destacados resultados necessários que precisariam acontecer para que o objetivo da política fosse alcançado. Nesse sentido, no modelo lógico foram representados os resultados esperados da atuação, bem como os que se acreditavam estar sendo produzidos com os processos e produtos realizados.

Assim sendo, alguns dos resultados elencados foram: Alcance de indígenas em locais de baixa oferta de serviços de saúde; Aumento da resolutividade da atenção básica; Maior capacidade de resposta diante do surgimento de epidemias; População conscientizada a respeito da importância das ações de prevenção de doenças e agravos; Maior aceitação dos atendimentos de saúde por parte dos indígenas; Aumento da quantidade de estabelecimentos voltados para atendimento e alojamento de indígenas; Aumento do acesso à água potável e o Aumento de cobertura do esgotamento sanitário.

Destaque-se que os resultados acima possuem indicadores e metas que direta ou indiretamente podem medir o seu movimento, no entanto existem outros quatro resultados no modelo lógico que não possuem indicadores associados a eles, que são: Controle social atuante; Acesso da população indígena à atenção especializada; Redução da Migração não voluntária de indígenas para a zona urbana em

busca de acesso à saúde e a Maior eficiência na gestão dos recursos públicos destinados ao Subsistema. A ausência de métrica para monitoramento do alcance desses resultados impede o conhecimento do avanço da política.

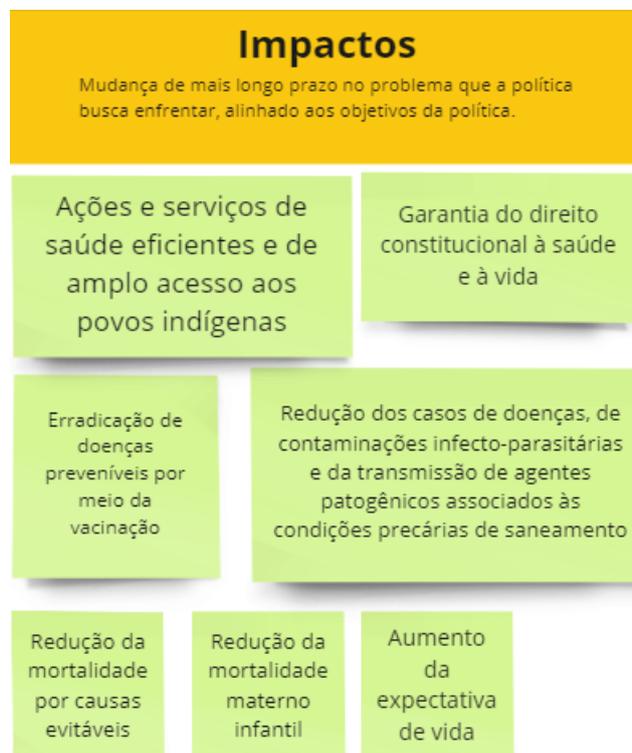
O guia ex-ante destaca que os *“resultados esperados, bem como as metas previstas no desenho da política, representam referências iniciais, que precisam ser calibradas durante e após o processo de implantação da ação pública, afetando os instrumentos disponíveis utilizados”* (BRASIL, 2018a, p.98). Nesse sentido, é importante a existência de metas e indicadores que mensurem o progresso ou não de cada resultado esperado, pois é por meio deles que é possível ter controle e monitorar o desenvolvimento da política de saúde indígena.

#### v. Impactos

Os impactos são a *“mudança de mais longo prazo no problema que a política busca enfrentar, alinhado aos objetivos da política”* (BRASIL, 2018b, p.59). Aqui, diferente dos resultados, que estão intrinsecamente ligados aos processos e produtos, os impactos são eventos que dependem de vários contextos e fatores para a sua realização, bem como só é possível ver a sua produção em um prazo mais longo do que o dos resultados. Os impactos demonstram a real mudança ocorrida dentro de uma população-alvo, portanto é de fundamental importância o seu monitoramento para se ter ciência do alcance do objetivo pretendido pela política pública.

Sendo assim, a erradicação de doenças preveníveis por meio da vacinação; redução dos casos de doenças, de contaminações infecto-parasitárias e da transmissão de agentes patogênicos associados às condições precárias de saneamento; a redução da mortalidade por causas evitáveis; a redução da mortalidade materno infantil; o amplo acesso aos povos indígenas a ações e serviços de saúde eficientes; o aumento da expectativa de vida; como também a garantia o direito constitucional à saúde e à vida aos povos indígenas, foram os impactos esperados pela atuação do SasiSUS, citados durante as oficinas presenciais e validados com os gestores.

**Figura 6 - Impactos do Modelo Lógico**



Fonte: Modelo Lógico. Elaboração própria decorrente das Oficinas realizadas.

### 2.4.1 Revisão crítica do modelo lógico

Fazendo uma revisita ao modelo lógico do SasiSUS, é possível observar que topograficamente existe um preenchimento de todas as colunas do modelo, cujos itens se desencadeiam de uma forma lógica. Os resultados propostos se direcionam bem à obtenção dos impactos no modelo lógico, porém, por alguns resultados não possuírem métrica para avaliar o seu nível de alcance, não é possível concluir que os impactos serão alcançados, por uma ausência de gestão de resultados.

Em relação aos insumos e processos, é possível observar que a Sesai possui o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), que reúne dados epidemiológicos dos distritos sanitários, entretanto esse sistema de informação de dados foi considerado precário, contendo informações incompletas, o que dificulta o planejamento de ações baseadas nesses dados.

Em relação ao processo de celebração de convênios, chama a atenção a falta de pessoal capacitado para fiscalização, o que prejudica o acompanhamento da execução das atividades de saúde desempenhadas pelas conveniadas.

Assim, essas falhas de coesão no modelo lógico prejudicam uma ligação ininterrupta entre os insumos e processos até os produtos, resultados e impactos.

### 2.4.2 Indicadores relacionados ao modelo lógico

Os indicadores acompanhados pela Sesai foram alocados em cada estágio do modelo lógico de acordo com o objetivo buscado. Nos insumos não foi possível alocar nenhum indicador.

As colunas processos e produtos são as que possuem o maior número de indicadores. Destacando-se que os indicadores “Proporção de óbitos maternos investigados” e “Proporção de óbitos em crianças indígenas menores de um ano investigados” tratam de temas que não deveriam constar apenas no campo de processos, mas também de resultados. Estabelecer metas apenas para o processo de investigação direciona os recursos para uma atividade meio e não para o objetivo central que seria a efetiva diminuição do número de óbitos.

Embora exista uma quantidade equilibrada de indicadores entre os processos e produtos, é importante lembrar que uma política pública deve estar focada nos resultados e nos impactos causados na sua população-alvo. Por exemplo, o indicador de produto “Percentual de crianças indígenas menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional” deveria vir acompanhado de indicadores de resultado ou de impacto monitorando a diminuição da desnutrição ou obesidade infantil, a falta desse olhar para o futuro demonstra fragilidade no monitoramento da política.

Quando se observam os resultados e impactos, que por natureza são a mudança esperada na comunidade, verifica-se uma lacuna entre o pretendido pela política e o que realmente é acompanhado. Nos resultados e impactos não foram observadas metas em eixos de grande importância, como o de mortalidade, sobrevivência, nutrição, crescimento e desenvolvimento, saúde da mulher, etc.

## 2.5 Análise da Teoria do Programa

### i. Estruturação da política

Estruturada sobre a teoria de que o modelo de atenção à saúde adotado no SUS não está preparado para atendimento às demandas específicas da população indígena, a política visa a criação de um subsistema que ofereça ações e serviços de saúde voltados especificamente à população indígena, abarcando toda compreensão dos seus diferentes perfis epidemiológicos e seus contextos culturais.

Os recursos financeiros e humanos, juntamente com os dados e informações acerca dos povos indígenas dão suporte ao processo de contratações de equipes de saúde e transporte para o atendimento diretamente no local onde habita a comunidade, fornecendo ações, serviços e uma estrutura de saúde básica no interior das aldeias. Todo esse processo é feito com participação social dos próprios indígenas, fazendo um controle da qualidade dos serviços bem como do atendimento de suas necessidades locais.

Essa estruturação de atendimento local permitiria o efetivo atendimento de saúde e saneamento capazes de reduzir a mortalidade por causas evitáveis nas comunidades, bem como garantir o direito constitucional à saúde e à vida.

## II. Identificação de fatores relevantes de contexto

Um dos contextos mais importantes a ser levando em conta nessa atuação é a barreira cultural e linguística dos indígenas. A respeito dessa questão, o modelo de atenção contempla a participação de indígenas na composição das EMSI, tanto no atendimento à saúde como no saneamento. Além de contar com capacitação dos profissionais de saúde quanto à questão indígena, e com as ações de educação permanente nas comunidades.

À vista disso, o subsistema busca coexistir em harmonia com a diversidade cultural e social dos povos indígenas, respeitando seus valores, práticas e sistemas tradicionais de saúde.

## 2.6 Identificação de falhas e erros no desenho da política

### I. Definição e identificação da população elegível

O SasiSUS caminha em conjunto com a PNASPI no propósito de garantir aos povos indígenas o acesso integral à saúde, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente. Não há nessa legislação menção objetiva sobre um direcionamento de oferta de saúde a indígenas aldeados ou não.

No entanto, na Nota Técnica Nº 5/2020-SESAI/GAB/SESAI/MS é expresso o entendimento de que a população alvo da política são indígenas aldeados e que a estrutura das EMSI está voltada aos atendimentos nas aldeias. Em resposta a uma solicitação de informações, a Sesai não esclareceu objetivamente os critérios atuais de elegibilidade da população alvo.

Nesse contexto, existem decisões judiciais obrigando a União a prover atendimento de saúde a indígenas não aldeados, a exemplo da decisão do Superior Tribunal de Justiça, sob o entendimento de que inexistente *“respaldo jurídico para o critério excludente defendido pela União de que os serviços de saúde alcançam apenas os índios aldeados”*<sup>10</sup>.

No mesmo sentido, o Supremo Tribunal Federal decidiu cautelarmente, em sede de Arguição de descumprimento de preceito fundamental (ADPF 709), determinando que *“os serviços do Subsistema Indígena de Saúde sejam acessíveis a todos os indígenas aldeados, independentemente de suas reservas estarem ou não homologadas. Quanto aos não aldeados, por ora, a utilização do Subsistema de Saúde Indígena se dará somente na falta de disponibilidade do SUS geral”*<sup>11</sup>.

Ainda que a Sesai tenha conduzido a política focalizando como público-alvo os indígenas aldeados, não estão claros os fundamentos desse critério de elegibilidade, devendo ser mais transparentes e sólidos.

Doutro lado, mesmo sendo interessante a focalização de uma população elegível para uma política pública, não se deve deixar de lado a população indígena não aldeada, devendo haver um

<sup>10</sup> REsp 1.064.009-SC, **Rel. Min. Herman Benjamin, julgado em 4/8/2009.**

<sup>11</sup> ADPF 709, <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=754033962>

acompanhamento que garanta também o seu acesso integral à saúde, com o intuito de que os objetivos da política sejam integralmente alcançados.

A fundamentação clara e objetiva dos critérios para um atendimento diferenciado aos indígenas aldeados, bem como ações para garantia de que os indígenas não aldeados também tenham acesso integral à saúde mitigariam decisões contra a União, assim como garantiriam acesso à saúde em todo o território nacional, coletiva ou individualmente.

## II. Ambiente institucional

Por ocasião das oficinas e oportunidades de interlocução com os gestores, não foi possível identificar uma articulação institucional estruturada entre a Sesai e outros órgãos e entidades que têm atribuições que, pela sua natureza, fazem uma intersecção com a PNASPI, e por consequência deveriam se comunicar para *“viabilizar as medidas necessárias ao alcance de seu propósito<sup>12</sup>”*. Citam-se como exemplo a Funai, que é o órgão indigenista oficial, e exerce atividades diretamente com os indígenas, além de possuir em sua estrutura uma coordenação de acompanhamento de saúde; e o Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), que realiza ações de segurança alimentar e nutricional voltadas para povos e comunidades tradicionais, como os indígenas e o Ministério dos Povos Indígenas, ao qual foi atribuído também a garantia do acesso à saúde.

Com relação aos órgãos do poder executivo federal, é necessário que se desenvolva uma comunicação mais estreita, com vistas a desenvolver uma articulação bem delimitada, a fim de se evitar sobreposição ou lacunas entre atribuições.

## III. Controle

Com relação à prestação de contas para a sociedade das ações realizadas pelo subsistema, apesar dos pedidos reiterados de informação da existência de um relatório específico da saúde indígena, a única informação obtida foi a de que o relatório de prestação de contas existente é o Relatório anual de Gestão (RAG), o qual não tem informações sobre a saúde indígena, tendo em vista se tratar de prestação de contas dos gestores do SUS, dando a entender que o SasiSUS não possui um instrumento específico de prestação de contas.

---

<sup>12</sup> Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. P. 21

## 2.7 Avaliação do processo de elaboração dos Planos Distritais da Saúde Indígena (PDSI)

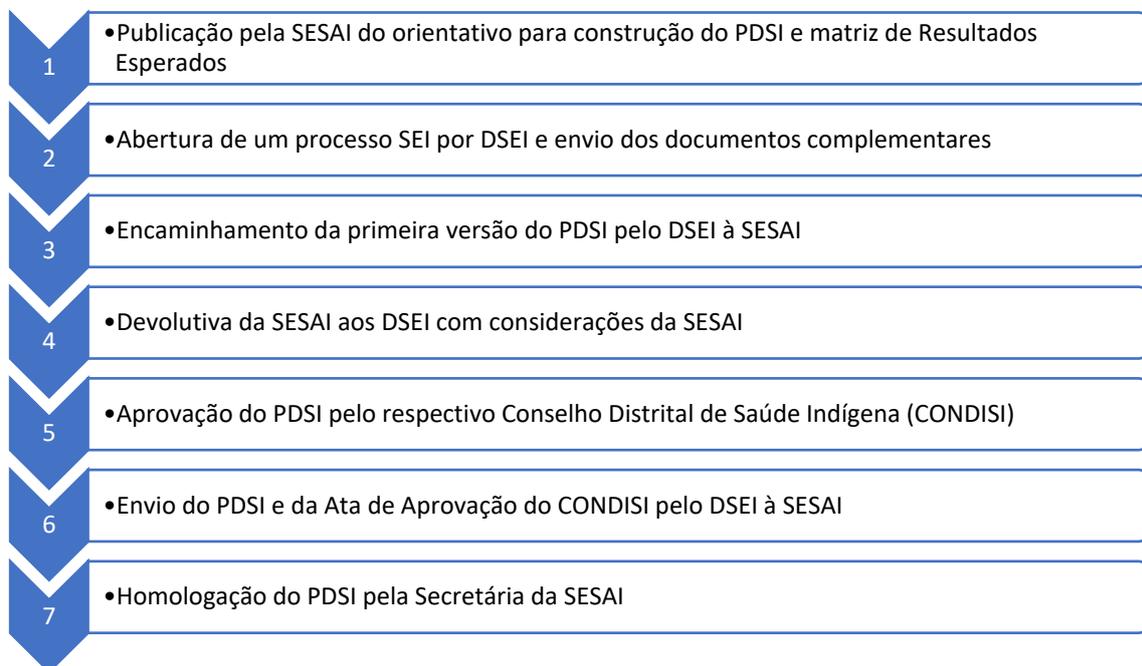
Foi avaliado o processo de elaboração, implementação, monitoramento e avaliação dos Planos Distritais da Saúde Indígena (PDSI), cuja responsabilidade por elaborar, aprovar, executar e monitorar compete aos Distritos Sanitários de Saúde Indígena (DSEI), seguindo as diretrizes da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), mediante acompanhamento do controle social representado por 34 Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) e por 400 Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI), nos termos das Leis nº 8.080/1990, 8.142/1990, Decreto nº 3.156/1999, Portarias de Consolidação/MS nº 2 (Anexo IV) e nº 4, ambas de 28.09.2017, sendo a última alterada pela Portaria GM/MS nº 3.021, de 04.11.2020.

A seguir são apresentados os principais achados relacionados ao tema.

### 2.7.1 Falta de integração entre os instrumentos de planejamento do SasiSUS e o planejamento geral do SUS

Solicitada a descrever o fluxo de planejamento dos atuais Planos Distritais de Saúde Indígena (PDSI), que cobrem o quadriênio 2020-2023, a SESAI apresentou o resumo que consta da Figura 7 abaixo.

Figura 7 - Fluxo de construção do PDSI 2020-2023



Fonte: Despacho CPGO/SESAI, de 26.09.2022.

Considerando que cada PDSI reflete o planejamento das ações de saúde para o período de quatro anos, os gestores foram questionados sobre como esse instrumento se desdobra para fins de execução anual. Em resposta, a SESAI informou que cada unidade administrativa (DSEI) elabora um Plano de Ação Anual (PAA), que, portanto, *“é um instrumento de planejamento que formaliza e norteia as ações estratégicas*

da instituição no horizonte de um ano.” Sobre a origem dessa sistemática de planejamento, a SESAI indicou como fundamento a Portaria FUNAI nº 553, de 12 de julho de 2017.

Diante disso e após a leitura das diretrizes que a SESAI enviou, em 2019, para os DSEI elaborarem os PDSI 2020-2023, os gestores da SESAI foram indagados a respeito da integração entre o planejamento das ações voltadas à saúde indígena elaborado por cada DSEI e o respectivo planejamento de saúde formulado pelos estados e municípios em que se localizam. Em resposta, a SESAI declarou que: “Os PDSI não são relacionados com os planos estaduais e municipais de saúde” (Despacho CGPO/SESAI, de 26.09.2022).

Trata-se, aqui, de situação preocupante porque o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), operado pela SESAI/DSEI, atua diretamente na atenção básica, carecendo dos estabelecimentos, equipamentos e profissionais de saúde de estados e municípios para ofertar serviços de média e alta complexidade. Ademais, a SESAI deve se articular com as demais instâncias assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a promover a atenção integral à saúde dos povos indígenas. É o que consta das atribuições dessa Secretaria, previstas no Decreto nº 11.358, de 1º de janeiro de 2023, de onde se destacam os seguintes incisos:

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

[...]

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

[...]

XI - **incentivar a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena;** (Destaques nossos).

Diante da ausência de procedimento padronizado para orientar os DSEI na articulação com os demais gestores locais e regionais do SUS, essa articulação, tanto na fase de planejamento como de execução, depende da iniciativa dos atores de cada Distrito, estado e/ou município.

Em alguns dos PDSI analisados são registradas diversas dificuldades enfrentadas pelos DSEI para atender às demandas de atendimento de média e alta complexidade, justamente por não haver integração pactuada entre o SasiSUS e o SUS. Como consequência, tem-se dificuldade de referenciar o paciente indígena por meio do Sistema de Regulação (SISREG), que é administrado pelos estados, elevando-se assim os riscos à saúde desses pacientes.

Como exemplo, segue transcrição de registro em PDSI analisado:

“Vale ressaltar que houve tentativas de articulação para implantação do SISREG nas unidades de saúde indígena, sendo negada por algumas secretarias, como pode ser vista na resposta da Prefeitura (...)”

Em outros DSEI, a articulação obteve êxito na regulação de pacientes para rede do SUS, conforme excerto a seguir:

No Estado, através de articulação com a Secretaria de Saúde Pública (...), foi criado um Grupo de Trabalho – GT População Indígena, composto por membros de todas as diretorias da SES, membro da FUNAI e profissionais dos DSEIs do estado (...). Este GT tem por missão precípua a discussão das demandas específicas da saúde

índigena. Neste sentido, a principal conquista foi a agilização no acesso ambulatorial e hospitalar, que até então era um dos principais entraves do DSEI.

No caso específico do Estado de Rondônia, onde estão localizados os DSEI Porto Velho e Vilhena, a equipe de avaliação realizou entrevista exploratória com a atual presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). Nessa entrevista foi informado que a coordenação do SISREG é, de fato, estadual, e que algumas prefeituras fornecem senha de acesso às CASAI de seu território, facilitando assim o encaminhamento de pacientes indígenas à atenção especializada de saúde.

Por oportuno, cabe mencionar o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Nele são definidos os conceitos estruturadores da operação do SUS tais como: Região de Saúde, Mapa de Saúde, Portas de Entrada, Rede de Atenção à Saúde, Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica, Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) e Comissões Intergestores.

No caso do planejamento, essa norma dispõe que o processo deve ser ascendente e integrado, desde o nível local (Município) até o Federal (União), considerando-se as condições epidemiológicas e da organização dos serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde<sup>13</sup>, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

Com relação à articulação interfederativa, este regulamento estabelece que “As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde”. Assim, no âmbito nacional organizou-se a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), sob a coordenação do Ministério da Saúde. Nos espaços estadual e regional, respectivamente, tem-se a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Regional (CIR), ambas sob a coordenação operacional e administrativa das Secretarias Estaduais de Saúde.

De se reforçar, por fim, que não foram apresentadas pela SESAI informações acerca da participação dos dirigentes dos DSEI nas Comissões Intergestores (CIB/CIT) e tampouco se os membros dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) participam dos Conselhos de saúde (Estaduais, Municipais).

Portanto, ratifica-se que não há estratégia de diálogo permanente entre os gestores do SasiSUS e os gestores estaduais e municipais do SUS para pactuar as necessidades de atenção à saúde indígena dentro das Comissões Intergestores, fragilizando assim o atendimento integral à saúde da população indígena.

Identificou-se, ainda, que as normas infralegais não especificam como será operacionalizada a articulação entre o planejamento das ações dos dois sistemas (SasiSUS e SUS):

- i. As normas preveem a existência dos Conselhos CLSIs, CONDISIs e FPCONSISIs, mas não detalham a participação de representantes nos conselhos municipais, estaduais e nem nas CIRs e CIBs;
- ii. Não foram identificadas Comissões Temáticas ou Câmaras Técnicas, de caráter consultivo, junto aos Conselhos municipais e estaduais de Saúde, com a finalidade de discutir formas de atuação na condução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;
- iii. A descrição do programa prevê as Comunidades indígenas, Conselheiros de Saúde, Profissionais, Gestores Distritais, Municipais, Estaduais e Federais, como agentes envolvidos na execução dos serviços de atenção aos Povos Indígenas, também prevê articulação interfederativa envolvendo Secretaria de Saúde Indígena (SESAI/MS), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS),

---

<sup>13</sup> Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (Decreto nº 7.508/2011).

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES/MS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, Ministério da Cidadania e Fundação Nacional do Índio. Contudo não há normas que definam como isso ocorrerá na prática nem se identificou a forma de articulação com essas esferas/entidades. Ademais, considerando as informações prestadas pela SESAI, não há articulação com as secretarias municipais e estaduais para efeito de planejamento das ações complementares a cargo desses entes.

iv. As normas também não internalizaram para o SasiSUS o detalhamento de aspectos como a periodicidade e a divulgação dos planos e dos instrumentos de prestação de contas, similares aos previstos no SUS, nem a realização dos outros mecanismos, previstos na Lei 8.142/1990, como audiências, conferências e consulta públicas.

### 2.7.2 Falta de transparência dos Planos Distritais de Saúde Indígena

Por ocasião dos trabalhos de avaliação foi solicitada cópia dos Planos Distritais de Saúde Indígena (PDSI) vigentes em cada um dos 34 (trinta e quatro) Distritos Sanitários de Saúde Indígena (DSEI).

Porém, para disponibilizá-los, a Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) ponderou que as informações constantes dos PDSI se enquadrariam em “*informações pessoais relativas à intimidade, vida privada, honra e imagem, detidas pelos órgãos e entidades do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS)*” as quais deveriam ter seu sigilo preservado; bem como, os dados pessoais, protegidos de acesso e uso indevidos.

Esclareça-se que o procedimento adotado pela SESAI seria, de fato, adequado por ocasião do tratamento de dados constantes do Sistema de Informação da Atenção à Saúde indígena - SIASI, visto que se trata de um sistema que contém informações cujo tratamento deve ser dado nos termos das Leis de Acesso à Informação (LAI) nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, e Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.

No entanto, os documentos solicitados (PDSI) são planos de trabalho com alcance de 04 (quatro) anos, de interesse público, e que deveriam se encontrar em transparência ativa conforme disposto no Decreto nº 7.724, de 16 de maio de 2012, a saber:

Art.7º Art. 7º É dever dos órgãos e entidades promover, **independente de requerimento**, a divulgação em seus sítios na Internet de informações de interesse coletivo ou geral por eles produzidas ou custodiadas, observado o disposto nos arts. 7º e 8º da Lei nº 12.527, de 2011. arts. 7º e 8º da Lei nº 12.527, de 2011.

(...)

§ 3º Deverão ser divulgadas, na seção específica de que trata o § 1º, informações sobre:

(...)

II - programas, projetos, ações, obras e atividades, com indicação da unidade responsável, **principais metas e resultados e, quando existentes, indicadores de resultado e impacto**; (Destacques nossos).

Desse modo, assim como ocorre com os instrumentos de planejamento do SUS, os PDSI não tratam de situações individuais, mas sim de questões gerais de saúde e saneamento de cada território indígena. Isso pode ser observado no PDSI do DSEI Bahia 2020-2023, disponível na Internet, do mesmo modo que o Plano Nacional de Saúde pode ser encontrado em pesquisa aberta nessa mesma rede. Portanto, os instrumentos de planejamento em saúde pública, como os PDSI, são de interesse coletivo e por isso não comportam “informações pessoais relativas à intimidade, vida privada, honra e imagem”. Caso algum desses planos contenham informações pessoais, tais dados devem ser anonimizados e os documentos disponibilizados em transparência ativa.

## 2.8 Avaliação da integração da SESAI a iniciativas e estratégias do Ministério da Saúde

Além da integração entre o SasiSUS e o SUS em âmbito local, foi avaliada a integração entre a SESAI e outras áreas técnicas do Ministério da Saúde, tanto por meio do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas – IAE-PI quanto por meio da estratégia de telemedicina.

O IAE-PI consiste em um incentivo financeiro para estabelecimentos de saúde que prestam serviços de atenção especializada na saúde indígena, com natureza de custeio, desde que cumpram os requisitos fixados nessa norma. No caso de estabelecimentos das redes estaduais, distrital e municipais, a transferência financeira será efetuada para os respectivos fundos de saúde.

Dentre os objetivos desse Incentivo, definidos no art. 275 da Portaria GM/MS nº 2.663, de 11 de outubro de 2017, destacam-se:

*I – viabilizar o direito do paciente indígena a intérprete, quando este se fizer necessário, e a acompanhante, respeitadas as condições clínicas do paciente;*

*II – garantir dieta especial ajustada aos hábitos e restrições alimentares de cada etnia, sem prejuízo da observação do quadro clínico do paciente;*

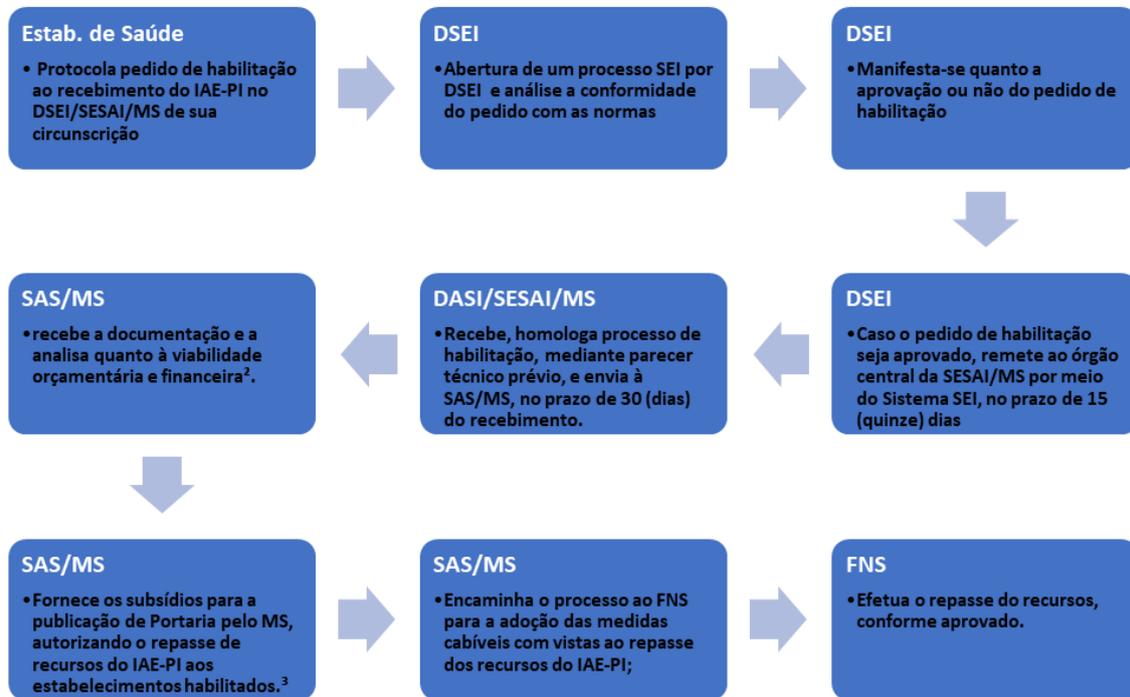
*III – promover a ambiência do estabelecimento de acordo com as especificidades étnicas das populações indígenas atendidas;*

*(...)*

*X – fomentar e promover processos de educação permanente sobre interculturalidade, valorização e respeito às práticas tradicionais de saúde e demais temas pertinentes aos profissionais que atuam no estabelecimento, em conjunto com outros profissionais e/ou especialistas; (...).*

O fluxo de habilitação ao recebimento desse incentivo está representado na figura a seguir:

**Figura 8 - Fluxo referente à habilitação dos estabelecimentos e repasse dos recursos do IAE-PI, conforme Portaria/MS nº 2.663/2017**



Notas:

<sup>1</sup> Requerimento acompanhado do Plano de Metas e Ações – PMA, subscrito pelo dirigente máximo do estabelecimento de saúde interessado ou pelo gestor de saúde estadual, do Distrito Federal ou municipal, ao qual esteja vinculado o estabelecimento de saúde, nos casos de que tratam o inciso II do parágrafo único do art. 274;

<sup>2</sup> Esta análise e o correspondente início do pagamento do IAE-PI ao estabelecimento habilitado estão condicionados à disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros. (art. 292 da Portaria MS nº 2.663/2017)

<sup>3</sup> As informações repassadas pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde – SAES/MS devem conter, no mínimo: o nome, o número do registro do CNES do estabelecimento de saúde habilitado, bem como a tipologia, observado o disposto no art. 276; o DSEI/SESAI/MS da circunscrição do estabelecimento; a forma de repasse do recurso; o valor aprovado do incentivo financeiro; e os objetivos.

Nota-se que, embora a Portaria estabeleça o fluxo, não define os prazos a serem observados pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde SAES/MS e pelo Fundo Nacional de Saúde e nem prevê de que forma o gestor do SUS demandante poderá acompanhar o andamento do seu pleito, de modo que possa se organizar e se planejar para executar o seu Plano de Metas e Ações – PMA na saúde indígena.

Considerando que é de se esperar que todos os municípios que atendem polos de saúde indígena realizem, em alguma proporção, os atendimentos citados na Portaria que regulamenta o IAE-PI, foi solicitada a relação de estabelecimentos habilitados ao recebimento do incentivo, por DSEI, indicando o nome do estabelecimento, o município e estado, bem como o respectivo valor repassado entre 1º/01/2022 e 31/10/2022.

Em resposta, a Coordenação de Articulação Interfederativa, Regulação e Saúde Digital da Saúde Indígena/SESAI apresentou uma lista contendo 12 estabelecimentos credenciados, nos exercícios de 2018, 2019 e 2020, para recebimento do IAE-PI, sendo que 6 deles são Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e 5 são laboratórios de próteses dentárias.

Em caráter complementar, a equipe de avaliação efetuou uma consulta na página SAUDELEGIS - Sistema de Legislação da Saúde, utilizando a palavra-chave “IAE-PI” e o respectivo ano de assinatura do ato (2018, 2019, 2020, 2021 e 2022). Como resultado dessas consultas, identificou-se um total de 75 portarias de habilitação para 80 estabelecimentos, abrangendo 65 municípios, distribuídos em 17 estados.

Dessa feita, observa-se que a SESAI não tem um adequado controle dos estabelecimentos habilitados, e que embora a quantidade de municípios com estabelecimentos habilitados para o recebimento do incentivo encontrada seja maior que a apresentada pela SESAI, ainda se mostra insuficiente, considerando que apenas 65 (13,32%) dos 488 municípios com populações indígenas possuem estabelecimentos nessa situação.

Considerando que todos os Planos Distritais de Saúde Indígena (PDSI) contêm um item denominado rede de serviços; e que nele são relacionados os estabelecimentos de saúde por polo base/município que funcionam como referência do SUS, seria possível a identificação, pelo DSEI, de estabelecimentos de saúde de sua base territorial que poderiam se habilitar ao IAE-PI, mas ainda não o fizeram. De posse dessa informação prestada pelos DSEI, a SESAI poderia atuar de forma mais proativa no processo de habilitação.

Quanto aos pedidos de habilitação que chegaram à Coordenação de Articulação da SESAI, essa unidade afirmou que elaborou os pareceres técnicos e despachos de sua competência e os enviou para as providências da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES/MS) e da Coordenação Geral de Gestão Orçamentária e Financeira/CGOF/MS para assinatura da portaria de habilitação e consequente liberação de recursos. Foi informada a existência de 13 processos de habilitação ao IAE-PI aprovados pela SESAI e sem andamento no MS (conforme Despacho COAED/SESAI, de 1º de dezembro de 2022).

Por todo o exposto, fica clara a necessidade de reavaliar o processo de habilitação ao recebimento do IAE-PI, por meio de trabalho conjunto entre SESAI e SAES, tendo em vista que esse incentivo pode se tornar um importante instrumento na melhoria da prestação de serviços à saúde indígena pelos municípios.

Ainda no que diz respeito à integração da SESAI a políticas do Ministério da Saúde, cabe mencionar a situação atual do SasiSUS em relação à Estratégia de Saúde Digital para o Brasil, por meio da telemedicina, que tem como finalidade a expansão e melhoria da rede de serviços de saúde, sobretudo da Atenção Primária à Saúde (APS).

O Ministério da Saúde recebeu, em 2021, doação de 34 kits<sup>14</sup> (conjuntos) contendo equipamentos para “o fortalecimento da atenção primária em saúde indígena”, por meio da “implantação da telemedicina”. Na ocasião foi noticiado que:

“A doação possibilitará a chegada da telemedicina às aldeias indígenas, o que viabilizará consultas a distância, reduzindo o tempo de resposta em casos de atendimentos mais específicos e facilitar o acesso dos pacientes aos profissionais de saúde nas mais diversas especialidades.”

Entretanto, em resposta aos questionamentos formulados pela equipe de avaliação, a SESAI informou que não existe, até o momento, programa de telemedicina/telessaúde implantado formalmente na Saúde Indígena. Foi proposto um Projeto Piloto para instalação de uma Unidade Avançada de Saúde Indígena - UASI, que teria como um dos principais objetivos a avaliação diagnóstica inicial para definir a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

Esse piloto ocorreu na Terra Indígena Rio das Cobras – PR, no âmbito do DSEI Litoral Sul, com a duração de 90 dias, nos quais foram realizadas consultas com Especialistas, a saber: cardiologia - 5;

---

<sup>14</sup> Cada kit é composto de: um monitor multiparamétrico portátil, uma maleta hard case com espuma de alta densidade, um eletrocardiógrafo ECG digital, um espirômetro, um retinógrafo portátil, um notebook e uma câmera webcam.

endocrinologia – 8; neurologia – 11; neurologia pediátrica – 4; pneumologia – 7; psiquiatria clínica – 9; e reumatologia – 8, totalizando 52 atendimentos.

Foi definido pela gestão que após a avaliação dos resultados do projeto Piloto e obtenção de mais informações acerca de condições para implantação das tecnologias nos DSEI seriam definidas as localidades e estabelecidos novos cronogramas de implantação. Contudo, há questões sensíveis a serem solucionadas antes da implementação da estratégia tendo em vista a ausência de informações sobre as localidades/aldeias com condições materiais de utilizar esses equipamentos, em especial a conectividade; e a elevada rotatividade dos profissionais de saúde no Subsistema, o que demandaria uma política de capacitação permanente, de modo a permitir o uso adequado dos equipamentos.

Verifica-se, portanto, que a SESAI considera que a telessaúde/telemedicina tem grande potencial de gerar benefícios para a qualidade de vida para o paciente indígena, seja pela redução dos deslocamentos para fora das aldeias ou pela diminuição do tempo de espera na fila geral do SUS. Nesse contexto, a inclusão da saúde indígena na Estratégia de Saúde Digital para o Brasil deve ser amplamente debatida com vistas a elaboração de um projeto robusto para a implantação da telessaúde no âmbito do SasiSUS.

## 2.9 Avaliação do processo de contratação no âmbito do SasiSUS

As contratações no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), de serviços de transporte aéreo, terrestre e fluvial, bem como o fornecimento de alimentação para as CASAI, podem ser realizadas tanto pela SESAI<sup>15</sup>, com participação da Coordenação Geral de Material e Patrimônio, vinculada à Subsecretaria de Assuntos Administrativos do Ministério da Saúde (CGMAP/SAA/SE), na execução e homologação da licitação, quanto pelos DSEI, com autonomia para conduzirem as etapas de planejamento, seleção do fornecedor e gestão dos contratos.

O presente trabalho consistiu em identificar boas práticas e fragilidades nas contratações promovidas pela SESAI e pelos DSEI de itens rotineiramente licitados para dar suporte às ações de atenção à saúde indígena no âmbito do SasiSUS, bem como analisar o grau de aderência às cláusulas contratuais que tratem do recebimento e fiscalização da execução contratual a cargo dos DSEI. As informações obtidas podem subsidiar proposições de aprimoramentos em relação à celebração e ao acompanhamento de contratos no âmbito do SasiSUS.

Para tanto, foi selecionada amostra de licitações e contratos para análise, dando maior destaque ao objeto transporte (aéreo, terrestre e fluvial) e em segundo plano o objeto fornecimento de alimentação para as Casais conforme a seguir:

---

<sup>15</sup> O Ministério da Saúde, por intermédio da Subsecretaria de Assuntos Administrativos (SAA) e a Secretaria de Saúde Indígena (Sesai), celebrou, em 22 de julho de 2019, com o Ministério Público Federal, Termo de Ajustamento de Conduta - TAC de caráter preventivo, com o compromisso de centralizar e instruir os procedimentos de licitação relacionados à contratação dos serviços de transporte aéreo, transporte terrestre e de fornecimento de alimentação para as Casai, que atendam à própria Sesai e aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), onde, após a realização das licitações em âmbito central, os processos poderão ser sub-rogados para os respectivos Dsei para realização da execução dos contratos.

### Quadro 1 - Licitações e Contratos analisados

Pregão Eletrônico	Unidade Realizadora	Contrato	Unidade Contratante	Objeto
08/2022	Dsei Xingu	05/2022	Dsei Xingu	Transporte aéreo
11/2021	Sesai (CGMAP)	08/2022	Dsei Alto Purus	
		23/2022	Dsei Alto Solimões	
		05/2022	Dsei Leste Roraima	
08/2020	Sesai (CGMAP)	-	-	Transporte terrestre
01/2022	Dsei Bahia	01/2022	Dsei Bahia	Transporte fluvial
01/2022	Dsei Alto Purus	05/2022	Dsei Alto Purus	
08/2021	Sesai (CGMAP)	102/2021	Dsei Altamira	Alimentação Casai
14/2022	Dsei Xingu	06/2022	Dsei Xingu	

Fonte: Pesquisa realizada no Portal da Transparência do Governo Federal

Foram, ainda, examinadas as execuções contratuais referentes a serviços de transporte aéreo com o intuito de observar se existe aderência às normas estabelecidas nos respectivos contratos, em especial as que tratam do recebimento do objeto e de procedimentos relacionados às atividades de fiscalização e gestão contratual, conforme relacionado a seguir:

### Quadro 2 - Contratos de transporte aéreo selecionados para análises da execução

Licitação/Unidade Licitante	Unidade Contratante	Contrato n.º
PE 08/2022 – Dsei Xingu	Dsei Xingu	05/2022
PE 11/2021 – Sesai (CGMAP)	Dsei Leste Roraima	05/2022
	Dsei Alto Purus	08/2022

Fonte: Pesquisa realizada no Portal da Transparência do Governo Federal

Por fim, como os contratos de transporte interferem diretamente na contratação de mão de obra, completou-se a análise com a verificação do quantitativo de funcionários terceirizados contratados pelos DSEI.

#### 2.9.1 Análise dos Editais e Termos de Referência de licitações conduzidas pela SESAI e pelos DSEI

A análise de diversos tópicos dos editais de licitação e termos de referência selecionados revela que não existe padronização de editais e termos de referência entre os processos de contratação promovidos pela SESAI (com a participação da CGMAP/SAA/SE) e os promovidos pelos DSEI, muitas vezes em processos para um mesmo tipo de objeto.

Cabe esclarecer que os exames realizados não tiveram o objetivo de identificar qual unidade, Sesai ou Dsei, realizou contratações mais vantajosas, e sim verificar se as unidades, nos processos de

contratação de objetos rotineiramente licitados para dar apoio às ações do SasiSUS, atuam de forma padronizada, especialmente na elaboração de editais e termos de referência, de modo que todos possam aprimorar as contratações realizadas e, conseqüentemente, agregar mais eficiência e efetividade às ações de acesso à saúde da população indígena.

Como boas práticas, foram identificadas as ocorrências detalhadas no quadro “Boas práticas verificadas em editais e termos de referência de licitações conduzidas pela Sesai (CGMAP) e pelos Dsei” (quadro C.1, Apêndice C), a exemplo da adequada descrição do objeto em editais de licitações conduzidas pela SESAI; possibilidade de os atestados de capacidade técnica serem apresentados em nome da matriz ou filial da empresa licitante; estabelecimento de prazos mínimos de antecedência para solicitação de disponibilização de aeronaves; regramentos para garantir a boa utilização e regularidade dos serviços de transporte aéreo, bem como para permitir controle e aferição dos trajetos percorridos pelas aeronaves; definição dos métodos e processos de coordenação e controle do emprego de recursos e meios de transporte terrestre; Identificação das informações que devem constar nas Ordens de Missão Aéreas, bem como detalhamento da documentação que dará suporte à comprovação das horas de voo e disponibilização pela Sesai de sistema de rastreamento e controle da frota de veículos.

Pôde-se observar ocorrências de boas práticas em todos os editais e termos de referência examinados, tanto os elaborados pela SESAI quanto aqueles elaborados pelos DSEI. Todavia, as boas práticas não foram observadas de forma consistente nos documentos, sendo ora nuns e ora noutros, evidenciando falta de padronização dos atos convocatórios, em especial quando se trata do mesmo objeto.

Da mesma forma como observado na identificação das boas práticas, verificou-se fragilidades, conforme registrado no quadro “Fragilidades verificadas em editais e termos de referência de licitações conduzidas pela Sesai e pelos Dsei” (Quadro C.2, Apêndice C) deste Relatório, em todos os editais e termos de referência examinados, evidenciando a falta de modelos padronizados para os documentos a serem elaborados.

Dentre as fragilidades identificadas, destacam-se: estabelecimento de padrões diferenciados para o intervalo mínimo de diferença entre os valores ou percentuais dos lances oferecidos; modos diferenciados de disputa nos pregões eletrônicos (aberto, fechado e aberto e fechado); ausência de definição de qual metodologia deva ser utilizada nos editais para comprovação de tempo de experiência mínima pelo licitante; exigência de comprovação de quantitativo mínimo dos serviços em percentuais diferenciados; prazos diferenciados para a assinatura do termo de contrato; percentuais de multa diferenciados a serem aplicados sobre o valor estimado do(s) item(s) prejudicado(s) pela conduta do licitante; especificações diferenciadas de veículos para locação; sistema de rastreamento de veículos com e sem ônus para a contratada; prazos diferenciados para substituição dos veículos em serviço em caso de pane; ausência de definição de qual seria o posicionamento da administração quanto à possibilidade ou não da subcontratação do objeto; prazos diferenciados para reposição do valor da garantia e recolhimento das multas; prazos diferenciados para reposição da garantia contratual em caso de utilização total ou parcial em pagamentos de qualquer obrigação; e critérios diferentes para a contagem de horas de voo.

Tais indefinições de critérios/metodologias podem, inclusive, causar obstáculo à competitividade dos certames ou mesmo favorecer empresas no processo de contratação. Como exemplo, ressalta-se a indefinição, em editais para contratação do mesmo objeto, de qual metodologia deva ser utilizada para comprovação de tempo de experiência mínima pelo licitante, conforme apresentado a seguir.

**Quadro 3 - Diversidade de tempo exigido de experiência mínima a ser comprovada como qualificação técnica do licitante.**

<b>Objeto</b>	<b>N.º PE</b>	<b>Tempo mínimo exigido</b>
Locação de veículo	PE 08/2020 – Sesai	3 anos
	PE 01/2022 – Bahia	Não consta
Transporte aéreo	PE 11/2021 – Sesai	12 meses

	PE 08/2022 – Xingu	3 anos
Alimentação para as Casai	PE 08/2021 – Sesai	3 anos
	PE 14/2022 – Xingu	Não consta

Fonte: Editais dos Pregões Eletrônicos n.º 08/2022 – Dsei Xingu, 11/2021 – CGMAP, 08/2020 – CGMAP, 01/2022 – Dsei Bahia, 08/2021 – CGMAP e 14/2022 – Dsei Xingu.

Pode ainda ter causado obstáculo à competitividade, a inclusão de item no termo de referência para contratação de fornecimento de alimentação para as Casai, estabelecendo que a contratada também será responsável pela manutenção predial da área utilizada, bem como das instalações hidráulicas e elétricas vinculadas ao serviço, quando a prestação dos serviços será realizada nas dependências das Casai, ou seja, atribuir à empresa do ramo de alimentação a responsabilidade das manutenções hidráulicas e elétricas de dependência do imóvel onde está estabelecida a Casai não parece razoável.

Outro ponto que merece destaque foi a definição, nos termos de referência para contratação de aeronaves, de critérios diferentes para a contagem de horas de voo, sendo em um documento estabelecido a diferença do horário de decolagem e o horário do pouso da aeronave e no outro a contagem seria a partir do acionamento ao corte do motor. Tal divergência merece uma avaliação criteriosa para definição de qual modelo para cômputo de horas é o mais adequado.

### 2.9.2 Análise dos termos de contratos decorrentes das licitações examinadas

Quanto aos termos de contrato resultantes das licitações examinadas, verificou-se fragilidades em todos, tantos os elaborados pela Sesai (com a participação da CGMAP/SAA/SE), como os elaborados pelos Dsei, em razão da existência de diversas cláusulas contratuais onde os respectivos textos, ao invés de estabelecerem as regras a serem observadas, fazem menção ao Termo de Referência anexo ao respectivo edital, ou seja, o conteúdo do regramento da execução contratual não está descrito no próprio termo, sendo apenas referenciado, com destaque para as cláusulas que tratam do regime (ou modelo) de execução dos serviços e fiscalização contratual.

A mencionada cláusula oitava - do regime (ou modelo) de execução dos serviços e fiscalização contratual, constante em todos os contratos, estabelece que o regime de execução dos serviços a serem executados pela contratada, os materiais que serão empregados e a fiscalização pela contratante são aqueles previstos no Termo de Referência, anexo do Edital. Contudo os Termos de Referência não possuem tópico com o mesmo título, obrigando o leitor a realizar buscas nos diversos tópicos dos documentos e interpretar o que seria aplicável a esta Cláusula Oitava, dando margem à subjetividade, quando o razoável seria que o próprio termo de contrato já trouxesse, de forma objetiva, qual o regramento e dinâmica da gestão e fiscalização contratual.

As especificações deficientes nos termos de contrato prejudicam a atuação do gestor do contrato, do fiscal do contrato, da própria empresa contratada e, conseqüentemente, a adequada obtenção do objeto da contratação.

### 2.9.3 Análise da execução contratual – Aderência às cláusulas contratuais

Com o objetivo de avaliar a conformidade e aderência das atividades de gestão e fiscalização da prestação dos serviços de transporte aéreo ao regramento estabelecido nos contratos, foi selecionada a cláusula oitava – regime (ou modelo) de execução dos serviços e fiscalização dos respectivos contratos, sendo, em virtude das fragilidades já apontadas quanto às deficiências das especificações contratuais, realizadas buscas, nos diversos tópicos dos Termos de Referência das licitações, das informações que poderiam ser atribuídas à cláusula em tela. Os tópicos selecionados constam no

quadro “Tópicos e itens selecionados de cada Termos de Referência para servir como critério de avaliação” (Quadro C.3, Apêndice C).

Duas licitações respaldaram os três contratos de transporte aéreo selecionados, sendo para os contratos 05/2022 – Dsei Leste Roraima e 08/2022 – Dsei Alto Purus o PE 11/2021 - Sesai e para o Contrato 05/2022 – Dsei Xingu o PE 08/2022 – Dsei Xingu.

Pode-se observar que as informações referentes à documentação que dará suporte à comprovação da realização dos voos são diferentes para cada contrato e estão dispostas em tópicos distintos dos Termos de Referência dos Pregões Eletrônicos n.º 11/2021 – Sesai e n.º 08/2022 – Dsei Xingu.

Os resultados dos exames revelam baixa aderência às regras estabelecidas nos termos de contrato, onde cada Dsei adotou procedimentos e documentação próprios, diferenciados dos estabelecidos em contrato, para dar suporte aos recebimentos e fiscalização da execução do objeto, evidenciando ausência de padronização entre os Dsei de processos de trabalho nas atividades de gestão e fiscalização contratual.

A seguir serão apresentados em detalhes os resultados dos exames realizados na documentação referente à execução dos contratos decorrentes dos pregões eletrônicos selecionados (PE nº 11/2021 – Sesai e PE nº 08/2022 - Dsei Xingu).

#### I. PE nº 11/2021 – Sesai que deu origem aos Contratos 05/2022 – Dsei Leste Roraima e 08/2022 – Dsei Alto Purus

Quanto a documentação estabelecida para dar suporte aos pagamentos, foram verificadas as seguintes ocorrências:

- Ordem de Missão Aérea (OMA) – Representa a solicitação do voo, contém as informações básicas para o acionamento do mesmo e deve ser expedida por trecho. Conforme modelo apresentado no Anexo C do Termo de Referência do PE 11/2021 - Sesai, o documento é de preenchimento obrigatório pelo Dsei antes da prestação do serviço.

Entretanto, o modelo do documento OMA não foi utilizado para demandar a prestação dos serviços de transporte aéreo na execução de nenhum dos dois contratos. Foram utilizados documentos fora dos padrões estabelecidos.

- Relatório de Missão Aérea (RMA) – É o documento que comprova a realização do voo e fornece os detalhes do mesmo com fins de rastreabilidade documental e pagamento da hora voada, devendo conter o número da respectiva OMA e EEMA e ser expedida por trecho. Conforme modelo apresentado no Anexo D do Termo de Referência, o documento é de preenchimento obrigatório pelo Dsei após a prestação do serviço. Entretanto, o mencionado documento não foi localizado em nenhum dos processos de execução contratual examinados.

- Extrato Executivo de Missão Aérea (EEMA) – Conforme Anexo E do Termo de Referência do PE 11/2022, trata-se de documento de preenchimento obrigatório pela empresa de táxi aéreo após a prestação do serviço, devendo ser expedida por trecho. O modelo do documento Extrato Executivo de Missão Aérea (EEMA), estabelecido no Anexo E do Termo de Referência do PE 11/2022, não foi utilizado para comprovação da prestação dos serviços em nenhum dos dois contratos.

As desconformidades relatadas podem ter frustrado/prejudicado as atividades de fiscalização do voo e a verificação da conformidade da missão com as necessidades dos usuários, data e horários planejados, total de horas voadas, origem e destino do voo, passageiros embarcados, natureza e volume de carga transportada

Cabe destacar que OMA, o RMA, o EEMA e a Nota Fiscal de prestação de serviço, conforme Termo de Referência do PE 11/2021, são os documentos que atestam a real e correta prestação do serviço de transporte aéreo, o que permite o seu fiel pagamento. Apesar disso, observou-se dentre a

documentação examinada, a inclusão de documentos não estabelecidos nos Termos de Referência, mas que deram suporte aos pagamentos.

Quanto aos procedimentos a serem observados pelo fiscal e gestor do contrato, foram verificadas impropriedades no ateste dos serviços, que ocorreu sem a devida documentação comprobatória da prestação dos serviços de transporte aéreo.

## II. PE 08/2022 – Dsei Xingu que deu origem ao Contrato 05/2022 – Dsei Xingu

Com referência a documentação de suporte para a comprovação do voo e registro de horas, foram verificadas as seguintes ocorrências:

- Ordem de Missão originária do Dsei Xingu: Este documento foi substituído por ofícios emitidos pelo Dsei Xingu ao representante da empresa contratada, solicitando e autorizando entrada do voo conforme requisição contida no próprio ofício, contudo sem trazer informações sobre o prefixo ANAC da aeronave e o número da missão em uma ordem sequencial para o ano todo.

- Relatório de Voo produzido pelo Sistema Informatizado de Controle e Supervisão de Transporte Aéreo, a ser fornecido pela Licitada: Não foram localizados dentre a documentação examinada, sendo localizados somente os “Relatórios de Voos Executados” em determinado período, emitidos pela própria contratada, não sendo este um dos documentos estabelecidos como de comprovação dos registros de horas.

Quanto aos procedimentos de recebimento do objeto a serem observados, foram verificadas impropriedades no ateste dos serviços, que foi efetuado pelo próprio Coordenador do DSEI, em detrimento do fiscal e do gestor do contrato.

No todo, observou-se que cada DSEI adotou documentação própria para comprovação das horas de voo e recebimento do objeto, bem como procedimentos diferenciados nas atividades de fiscalização e gestão contratual, revelando falta de padronização de processos de trabalho e falta de aderência ao disposto nos respectivos termos de referência. Esse fato demonstra a fragilidade do acompanhamento da execução dos contratos de transporte aéreo, objeto de extrema criticidade no contexto do SasiSUS.

### 2.9.4 Avaliação do quantitativo dos funcionários terceirizados dos DSEI

Conforme informado pelos gestores no decorrer dos trabalhos, a SESAI dispunha, em dezembro de 2022, de 1.226 servidores efetivos e de 5.223 trabalhadores terceirizados.

Ao analisar o quantitativo de funcionários terceirizados e suas respectivas funções observou-se que nos 34 DSEI estão distribuídos 1.838 motoristas nas categorias: motorista de caminhão (rota regionais e internacionais), motorista de carro de passeio, motorista de ônibus urbano e motorista de furgão ou veículo similar. No entanto, observou-se que não há correlação entre os quantitativos de motoristas contratados e as populações atendidas nem entre o quantitativo e a área atendida.

Como exemplo podem ser mencionados os DSEI Ceará (área territorial de 30.460,61 m<sup>2</sup>, população 26.346) e DSEI Cuiabá (área territorial de 176.170,69 m<sup>2</sup>, população 7.939) que possuem, respectivamente, 94 e 102 motoristas de carro de passeio. Por outro lado, ao contrário das situações anteriores, o DSEI Bahia (área territorial de 165.197,16 m<sup>2</sup>, população 35.247) possui apenas 4 motoristas de carro de passeio, e o DSEI Alto Rio Solimões (área territorial de 79.763,43 m<sup>2</sup>, população 69.991) possui 16 motoristas de carro de passeio.

Essa divergência ocorre porque os contratos de transporte celebrados podem ou não incluir motoristas, a critério de cada DSEI. Não há uma uniformização de procedimento de contratação de serviços de transporte entre eles, ainda que respeitando as suas especificidades.

Em relação a outras categorias profissionais, a exemplo de vigilantes, cozinheiros, porteiros de edifício, empregados domésticos de serviços gerais, também foi identificada a contratação de funcionários em quantidades discrepantes entre os DSEI sem justificativas por parte da SESAI a respeito da forma como foram definidos os cargos e quantitativos de alocação de funcionários terceirizados. As discrepâncias identificadas demonstram a falta de uniformização nos parâmetros de contratação.

## **2.10 Discussões a partir da avaliação de desenho**

A elaboração do Modelo Lógico do SasiSUS, seguida de sua análise crítica, permitiu a identificação de oportunidades de melhoria com vistas ao alcance dos objetivos propostos pela PNASPI. Dentre elas chama a atenção a necessidade de maior articulação institucional entre a SESAI e os outros Órgãos Federais com atribuições relacionadas à promoção da saúde indígena, a fim de se evitar lacunas e sobreposições na atuação estatal.

A articulação com os próprios gestores locais do SUS, sistema do qual o SasiSUS é componente, deve avançar a fim de compatibilizar os instrumentos de planejamento e permitir sinergia de esforços com vistas a garantir aos povos indígenas o acesso integral à saúde. Essa falta de articulação também é percebida entre a SESAI e as diversas áreas finalísticas do Ministério da Saúde, como ocorre no processo de habilitação ao recebimento do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas – IAE-PI.

Quanto ao processo de planejamento das ações, nota-se que esse tem sido pouco transparente, o que combinado com a ausência de processo de prestação de contas para a sociedade devidamente estruturado, impede a efetiva atuação do controle social no acompanhamento das metas propostas para cada DSEI.

Em relação às contratações, ainda que se deva considerar as particularidades de cada DSEI, um certo grau de padronização de documentos, tais como modelos de editais, termos de referência e minutas de contrato, bem como de procedimentos para acompanhamento das execuções contratuais, além de mitigar a multiplicidade de esforços, resultaria em maior eficácia das atividades de gestão e fiscalização contratual e em melhorias nos processos de avaliação de desempenho e de qualidade da prestação dos serviços.

Por fim, a discussão acerca da população alvo do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é de grande importância, na medida em que o adequado planejamento pressupõe o conhecimento da demanda a ser atendida em cada localidade, não apenas na atenção primária mas também para o encaminhamento ao Sistema Único de Saúde.

## 3. AVALIAÇÃO DE GOVERNANÇA DO SASISUS

### 3.1 Governança Pública

Segundo o Decreto nº 9.203, de 22 de novembro de 2017, a governança pública é definida como um conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle com objetivo de avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à orientação de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade. Tais mecanismos são assim conceituados:

**Liderança:** compreende conjunto de práticas de natureza humana ou comportamental exercida nos principais cargos das organizações, para assegurar a existência das condições mínimas para o exercício da boa governança, quais sejam: a) integridade; b) competência; c) responsabilidade; e d) motivação.

**Estratégia:** compreende a definição de diretrizes, objetivos, planos e ações, além de critérios de priorização e alinhamento entre organizações e partes interessadas, para que os serviços e produtos de responsabilidade da organização alcancem o resultado pretendido; e

**Controle:** compreende processos estruturados para mitigar os possíveis riscos com vistas ao alcance dos objetivos institucionais e para garantir a execução ordenada, ética, econômica, eficiente e eficaz das atividades da organização, com preservação da legalidade e da economicidade no dispêndio de recursos públicos.

Nos termos do parágrafo único do art. 6º do Decreto nº 9.203/2017, os mecanismos de governança pública incluirão, no mínimo: I - formas de acompanhamento de resultados; II - soluções para melhoria do desempenho das organizações; e III - instrumentos de promoção do processo decisório fundamentado em evidências.

Ainda segundo o Decreto nº 9.203/2017, são princípios da governança pública: capacidade de resposta, integridade; confiabilidade, melhoria regulatória, prestação de contas e responsabilidade e transparência.

Nesse sentido, a fim de responder à questão de avaliação: “Como a governança do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) está estruturada para o alcance dos seus objetivos?” foram selecionados os componentes de Institucionalização e Monitoramento e Avaliação, com base no Referencial para avaliação de governança em Políticas Públicas (BRASIL, 2014).

Foi avaliado se as normas, padrões e procedimentos estão formalmente estabelecidos para definir de forma efetiva e objetiva as arenas decisórias da Política Nacional de Saúde Indígena – PNASPI. Foi também avaliado o processo de monitoramento por meio de indicadores e sua capacidade de fornecer subsídios para a tomada de decisões e para o aperfeiçoamento da política.

### 3.2 Normativos vigentes não definem de forma suficiente as competências das partes envolvidas na PNASPI.

Para avaliação das responsabilidades e competências dos agentes relacionados à execução da PNASPI foi proposta como metodologia a construção de uma Matriz de Responsabilidades (Matriz RACI), que possibilitaria a compreensão dos papéis dos diversos atores envolvidos na política pública.

A elaboração da Matriz de Responsabilidades possibilita a resolução de conflitos, identificação de riscos e oportunidades na atuação de agentes, bem como a revisão, avaliação e acompanhamento das ações desempenhadas por esses agentes, de modo a evitar a fragmentação e sobreposição de esforços.

Nesse sentido, os normativos que regem a Política Nacional de Saúde Indígena foram analisados com objetivo de identificar como as responsabilidades e competências de cada agente envolvido na execução de ações no âmbito do SasiSUS são estabelecidas.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) foi aprovada pela Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002, e suas diretrizes instituídas pela Portaria nº 70, de 20 de janeiro de 2004, incorporada pela Portaria de Consolidação/MS nº 2/2017, que instituiu que a PNASPI deve reconhecer as especificidades étnicas e culturais e os direitos sociais e territoriais dos povos. Ela também define que o objetivo da PNASPI é assegurar aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, com intuito de superar os fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde. A portaria também estabeleceu que cabe ao Ministério da Saúde formular, aprovar e normatizar a PNASPI.

A Portaria nº 3.021, de 4 de novembro de 2020, dispõe sobre o controle social no âmbito do SasiSUS. O normativo dispõe que o controle social será implementado por meio dos seguintes órgãos colegiados:

- Conselhos Locais de Saúde Indígena – CLSI;
- Conselhos Distritais de Saúde Indígena – CONDISI;
- Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena – FPCONDISI.

Incumbe ao controle social o acompanhamento das ações de saúde, edificações e saneamento ambiental a cargo da SESAI e segundo informado pela Secretaria no Despacho SESAI/CGOEX/SESAI/MS, de 13 de outubro de 2022, as atribuições de Conselheiros de Saúde Indígena constam nos Regimentos Internos dos 400 CLSI, dos 34 CONDISI e de um FPCONDISI.

Segundo o Decreto nº 11.358, de 1º de janeiro de 2023, que aprova a estrutura regimental do Ministério da Saúde, a estrutura da SESAI está disposta da seguinte forma:

1. Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena;
2. Departamento de Projetos e Determinantes Ambientais da Saúde Indígena; e
3. Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Neste decreto também estão estabelecidas as competências da SESAI e de seus Departamentos.

Contudo, o Regimento Interno para a nova estrutura da SESAI, definindo as competências no nível das Coordenações de cada Departamento, ainda está em elaboração e a Portaria nº 1.419, de 8 de junho de 2017, último regimento em âmbito Ministerial, vigora no momento disciplinando a estrutura anterior da SESAI, que previa a existência de 3 Departamentos, a saber: Departamento de Atenção à Saúde Indígena; Departamento de Gestão da Saúde Indígena e Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena.

É possível observar, pelo Decreto nº 11.358/2023, que as competências do extinto Departamento de Gestão da Saúde Indígena foram absorvidas quase na totalidade pelo Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena. Entretanto, falta a definição acerca do que compete às Coordenações no âmbito dos Departamentos da nova estrutura da SESAI que executarão atividades críticas ao funcionamento do SasiSUS a exemplo da análise e disponibilização de informações de gestão da saúde indígena e da programação da aquisição e distribuição de insumos, entre outras.

Portanto, ao analisar se os normativos vigentes definem, de forma suficiente e efetiva, as responsabilidades e competências de cada agente envolvido na PNASPI, conclui-se que, apesar da Portaria nº 3.021, de 4 de novembro de 2020, que dispõe sobre o controle social, estar atualizada e determinar de forma clara as competências dos conselhos e respectivos funcionamentos, o regimento interno da SESAI aprovado pela Portaria nº 1.419, de 8 de junho de 2017, encontra-se desatualizado em relação ao Decreto nº 11.358, de 1º de janeiro de 2023. Portanto, não está adaptado à nova estrutura da SESAI.

Tal fato compromete o planejamento e o monitoramento das ações voltadas à promoção da saúde indígena, bem como o alcance dos objetivos da PNASPI. Logo, a elaboração de um novo regimento interno deve ser colocada como prioridade por parte da SESAI de modo a permitir, entre outras ações,

a elaboração de Matriz de Responsabilidade que permita visualizar as funções dos agentes envolvidos nos principais processos relacionados à condução da PNASPI e à gestão do SasiSUS.

### 3.3 Monitoramento da Política Nacional de Saúde Indígena (PNASPI) em fase de desenvolvimento.

Conforme já mencionado, o Decreto nº 9.203/2017, em seu artigo 2º, inciso I, define governança pública como um conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade.

Segundo o documento Guia Prático de Análise ex ante (BRASIL, 2018a):

O processo de monitoramento e avaliação de políticas públicas gera a informação necessária para verificar desempenho de políticas, permitindo realizar ajustes ao longo de sua execução. O controle possibilita que as ações e as diretrizes estabelecidas pelas políticas caminhem de fato de acordo com o esperado, havendo espaços e oportunidades para que os desvios e as inconformidades sejam detectados rapidamente. (Brasil, 2018a, p. 163)

Isto posto, uma política pública necessita de acompanhamento contínuo de suas ações com o objetivo de aferir seus resultados e promover melhorias a fim de assegurar o cumprimento dos objetivos propostos.

Ao ser questionada sobre como realiza o monitoramento da PNASPI, a SESAI informou que realiza o seu acompanhamento por meio dos instrumentos de gestão governamentais e do SUS, sendo eles: Plano Plurianual – PPA, Plano Nacional de Saúde – PNS e Planejamento Estratégico Institucional do Ministério da Saúde – PEI/MS, com vigência para os anos de 2020 a 2023.

A Secretaria informou que realiza o monitoramento de 12 indicadores com periodicidade mensal e que informações são enviadas à Subsecretaria de Planejamento e Orçamento – SPO/SE/MS, bimestralmente, via Sistema de Planejamento e Monitoramento do Ministério da Saúde – SIPLAM.

Os indicadores que integram os instrumentos de gestão acompanhados pela SESAI no período 2020-2023 estão elencados abaixo:

**Quadro 4 - Indicadores dos instrumentos de gestão, acompanhados pela SESAI**

Nº	Indicador	PPA	PNS	PEI
1	Percentual de crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento (CeD.)	X	X	X
2	Percentual de crianças indígenas menores de 5 anos com Esquema Vacinal Completo (EVC).	X	X	
3	Percentual de crianças indígenas menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional.		X	
4	Percentual de gestantes indígenas com no mínimo 6 consultas de pré-natal.	X	X	X
5	Proporção de óbitos maternos investigados.		X	
6	Proporção de óbitos em crianças indígenas menores de um ano investigados.	X	X	

Nº	Indicador	PPA	PNS	PEI
7	Percentual da população indígena com primeira consulta odontológica programática.		X	
8	Percentual de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica.	X	X	
9	Cobertura de aldeias com o monitoramento da qualidade da água.	X	X	X
10	Alcançar o tratamento da água em 85% das aldeias com Sistemas de Abastecimento de Água.	X	X	
11	Ampliar para 3.120 o número de aldeias indígenas com água potável.	X	X	
12	Ampliar para 30% a cobertura de aldeias com atividades educativas voltadas aos resíduos sólidos e/ou reaproveitamento dos orgânicos e promoção da reciclagem na cadeia local.	X	X	

Legenda: PPA: Plano Plurianual; PNS: Plano Nacional de Saúde; PEI: Planejamento Estratégico Institucional do Ministério da Saúde.

Fonte: Processo SEI nº 00190.107948/2022-19 – pág. 12 e 13 - Despacho SESAI/COMAV/SESAI/GAB/SESAI/MS, de 11 de outubro de 2022 – Quadro 1.

Como repercussão do monitoramento da PNASPI, foi realizada, em junho de 2022, uma Oficina de Planejamento Estratégico com o propósito de definir diretrizes e prioridades da gestão, além de definir os objetivos estratégicos e debater os principais desafios da SESAI.

Decorrente disso, foram definidos 23 Objetivos Estratégicos, desmembrados em produtos finalísticos que resultaram na contratualização da Agenda Estratégica da SESAI, elencados abaixo:

#### Quadro 5 - Lista de objetivos estratégicos da SESAI

Nº	Especificação
OE1	Melhoria da condição de saúde dos povos indígenas.
OE2	Fortalecimento da promoção, proteção e recuperação da saúde indígena.
OE3	Redução da mortalidade materno-infantil.
OE4	Aumento da resolutividade das ações e dos serviços de atenção primária à saúde e do saneamento básico.
OE5	Fortalecimento da articulação das ações de saúde com os saberes e práticas tradicionais indígenas.
OE6	Ampliação do acesso ao saneamento básico.
OE7	Fortalecimento do controle social.
OE8	Publicização e transparência das informações.
OE9	Melhoria da articulação interfederativa e intersetorial.
OE10	Fomento e incorporação de novas tecnologias de saúde, saneamento básico e estabelecimentos de saúde indígena.
OE11	Aprimoramento da formulação, implementação e gestão de políticas, programas e ações de saúde pública.
OE12	Qualificação da promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

Nº	Especificação
OE13	Qualificação da atenção à saúde das mulheres e da atenção ao pré-natal, parto e puerpério.
OE14	Fortalecimento da promoção à saúde mental.
OE15	Fortalecimento e ampliação da cobertura vacinal.
OE16	Ampliação e melhoria da infraestrutura de saneamento básico e estabelecimentos de saúde.
OE17	Implantação de boas práticas de gestão.
OE18	Melhoria do clima organizacional.
OE19	Fortalecimento dos processos de educação permanente.
OE20	Aprimoramento da gestão da informação e do conhecimento.
OE21	Aprimoramento e fortalecimento da comunicação interna.
OE22	Redução da rotatividade da força de trabalho.
OE23	Melhoria na alocação e execução dos recursos financeiros.

Fonte: Processo SEI nº 00190.107948/2022-19 – pág. 14 e 15 - Despacho SESAI/COMAV/SESAI/GAB/SESAI/MS, de 11 de outubro de 2022 – Quadro 2.

Por ocasião dos trabalhos de avaliação, a SESAI informou que encontra-se no processo de definição de metodologia de acompanhamento da execução dos mencionados Objetivos Estratégicos e de entrega dos produtos pelas equipes técnicas.

Diante das estratégias utilizadas para o monitoramento das ações empreendidas no âmbito da PNASPI, foi analisado se os indicadores já definidos nos instrumentos de gestão estão contribuindo para atingir os objetivos estratégicos e efetuou-se as seguintes observações:

**Objetivos: “01 Melhoria da condição de saúde dos povos indígenas” e “02 Fortalecimento da promoção, proteção e recuperação da saúde indígena”:**

As condições de saúde e sua promoção, proteção e recuperação são acompanhados de forma genérica por todos os indicadores, pois eles mensuram a cobertura vacinal, o acesso a consultas médicas e odontológicas, o acompanhamento alimentar e nutricional, proporção de óbitos, verificação das condições de tratamento da água e ampliação de atividades educativas. Contudo, tais objetivos são muito amplos, logo sua supervisão torna-se difícil, pois os objetivos devem ser específicos e mensuráveis para serem monitorados e possibilitarem uma avaliação precisa que respaldará a tomada de decisões.

Assim, a SESAI implementou indicadores de estrutura e processo, mas não apresentou indicadores de resultado, como Incidência de uma doença específica (protegida por determinada vacina) na população indígena, percentual de óbitos maternos e percentual de crianças vítimas de desnutrição.

Quanto ao objetivo **“03 Redução da mortalidade materno-infantil”**, os indicadores **“5 Proporção de óbitos maternos investigados”** e **“6 Proporção de óbitos em crianças indígenas menores de um ano investigados”** abordam o objetivo de forma mais particular. Contudo outros indicadores também estão relacionados a este objetivo de forma indireta.

Os indicadores **“10 Alcançar o tratamento da água em 85% das aldeias com Sistemas de Abastecimento de Água”** e **“11 Ampliar para 3.120 o número de aldeias indígenas com água potável”** verificam a eficácia do alcance do objetivo **“06 Ampliação do acesso ao saneamento básico”**, todavia, outros indicadores devem ser elaborados para mensurar o alcance deste relevante objetivo, visto que estes indicadores não são suficientes para avaliá-lo.

Em relação ao objetivo **“OE. 13 Qualificação da atenção à saúde das mulheres e da atenção ao pré-natal, parto e puerpério”**, os indicadores **“4 Percentual de gestantes indígenas com no mínimo 6 consultas de pré-natal”** e **“5 Proporção de óbitos maternos investigados”** auxiliam na análise do seu êxito, porém estes indicadores não são suficientes para se fazer uma análise mais completa da efetivação do objetivo. Logo outros indicadores devem ser elaborados para uma verificação mais apropriada do objetivo.

O indicador **“2 Percentual de crianças indígenas menores de 5 anos com Esquema Vacinal Completo (EVC)”** associa-se ao objetivo **“15 Fortalecimento e ampliação da cobertura vacinal”** como um indicador específico e mensurável.

Ao analisar como o indicador **“12 Ampliar para 30% a cobertura de aldeias com atividades educativas voltadas aos resíduos sólidos e/ou reaproveitamento dos orgânicos e promoção da reciclagem na cadeia local”** contribui para promover o objetivo **“19 Fortalecimento dos processos de educação permanente”** conclui-se que contribui de forma parcial, pois a educação permanente no âmbito da saúde indígena é um conceito muito mais amplo do que o abordado neste indicador.

A educação envolve outros temas relacionados à saúde indígena, além de resíduos sólidos e/ou reaproveitamento dos orgânicos e promoção da reciclagem, tais como, combate à desnutrição, prevenção de doenças, importância da atividade física para a saúde, educação em higiene bucal, orientações para saúde materno-infantil, saúde mental e importância do controle social. Portanto, o atingimento do objetivo não está sendo totalmente medido e novos indicadores devem ser elaborados e mensurados.

Quanto ao indicador **“12 Ampliar para 30% a cobertura de aldeias com atividades educativas voltadas aos resíduos sólidos e/ou reaproveitamento dos orgânicos e promoção da reciclagem na cadeia local”**, pode ser concluído que ele contribui para a promoção do objetivo **“10 Fomento e incorporação de novas tecnologias de saúde, saneamento básico e estabelecimentos de saúde indígena”**. Contudo esta contribuição é parcial, pois atividades educativas são apenas o começo para implantação e incorporação de novas tecnologias voltadas para saúde, saneamento básico e estabelecimentos de saúde indígena. Portanto outros indicadores devem ser elaborados para que o objetivo 10 possa ser efetivamente mensurado.

O indicador 12 também pode ser associado ao **objetivo “19 Fortalecimento dos processos de educação permanente”**, pois envolve atividades educativas. Entretanto novos indicadores que abordem de forma específica processos de educação permanente relacionados a outros temas na área de saúde indígena necessitam ser desenvolvidos.

Na análise da efetividade dos indicadores implementados pela SESAI para verificação do atingimento dos objetivos estratégicos, constatou-se que há objetivos que não são mensurados pelos indicadores.

Os objetivos não mensurados estão a seguir apresentados:

- OE. 14 Fortalecimento da promoção à saúde mental.
- OE. 16 Ampliação e melhoria da infraestrutura de saneamento básico e estabelecimentos de saúde.
- OE. 17 Implantação de boas práticas de gestão.
- OE. 18 Melhoria do clima organizacional.
- OE. 20 Aprimoramento da gestão da informação e do conhecimento.
- OE. 21 Aprimoramento e fortalecimento da comunicação interna.
- OE. 22 Redução da rotatividade da força de trabalho.
- OE. 23 Melhoria na alocação e execução dos recursos financeiros.

Isto posto, é necessário que sejam produzidos novos indicadores que contemplem a análise do alcance destes objetivos. A definição de indicadores suficientes e específicos, bem como que contemplem a verificação de todos os objetivos estratégicos propiciará o conhecimento real do funcionamento, a avaliação dos processos, a determinação de estratégias e os resultados auferidos com a política.

Outra estratégia de monitoramento da PNASPI configura-se na Avaliação de Desempenho Institucional – ADInst do Ministério da Saúde que se encontra em seu 13º Ciclo de Avaliação. A ADInst busca aferir o alcance de metas e indicadores organizacionais, com objetivo de aprimorar a qualidade dos serviços e dos produtos relacionados à atividade finalística da SESAI. As metas intermediárias que integram a ADInst estão relacionadas a seguir:

- Monitorar a execução orçamentária de 100% dos Distritos Sanitários de Saúde;
- Atualizar e publicar, no Boletim de Serviço Eletrônico (BSE), os Regimentos Internos dos 34 CONDISI, conforme previsto na Portaria nº 3.021, de 4 de novembro de 2020;
- Elaborar 25 documentos técnicos para orientar os DSEI na organização das ações de Atenção Primária à Saúde e no monitoramento e avaliação da situação de saúde no âmbito do SASISUS;
- Elaborar 150 projetos completos de implantação, reforma e ampliação, de infraestrutura e de abastecimento de água e estabelecimentos de saúde indígena.

Ao ser questionada sobre como está se desenvolvendo o acompanhamento dessas quatro metas intermediárias, a SESAI relatou, por meio do Despacho SESAI/COMAV/SESAI/GAB/SESAI/MS, 15 de dezembro de 2022, que, conforme a Portaria nº 1.249, de 7 de outubro de 2022, o 13º Ciclo ADInst acontece no período de 1º de julho de 2022 a 30 de junho de 2023 e seus processos de monitoramento serão realizados de forma parcial, em 22 de abril de 2023, e ao final, no último mês de encerramento do período, no dia 30 de junho de 2023, sendo que o resultado final da avaliação deverá ser publicado no Diário Oficial da União (DOU) até o dia 11 de julho de 2023.

Segundo informado, cabe às COMAV (Coordenações Setoriais de Monitoramento e Avaliação), orientar e acompanhar a apuração das metas e indicadores, juntamente com determinadas áreas técnicas da Secretaria, bem como buscar aprimorar os contextos de trabalho institucional, por meio da qualificação das fichas de metas institucionais para os próximos ciclos.

Contudo, após solicitação do resultado da 12ª ADInst, a SESAI respondeu que “até o presente momento, não tem conhecimento do resultado do 12º Ciclo de Avaliação de Desempenho Institucional (ADInst)”, demonstrando um atraso e/ou ausência de divulgação de resultado, no caso do 12º ciclo. Em vista disso, não se pode, no momento, avaliar se metas intermediárias que integram a Avaliação de Desempenho Institucional estão contribuindo para o alcance dos objetivos da PNASPI e para o aprimoramento da qualidade dos serviços e produtos relacionados à atividade finalística da SESAI, pois este monitoramento não se encontra concluído.

A SESAI relatou ainda que a COMAV implantará uma Sistemática de Monitoramento e Avaliação das Intervenções em Saúde (SMA), composta a princípio por seis macroetapas:

- a) Levantamento, validação e catalogação das intervenções em saúde;
- b) Identificação de fragilidades das Intervenções normativas, estruturais e organizacionais;
- c) Correlação de intervenções com os instrumentos governamentais;
- d) Identificação e qualificação dos indicadores de saúde das intervenções;
- e) Implementação do monitoramento estratégico; e
- f) Avaliação da sistemática - Revisão de fluxos, processos, periodicidades, ferramentas e organizações do monitoramento.

A SESAI informou que está desenvolvendo a primeira macroetapa com o levantamento de todas as intervenções em saúde da Secretaria, que posteriormente seguirá para análise, qualificação e validação. Até o momento não é possível avaliar este trabalho da COMAV, pois a Sistemática de Monitoramento e Avaliação das Intervenções em Saúde (SMA) está na fase inicial.

A atuação da saúde indígena também é monitorada por meio da avaliação dos indicadores do PDSI (2020-2023) de cada um dos 34 DSEI em relação ao alcance das metas previstas para o ano de 2021, conforme informado pela SESAI. O PDSI é uma ferramenta para desenvolver e aperfeiçoar o planejamento de ações a partir de uma análise situacional da saúde e saneamento nas aldeias de cada um dos DSEI, em consonância com o Plano Estratégico da SESAI, no âmbito central, e a previsão orçamentária para os anos de execução deste documento.

Para avaliar os indicadores do PDSI (2020- 2023) dos 34 Distritos Sanitários foram elencados 14 resultados comuns a todos os DSEI compondo os resultados designados como prioritários da estratégia nacional. Além dos resultados prioritários (comuns), os DSEI complementam o PDSI com resultados específicos provenientes das Conferências Locais e Distrital de Saúde Indígena, com objetivo de abordar resultados adequados às especificidades locais e necessidades de saúde de cada Distrito, fomentando assim a participação social.

Com relação aos resultados elencados como prioritários, a SESAI orientou aos Distritos para que incluíssem no PDSI metas iguais ou superiores às estabelecidas na meta nacional, conforme apresentado no Quadro a seguir.

**Quadro 6 - Relação dos resultados e metas nacionais referentes a Estratégia 1 – Atenção à Saúde – Qualificação das ações e equipes de saúde do PDSI 2020-2023.**

<b>Resultado</b>	<b>Produto /unidade de medida</b>	<b>Meta pactuada 2021</b>
E1.R.01. Alcançar, em 2023, 90% das crianças menores de 5 anos com esquema vacinal completo de acordo com o calendário indígena de vacinação (PNS)	Criança com esquema vacinal completo (percentual)	87,5%
E1.R.02. Alcançar, em 2023, 50,0% das gestantes indígenas com acesso a, no mínimo, 6 consultas de pré-natal (PNS)	Gestante indígena com acesso ao pré-natal (percentual)	43,0%
E1.R.03. Alcançar, em 2023, 60,0% das crianças indígenas menores de 1ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento (PPA e PNS)	Criança indígena menor de 1 ano com acesso às consultas preconizadas (percentual)	44,0%
E1.R.04. Alcançar, em 2023, 92% das crianças indígenas menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional (PNS)	Criança indígena menor de 5 anos atendida pela vigilância alimentar e nutricional (percentual)	88,0%
E1.R.05. Alcançar, em 2023, 90,0% de investigação de óbito infantil (PNS)	Óbitos infantis investigados (percentual)	88,0%
E1.R.06. Alcançar, em 2023, 92,0% de investigação de óbito maternos (PNS)	Óbitos maternos investigados (percentual)	90,0%

Resultado	Produto /unidade de medida	Meta pactuada 2021
E1.R.07. Alcançar, em 2023, 60% da população indígena com primeira consulta odontológica (PNS)	População indígena com primeira consulta odontológica (percentual)	50,0%
E1.R.08. Alcançar, em 2023, 60% de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica (PNS)	Tratamento odontológico básico concluído (percentual)	56,0%
E1.R.09. Reduzir em 5% o número de óbitos por suicídio nos 34 DSEI*	Óbitos por suicídio reduzidos (percentual)	-3%
E1.R.10. Reduzir em 8% a incidência de tuberculose nos 34 DSEI	Casos novos de tuberculose reduzidos (percentual)	-4%
E1.R.11. Reduzir em 35% o número de casos novos de malária nos DSEI endêmicos**	Casos novos de malária reduzidos (percentual)	-20,0%
E1.R.12. Alcançar em 50% a participação de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural	Trabalhadoras(es) do DSEI que participaram de ações educativas de qualificação para o trabalho em contextos interculturais	40%
E1.R.13. Qualificar 70% dos trabalhadores da atenção para o aprimoramento do trabalho em saúde	Trabalhadoras(es) da atenção qualificados	60,0%
E1.R.14. Alcançar 100% dos estabelecimentos de saúde indígena com sua respectiva força de trabalho cadastrados no CNES e SESA I RH	Estabelecimentos de saúde indígena com sua respectiva força de trabalho cadastrados no CNES e SESA I RH	60,0%

Legenda: E1: Estratégia 1-Atenção à Saúde – Qualificação das ações e equipes de saúde.

R.: Resultado - Indicador (1-14) vinculado ao resultado definidos como prioridade estratégica nacional.

\*Alguns DSEI sem histórico de casos de suicídio o resultado foi substituído por "Ampliar e qualificar em XX% as ações de saúde voltadas para o bem viver"

\*\*Resultado aplicado apenas DSEI em região endêmica para malária.

Fonte: Processo SEI nº 00190.107948/2022-19 – item 2.3 – pg 20.

De pronto é possível observar que os indicadores de 1 a 8 foram monitorados no PDSI e/ou nos instrumentos de gestão (PPA, PNS, PEI). Entretanto, não há nenhuma menção aos demais indicadores, em especial aos relativos ao saneamento (qualidade e abastecimento de água, esgotamento sanitário e tratamento de resíduos sólidos) no PDSI, atividades de extrema importância na promoção à saúde, pois a melhoria de qualidade da água e a estrutura de esgotamento sanitário agem diretamente na redução de doenças de veiculação hídrica.

Em relação à avaliação quantitativa, a Coordenação-Geral de Gestão da Atenção à Saúde Indígena (CGGAS), vinculada ao Departamento de Atenção Primária à Atenção Indígena (DAPSI), informou que avalia o desempenho dos DSEI e seus resultados considerando o percentual de alcance da meta anual pactuada de cada distrito. A escala de Avaliação de Indicadores é disposta como: ótimo, bom, regular e ruim, conforme pode ser observado no quadro "Desempenho dos DSEI, segundo percentual de alcance da meta anual 2021 dos indicadores do PDSI" (Quadro C. 4, Apêndice C). A SESA I informou que embora sejam 14 indicadores, o indicador "Alcançar 100% dos estabelecimentos de saúde indígena

com sua respectiva força de trabalho cadastrados no CNES e SESAI RH” está em processo de implementação, justificando desse modo a totalização de 13 indicadores.

Além da análise por DSEI, é realizada a avaliação do desempenho consolidado por indicador, conforme quadro a seguir:

**Quadro 7 - Desempenho consolidado por indicadores**

N	INDICADORES	Otim o ≥ 91,0	Bom ≥ 70,0 ≤ 90,9	Reg ular ≥ 50 ≤ 69,9	Ruim ≤ 49,9
1	Alcançar, em 2023, 90% das crianças menores de 5 anos com esquema vacinal completo de acordo com o calendário indígena de vacinação (PNS)	23	10		1
2	Alcançar, em 2023, 50,0% das gestantes indígenas com acesso a, no mínimo, 6 consultas de pré-natal (PNS)	21	2	4	7
3	Alcançar, em 2023, 60,0% das crianças indígenas menores de 1ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento (PPA e PNS)	18		5	11
4	Alcançar, em 2023, 92% das crianças indígenas menores de 5anos com acompanhamento alimentar e nutricional (PNS)	19	10	5	
5	Alcançar, em 2023, 90,0% de investigação de óbito infantil (PNS)	26	3	2	3
6	Alcançar, em 2023, 92,0% de investigação de óbito maternos (PNS)	6			28
7	Alcançar, em 2023, 60% da população indígena com primeira consulta odontológica (PNS)	11	6	10	7
8	Alcançar, em 2023, 60% de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica (PNS)	8	13	6	7
9	Reduzir em 5% o número de óbitos por suicídio nos 34 DSEI*	22			12
10	Reduzir em 8% a incidência de tuberculose nos 34 DSEI	29			5
11	Reduzir em 35% o número de casos novos de malária nos DSEI endêmicos**	22			12
12	Alcançar em 50% a participação de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural	6	4	3	21
13	Qualificar 70% dos trabalhadores da atenção para o aprimoramento do trabalho em saúde	13	7	1	13
14	Alcançar 100% dos estabelecimentos de saúde indígena com sua respectiva força de trabalho cadastrados no CNES e SESAI RH	-	-	-	-
	Total	224	55	36	127

Fonte: Processo SEI nº 00190.107948/2022-19 – item 5.10 – pág 25.

Em seu relatório a SESAI considera que os resultados R1, R2, R4, R10, e R11 apresentaram o melhor aproveitamento com mais de 19 DSEI classificados no nível ótimo da média atual. Informa também que o resultado 9, relativo ao número de óbitos por suicídio, apresentou bons resultados, uma vez que 15 dos 34 DSEI não registram novos casos.

Ademais acrescenta que os resultados com melhor desempenho foram relativos a ações de expansão e aperfeiçoamento da Saúde da criança e prevenção de doenças infecciosas; enquanto o mais baixo rendimento foi identificado nos resultados referentes a investigação de óbitos maternos e qualificação de profissionais para atuar em contexto intercultural.

Ao final, a SESAI relatou que os resultados dos indicadores do PDSI (2020-2023) dos 34 DSEI em relação ao alcance das metas previstas para o ano de 2021, apresentou bons resultados para 63% dos indicadores. A opinião da equipe de avaliação acerca dos resultados dos indicadores será apresentada em item específico deste relatório.

Chama atenção o indicador 11 – Reduzir em 35% o número de casos novos de malária nos DSEI endêmicos, que embora tenha tido resultado ótimo em 22 DSEI, apresentou resultado ruim em 12.

Inicialmente cabe esclarecer que o indicador é aferido nos DSEI endêmicos e, conforme Despacho DAPSI/SESAI/MS de 10/02/2023, no Brasil a malária é endêmica em 21 DSEI. Portanto, a primeira conclusão que se tem é que mais da metade dos DSEI endêmicos tiveram resultado ruim (12 entre 21 DSEI monitorados). Diferentemente da análise apresentada pela SESAI em seu Relatório, quando o indicador foi considerado como um dos que tiveram os melhores aproveitamentos.

O indicador não foi apresentado de forma clara, e pode levar a conclusões equivocadas, visto que a observação “*\*\*\*Resultado aplicado apenas DSEI em região endêmica para malária*” não é suficiente para esclarecer que o número foi aferido somente em 21 DSEI.

No Despacho supracitado a SESAI informa que “houve uma redução no número de casos autóctones de malária registrados no Brasil, contudo as áreas indígenas e garimpos seguiram no caminho inverso elevando o número de casos nos territórios”. A análise dos resultados também revela que a situação piorou muito em alguns DSEI, como Vilhena, seguido de Kaiapó do Mato Grosso e Rio Tapajós.

O quadro a seguir ilustra a informação.

**Quadro 8 - Relação dos DSEI que tiveram os piores desempenhos em relação ao indicador 11 (redução de casos novos de malária)**

DSEI	Linha de Base (2018)	2021 (Meta Nacional: -20%)	ALCANCE
Altamira	35	135	285,7
Cuiabá	32	100	212,5
Kaiapó do Mato Grosso	27	126	366,7
Kaiapó do Pará	76	155	103,9
Leste de Roraima	3196	3.104	-2,9
Médio Rio Purus	1452	1597	10,0
Médio Rio Solimões e Afluentes	2680	3011	12,4
Parintins	16	16	0
Porto Velho	800	2332	191,5
Rio Tapajós	949	4181	340,6
Vilhena	6	225	3650,0
Yanomami	9730	20393	109,6

Fonte: Despacho DAPSI/SESAI/MS de 10/02/2023

Em função das notícias veiculadas recentemente nos diversos meios de comunicação, a SESAI foi instada a esclarecer alguns detalhes a respeito do indicador 4 –Alcançar, em 2023, 92% das crianças indígenas menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional (PNS), tendo em vista que a SESAI informou que não houve resultado ruim, apenas 5 regular, 10 bom, e 19 ótimo.

Cabe esclarecer que o indicador se refere à cobertura de assistência, não é um indicador de estado nutricional, medindo tão somente o acesso dos indígenas às ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN). Assim, a SESAI disponibilizou o resultado do indicador, conforme quadro a seguir:

**Quadro 9 - Acompanhamento e estado nutricional de crianças indígenas menores de 5 anos em vigilância alimentar e nutricional, por DSEI, no ano de 2021.**

DSEI	POP < 5 ANOS	MUITO BAIXO PESO PARA A IDADE		BAIXO PESO PARA A IDADE		PESO ADEQUADO PARA IDADE		PESO ELEVADO PARA A IDADE		TOTAL DE CRIANÇAS ACOMPANHADAS	
		N	%	n	%	N	%	n	%	n	%
ALAGOAS E SERGIPE	1.238	6	0,5	7	0,6	1.051	89,9	105	9	1.169	94,4
ALTAMIRA	751	4	0,6	17	2,7	599	94,3	15	2,4	635	84,6
ALTO RIO JURUÁ	2.377	47	2,4	143	7,2	1.756	88,6	36	1,8	1.982	83,4
ALTO RIO NEGRO	4.226	48	1,2	231	5,9	3.565	90,5	95	2,4	3.939	93,2
ALTO RIO PURUS	2.091	38	2,4	118	7,4	1.387	87,3	46	2,9	1.589	76,0
ALTO RIO SOLIMÕES	11.072	135	1,2	586	5,4	9.974	92,2	124	1,1	10.819	97,7
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	1.724	24	1,9	60	4,9	1.126	91,0	27	2,2	1.237	71,8
ARAGUAIA	746	4	0,6	8	1,2	652	95,5	19	2,8	683	91,6
BAHIA	2.400	10	0,6	28	1,7	1.515	91,2	108	6,5	1.661	69,2
CEARÁ	2.405	13	0,6	29	1,3	1.798	83,0	325	15,0	2.165	90,0
CUIABÁ	1.119	12	1,2	40	3,9	943	91,6	34	3,3	1.029	92,0
GUAMÁ-TOCANTINS	2.473	13	1,0	46	3,6	1.154	91,2	52	4,1	1.265	51,2
INTERIOR SUL	4.605	33	0,8	61	1,5	3.783	91,0	280	6,7	4.157	90,3
KAIOPÓ DO MATO GROSSO	865	7	0,9	24	3,0	753	93,3	23	2,9	807	93,3
KAIAPÓ DO PARÁ	1.049	30	3,1	52	5,4	855	89,2	22	2,3	959	91,4
LESTE DE RORAIMA	9.852	108	1,2	303	3,5	8.051	92,3	258	3,0	8.720	88,5
LITORAL SUL	2.658	23	1,0	54	2,3	2.207	92,1	113	4,7	2.397	90,2
MANAUS	3.808	40	1,2	149	4,6	2.930	90,2	129	4,0	3.248	85,3
MARANHÃO	7.129	151	2,3	376	5,8	5.789	89,0	188	2,9	6.504	91,2
MATO GROSSO DO SUL	8.784	71	1,0	164	2,3	6.501	93,1	250	3,6	6.986	79,5
MÉDIO RIO PURUS	1.267	36	3,2	121	10,7	947	83,7	28	2,5	1.132	89,3
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	3.199	122	4,3	339	11,8	2.364	82,5	42	1,5	2.867	89,6
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	2.236	14	0,8	30	1,8	1.526	90,4	118	7,0	1.688	75,5
PARINTINS	2.755	22	0,9	140	5,4	2.377	92,2	39	1,5	2.578	93,6
PERNAMBUCO	4.073	21	0,6	51	1,4	3.234	88,0	370	10,1	3.676	90,3
PORTO VELHO	1.374	21	1,7	76	6,2	1.089	89,3	34	2,8	1.220	88,8

DSEI	POP < 5 ANOS	MUITO BAIXO PESO PARA A IDADE		BAIXO PESO PARA A IDADE		PESO ADEQUADO PARA A IDADE		PESO ELEVADO PARA A IDADE		TOTAL DE CRIANÇAS ACOMPANHADAS	
POTIGUARA	1.855	13	0,8	24	1,4	1.426	85,0	214	12,8	1.677	90,4
RIO TAPAJÓS	2.494	56	2,4	194	8,5	1.995	87,0	48	2,1	2.293	91,9
TOCANTINS	1.983	22	1,2	26	1,4	1.677	91,9	100	5,5	1.825	92,0
VALE DO JAVARI	928	14	1,7	31	3,7	793	93,6	9	1,1	847	91,3
VILHENA	913	9	1,0	52	5,8	803	89,8	30	3,4	894	97,9
XAVANTE	4.475	64	1,6	148	3,7	3.712	91,9	113	2,8	4.037	90,2
XINGU	1.106	18	1,9	36	3,7	891	92,3	20	2,1	965	87,3
YANOMAMI	5.309	1.130	26,6	1.269	29,9	1.824	43,0	22	0,5	4.245	80,0
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>105.339</b>	<b>2.379</b>	<b>2,6</b>	<b>5.033</b>	<b>5,5</b>	<b>81.047</b>	<b>88,2</b>	<b>3.436</b>	<b>3,7</b>	<b>91.895</b>	<b>87,2</b>

Fonte: NOTA INFORMATIVA Nº 1/2023-COAPRO/CGGAS/DAPSI/SESAI/MS

Depreende-se da tabela anterior, que embora o DSEI Yanomami em 2021 tenha alcançado a meta de 80% das crianças com acompanhamento nutricional, 57% das crianças apresentaram déficit de peso. Ressalte-se que o aparente bom desempenho do indicador, no DSEI Yanomami, não se refletiu no melhor estado nutricional das crianças, pelo contrário. Outros índices baixos do indicador foram identificados para os DSEI Guamá-Tocantins e Bahia, que tiveram menos de 70% das crianças com acompanhamento nutricional e percentuais expressivos de crianças com muito baixo peso/baixo peso para a idade.

Quanto às ações adotadas para melhorar o indicador 4 - Acompanhamento de Vigilância Alimentar e Nutricional em crianças indígenas menores de 5 anos, a SESAI informou as providências adotadas por meio da Nota Informativa nº 01/2023 – CIAORI/CGGAS/DAPSE/SESAI/MS, dentre as quais destacam-se:

- Envio mensal aos profissionais da Divisão de Atenção à Saúde Indígena dos 34 DSEI, extrações atualizadas contendo o monitoramento dos indicadores com ranqueamento por classificação de metas esperadas para o período analisado;
- Reuniões com referências técnicas de saúde da criança e vigilância alimentar e nutricional, buscando apoiar na qualificação das ações de atenção e na inserção e monitoramento dos dados no SIASI;
- Ofertas de micronutrientes;
- Oficinas de treinamentos; e
- Oferta de kit para agentes indígenas de saúde.

Em relação ao DSEI Yanomami, informou que realizou Oficina in loco em outubro de 2021 sobre Planejamento Estratégico Situacional, SIASI, Vigilância epidemiológica e Vigilância do Óbito, com o objetivo de melhorar a vigilância e o atendimento adequado à saúde das crianças menores de 5 anos e incidir sobre os determinantes da desnutrição infantil. Entretanto não informou se intensificou outras ações como distribuição de micronutrientes, distribuição de alimentos, ou outras ações conjuntas com demais atores, e de que forma teria acompanhado a efetividade das ações adotadas.

Diante do exposto, conclui-se que a SESAI possui um ambiente em estágio inicial de monitoramento dos indicadores e avaliação de resultados. Participa de diversas iniciativas e possui metas definidas não somente em relação ao número de atendimentos que se pretende executar, mas também metas estratégicas pactuadas relativas à melhoria dos processos, que podem contribuir para melhoria do serviço prestado à população indígena. Entretanto, deve aprimorar o processo de mensuração dos

resultados a fim de permitir a utilização tempestiva das informações geradas para a tomada de decisões.

### 3.4 Processo de gerenciamento de riscos em fase inicial

A Política de Gestão de Riscos do Ministério da Saúde foi publicada por meio da Portaria GM/MS nº 1.185 em 09 de junho de 2021. Ainda em junho de 2021, foi efetuada a divulgação da Política e da Metodologia de Gestão de Riscos no âmbito da execução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas na SESAI.

Relacionado à questão de riscos foi exarado o Acórdão 599/2020-TCU-Plenário em virtude de auditoria operacional que identificou irregularidades ocorridas em contratações no âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).

No referido Acórdão foi determinado no item 9.1.2. o seguinte:

*9.1.2. estabeleça medidas para aperfeiçoar os mecanismos de controle para as contratações relacionadas à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, em atenção ao Decreto 9.203/2017 e à IN Conjunta MP/CGU 1/2016, que contemplem, no mínimo:*

*9.1.2.1. diretrizes para o gerenciamento de riscos nas contratações relacionadas à Pnaspi, nos termos do art. 18 e 20 da Portaria GM/MS 1.822/2017, que permitam dar tratamento adequado aos riscos aos quais a Sesai e os Dsei estão expostos, contendo pelo menos:*

*9.1.2.1.1. identificação, análise e avaliação dos riscos gerais nos processos de contratações efetuados no âmbito da execução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (decorrentes de fatores externos/internos);*

*9.1.2.1.2. respostas e respectivas medidas de controle a serem implementadas nos processos organizacionais relacionados a contratações;*

*9.1.2.1.3. monitoramento dos níveis de riscos e a efetividade das medidas de controles implementadas nos processos organizacionais relacionados a contratações;*

Com intuito de cumprir a decisão do Acórdão foram levantados e classificados os riscos nos processos de contratações efetuados no âmbito da execução da PNASPI. Segundo relatado no item 2.2.8. do Despacho SESAI/CORISC/SESAI/GAB/SESAI/MS, de 5 de outubro de 2022, após a inclusão dos controles existentes, os riscos foram reclassificados:

- Não aplicação de penalidades aos licitantes;
- Vencimento da proposta sem que tenha havido convocação para contratação;
- Contratos inadequados, principalmente com relação à execução do objeto e à gestão do contrato;
- Possibilidade de inexecução e rescisão do contrato;
- Especificações incompletas ou com requisitos irrelevantes, ou indevidamente restritivos;
- Conteúdo do projeto básico não permite selecionar a proposta mais vantajosa para a Administração ou enseja a elaboração de contrato sem mecanismos adequados para a gestão contratual;
- Excesso de exigências para aprovação dos processos por parte das áreas técnicas;

- Quebra da imparcialidade da equipe de planejamento; e
- Demanda superveniente (elevação do consumo).

Segundo informado pela SESAI, por meio do Despacho SESAI/CORISC/SESAI/GAB/SESAI/MS, de 05 de outubro de 2022, foram identificados os processos que impactam no alcance dos objetivos da PNASPI, bem como os mecanismos de controle implementados para acompanhar e reduzir o impacto dos riscos associados aos respectivos processos, conforme relatado a seguir:

i) Processo de contratação de serviços e insumos estratégicos:

Foi elaborada planilha na qual foram elencados os controles existentes e as ações propostas para cada risco associado aos processos de contratações, apresentando as causas, consequências, controles existentes e ações propostas.

ii) Acompanhamento e fiscalização de convênios com entidades privadas que prestam serviços complementares na área de atenção à saúde indígena:

Foram realizadas auditorias em convênios celebrados no âmbito da saúde indígena pela Auditoria-Geral do SUS nos anos de 2020 e 2021. Neste trabalho foram identificadas fragilidades na execução e monitoramento dos convênios.

Diante desta situação, a SESAI elaborou um Plano de Providências no qual informa as providências adotadas.

iii) Elaboração do Plano de Contratação Anual e elaboração e acompanhamento dos Planos Distritais de Saúde Indígena:

Devido a mudanças na estrutura do Ministério da Saúde os processos estão passando por reformulação de fluxos e criação de mecanismos de controle para posteriormente serem incluídos no Plano de Atividades da CORISC/SESAI para que o gerenciamento de riscos seja efetuado.

Posteriormente, por meio do Despacho SESAI/CGOEX/SESAI/MS, de 20 de dezembro de 2022, a SESAI informou que, com objetivo de atender o Acórdão 599/2020-TCU, adotou os seguintes procedimentos em complementação aos outros mecanismos de controle:

- Manual dos processos de compras da SESAI direcionado aos Distritos (desenho dos fluxos, “passo a passo”, documentos e formulários de referência);
- Elaboração de um manual de compras e contratações para a SESAI – Foi confeccionada cartilha de fiscalização de contratos, definido fluxograma de processos, elaborado formulário para autorização de despesa, além da comunicação internas, com uma sessão sobre as compras compartilhadas e outra sessão de modelos de editais;
- Elaboração de um plano de ação para a SESAI e formação de equipe de monitoramento multidisciplinar;
- Publicação da listagem dos contratos vigentes dos DSEI no site oficial da SESAI no Módulo Transparência <https://saudeindigena.saude.gov.br/>;
- Programação da realização de chamamento público com o fito de contratar pessoal com a participação dos presidentes de CONDISI na comissão de seleção de profissionais, para constituir as equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) nos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena. Esclarece que o processo de classificação e seleção das entidades participantes seria realizado por comissão formada por servidores públicos e representante do Conselho Distrital de Saúde Indígena Local;
- Realização de reuniões entre os representantes das áreas técnicas e a Unidade de Gestão de Riscos e Integridade (UGRI), ocasião na qual foram discutidos o Impacto e a Probabilidade de ocorrência dos riscos apontados e os controles praticados com o intuito

de reduzir a probabilidade de materialização dos riscos e/ou os impactos que estes possam acarretar;

- Monitoramento orçamentário da seguinte forma: 1) atendendo a necessidade de continuidade dos contratos já firmados relativos às demandas do Distrito, se as devidas prorrogações e reajustes se mostrarem pertinentes; e 2) tratando as eventuais novas contratações pleiteadas pela gestão de cada Distrito a serem incorporadas no escopo de contratos existentes, a partir da análise técnica do Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena (DAPSI) e Departamento de Projetos e Determinantes Ambientais da Saúde Indígena (DEAMB), além, eventualmente, de parecer das Coordenações existentes na estrutura do Gabinete, como a Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade e Coordenação Setorial de Tecnologia da Informação;

- Elaboração do Plano Anual de Contratação (PAC) dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) no qual há participação de representantes indígenas dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI), incluindo os Presidentes, Vice-Presidentes e Secretários Executivos. Informa-se que nas contratações afetas a cada Unidades Locais, ou seja, os Polos Bases de Saúde Indígena (PBSI) há o acréscimo de participação de representantes dos Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI);

- Reuniões e capacitações de membros das instâncias de controle social, sejam dos CONDISI e dos CLSI sempre há debate quando são realizadas as prestações de contas por parte das Unidades Técnicas dos DSEI quanto aos serviços prestados aos povos indígenas, dos programas de saúde, edificações e saneamento ambiental constantes na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), atendendo ao previsto na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012;

- Publicação da Portaria nº 3.021/2020, que altera a Portaria Consolidada GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena - SasiSUS e dá outras providências. Com isso foram atualizadas as normas de funcionamento do controle e participação social da saúde indígena;

- Publicação da Portaria que dispõe sobre as aquisições compartilhadas nos âmbitos dos distritos sanitários Especiais Indígenas, Portaria GAB/SESAI nº 148, de 06 de dezembro de 2022 - Regionalizar de forma a garantir a economicidade dos processos de contratação.

Observa-se que o levantamento e classificação de riscos nos processos de contratações se iniciou a partir do Acórdão 599/2020 - TCU- Plenário, devido à constatação de irregularidades ocorridas nas contratações no âmbito da PNASPI. Após análise das informações apresentadas, infere-se que, além do gerenciamento de riscos estar em fase inicial, passa por processo de reformulação devido a mudanças na estrutura da SESAÍ.

Um processo de gerenciamento de riscos deficiente impede que o tratamento preventivo de possíveis ameaças ao alcance dos objetivos seja adotado e que consequências negativas sejam reduzidas. Assim sendo, os procedimentos de gestão de riscos devem ser aprimorados e efetivamente implementados no âmbito da SESAÍ.

### **3.5 Considerações sobre o uso de sistemas informatizados no âmbito da saúde indígena**

A avaliação de Governança do presente trabalho teve o monitoramento e avaliação como um dos principais componentes avaliados, e conforme o Referencial para Avaliação de Governança em Políticas Públicas (Brasil, 2014z) tem-se como boa prática a disponibilidade de dados confiáveis e relevantes utilizado na construção de relatórios de monitoramento e avaliação de desempenho da política.

Assim, por meio do Ofício nº 1.023/2022/CDOC/CGCIN/DINTEG/MS, em relação à utilização de sistemas informatizados para coleta e tratamento de dados em saúde, a SESAI apresentou o portfólio de sistemas utilizados, bem como informou as principais dificuldades relacionadas a cada um deles, dentre as quais pode-se destacar:

- baixa oferta de treinamento;
- ausência de emissão de relatórios;
- dificuldades de instalação;
- sistema novo com ferramentas para manutenção desatualizadas;
- limitação de acesso a dados;
- limitação de acesso ao sistema; e
- dificuldades de adesão por parte dos DSEI.

O principal sistema utilizado, o SIASI – Sistema de Informação da Atenção à Saúde indígena, é uma ferramenta de vigilância em saúde indígena (demográfico, morbidades, sinais e sintomas, imunização, vigilância alimentar e nutricional, saúde da mulher, ações coletivas em promoção, produção dos profissionais das EMSI e Saúde Bucal).

A SESAI relatou que o processo de coleta de dados e fluxo de informações do SIASI ocorre da seguinte forma: a extração de dados é realizada pela Coordenação Setorial de Tecnologia da Informação (COSTI), e os dados são encaminhados às áreas técnicas competentes para análise. A frequência de extração pode ser mensal, trimestral, anual ou esporádica.

A capacitação para utilização do sistema atualmente é realizada prioritariamente por meio de manual e tutoriais, visto que as capacitações presenciais estão paralisadas desde 2021, devido à falta de pessoal para capacitar in loco, e o processo de EAD, que iniciou em 2018, também foi paralisado.

Um dos maiores problemas identificados pelos DSEI para utilização do SIASI foi o funcionamento da Rede lógica/Internet o que impacta de forma contundente no funcionamento dos sistemas e pode comprometer a alimentação de dados. Consequentemente impacta no aproveitamento dessas informações como instrumento de auxílio no planejamento e de tomada de decisões da política, o que pode reduzir a utilidade do sistema no monitoramento de indicadores que retratam a condição da saúde indígena.

Vale ressaltar que alguns dos sistemas mencionados que trarão informações relevantes ainda estão em desenvolvimento/e ou estudo, tais como: ESUS- AB (estratégia para reestruturar as informações da Atenção Primária em nível nacional); SIGES (Sistema de Gestão SESAI, em desenvolvimento sobre pontos de controle e informações necessários a construção de indicadores e painéis de gestão); e os Painéis: Óbitos por suicídio nos 34 DSEI; Incidência de Tuberculose nos DSEI; Casos de novos autóctones de malária nos DSEI endêmicos; Painel MQAI - Monitoramento da Qualidade da Água; Painel GRS - Gerenciamento de Resíduos Sólidos; Painel GRSS - Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde.

### **3.6 Discussões a partir da avaliação de governança**

O presente trabalho buscou fazer uma breve avaliação de como a governança do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SasiSUS está estruturada para o alcance dos objetivos e metas da Política Nacional de Saúde Indígena – PNASPI.

Com o objetivo de obter um diagnóstico da situação, e com base no Referencial para Avaliação de Governança em Políticas Públicas, buscou-se avaliar alguns componentes da governança de políticas públicas, como: Institucionalização e Monitoramento e Avaliação.

Foi possível observar que os normativos vigentes não definem de forma suficiente as competências das partes envolvidas na PNASPI. Verificou-se que o regimento interno da SESAI se encontra em fase de elaboração e que o processo de definição de responsabilidades está em construção.

O Monitoramento da Política Nacional de Saúde Indígena (PNASPI) está ainda em fase de desenvolvimento, tendo em vista que os indicadores são insuficientes para acompanhar se todos os objetivos estratégicos propostos estão sendo atingidos. A divulgação dos resultados da Avaliação de Desempenho Institucional do Ministério da Saúde é intempestiva e o Processo de gerenciamento de riscos está em fase inicial.

Observou-se ainda que os sistemas informatizados utilizados pela SESAI para coleta e tratamento de dados em saúde, os quais subsidiam o processo de monitoramento, apresentam diversas limitações. Existe também uma dificuldade no funcionamento da Rede Lógica/Internet no âmbito dos DSEI que podem comprometer a fidedignidade das informações extraídas dos sistemas, em especial do SIASI.

Assim, os achados apontam para a oportunidade de aperfeiçoamento e melhoria da governança da PNASPI. A SESAI deve considerar especialmente as ações relacionadas ao monitoramento da execução da PNASPI, implementando novos indicadores, com números fidedignos, celeridade na apuração e especialmente utilização dos resultados de forma a corrigir desvios da política e/ou implementar melhorias em seus processos.

## 4. ANÁLISE ORÇAMENTÁRIA

### 4.1 Histórico da Saúde Indígena nos Planos Plurianuais

Após a efetiva consumação da estruturação de um arcabouço constitucional, legal e infralegal focado na atenção à saúde dos povos indígenas, em 2002, diversas Ações Orçamentárias passaram a atuar com o objetivo de dar efetividade às decisões tomadas pelos formuladores desse Subsistema.

Em 2003, três Ações empenharam recursos focados na saúde dos povos indígenas: “3869 - Implantação, Modernização e Adequação de Unidades de Saúde para Atendimento à População Indígena”, “3913 - Saneamento Básico em Comunidades Indígenas” e “6501 - Atendimento à Saúde em Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI”. Todas elas pertenciam ao Programa 0150 - “Etnodesenvolvimento das Sociedades Indígenas” do Plano Plurianual (PPA) 2000-2003 e a responsável pelos maiores aportes foi a Ação 6501, que empenhou mais de R\$ 126 milhões naquele ano (SIOP).

A partir de 2004, já com o novo PPA 2004-2007, essas 2 Ações Orçamentárias deixaram de existir e sete novas Ações foram criadas: “0802 - Apoio a Estudos e Pesquisas no âmbito das Populações Indígenas”, “3869 - Estruturação de Unidades de Saúde para Atendimento à População Indígena”, “6140 - Promoção da Segurança Alimentar e Nutricional dos Povos Indígenas”, “6143 - Promoção da Educação em Saúde dos Povos Indígenas”, “6144 - Capacitação de Profissionais para Atenção à Saúde da População Indígena”, “6501 - Atenção à Saúde dos Povos Indígenas”, “7658 - Sistema de Informação em Saúde Indígena”, todas vinculadas ao Programa do PPA “0150 - Identidade Étnica e Patrimônio Cultural dos Povos Indígenas”.

As Ações “6144 - Capacitação de Profissionais para Atenção à Saúde da População Indígena” e “0802 - Apoio a Estudos e Pesquisas no âmbito das Populações Indígenas” só tiveram recursos empenhados em 2004 e 2005 e a Ação “7658 - Sistema de Informação em Saúde Indígena” apenas em 2004. As três Ações somadas sempre com empenhos de valores anuais abaixo de R\$ 5 milhões (SIOP).

Assim, as Ações que efetivamente formaram a estrutura de atuação governamental na saúde indígena durante todo o período do PPA 2004-2007 foram as outras quatro. Enquanto a Ação “3869 - Estruturação de Unidades de Saúde para Atendimento à População Indígena” empenhou anualmente valores entre R\$ 6,1 milhões e R\$ 9,2 milhões e a Ação “6143 - Promoção da Educação em Saúde dos Povos Indígenas” nunca chegou a atingir R\$ 1 milhão de empenho, a Ação “6140 - Promoção da Segurança Alimentar e Nutricional dos Povos Indígenas” sempre variou entre R\$ 2,6 milhões e R\$ 4 milhões empenhados. O grande carro-chefe da atuação governamental no setor foi a Ação “6501 - Atenção à Saúde dos Povos Indígenas”, que destinou valores que cresceram de R\$ 160 milhões em 2004 para quase R\$ 297 milhões em 2007 (SIOP).

Com o início do PPA 2008-2011, a Ação “3869 - Estruturação de Unidades de Saúde para Atendimento à População Indígena” mudou de patamar e passou a empenhar recursos que variaram de R\$ 10,6 milhões a R\$ 41,6 milhões anuais. A Ação “6140 - Promoção da Segurança Alimentar e Nutricional dos Povos Indígenas” também cresceu um pouco em valores nominais e variou entre R\$ 4,6 milhões e R\$ 6,8 milhões anuais no período. Já a Ação “8743 - Promoção, vigilância, proteção e recuperação da saúde indígena” foi criada para substituir a “6501 - Atenção à Saúde dos Povos Indígenas” e manteve o patamar de investimentos o fim do PPA anterior, com valores que variaram entre R\$ 279 milhões e R\$ 335 milhões entre 2008 e 2011 (SIOP).

As Ações “3869 - Estruturação de Unidades de Saúde para Atendimento à População Indígena” e “6140 - Promoção da Segurança Alimentar e Nutricional dos Povos Indígenas” foram mantidas para 2012 com o início do PPA 2012-2015 e em patamares de empenho semelhantes ao período anterior. A Ação “8743 - Promoção, Vigilância, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena” mais que dobrou seu máximo valor empenhado até então, alcançando 704,2 milhões em 2012. A novidade foi a criação da Ação “7684 -

Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção e Controle de Agravos”, que empenhou R\$ 26,6 milhões em 2012. Neste novo PPA, todas as quatro Ações passaram a ser vinculadas ao Programa 2065 - Proteção e Promoção dos Direitos dos Povos Indígenas (SIOP).

Diversas modificações na estrutura orçamentária da política de saúde indígena ocorreram em 2013 e, das Ações existentes, apenas a recém-criada Ação 7684 foi mantida. As demais foram substituídas pela Ação 20YP, que passou a centralizar os recursos destinados à área. Inicialmente criada com o nome “20YP - Promoção, Proteção, Vigilância, Segurança Alimentar e Nutricional e Recuperação da Saúde Indígena”, logo em 2014 passou se chamar “20YP - Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena”. Tal centralização marcou também uma mudança de patamar no volume de recursos empenhados na área nos anos seguintes. Após a troca de nome, em 2014, a Ação sempre empenhou recursos superiores a R\$ 1 bilhão por ano, como mostra a **Erro! Fonte de referência não encontrada..**

**Tabela 1 - Valores empenhados da ação 20YP.**

<b>20YP - Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena</b>	<b>Valores Empenhados (em R\$)</b>
2014	1.115.778.471,4
2015	1.343.176.341,52
2016	1.256.251.151,76
2017	1.730.208.337,09
2018	1.495.639.460,67
2019	1.470.332.798,29
2020	1.450.364.213,57
2021	1.540.158.031,62
2022	1.654.598.541,45

Fonte: SIOP e SIAFI. Elaboração: SOF/MPO

Assim, a Ação 20YP e a Ação 7684 permaneceram sendo os dois instrumentos focados na saúde indígena presentes no Orçamento Federal até o fim de 2020. Ambas pertenceram, até 2019, ao Programa do PPA 2065 - Proteção e Promoção dos Direitos dos Povos Indígenas, que manteve seu nome para o PPA 2016-2019. A Ação 7684 apresentou, durante esse período, variações grandes como a 20YP. Seu menor valor empenhado ocorreu em 2020, com R\$ 23,6 milhões e o maior em 2018 com R\$ 51,4 milhões.

Com o início do PPA 2020-2023, as duas Ações passaram a estar vinculadas ao Programa do PPA “5022 - Proteção, Promoção e Recuperação da Saúde Indígena”. A Ação 7684 viu seu código mudar para “21CJ - Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção de Doenças e Agravos”, mas o patamar de recursos empenhados não sofreu grandes variações, permanecendo dentro dos já citados limites de quando a Ação atendia pelo código 7684.

## 4.2 Visão geral da programação orçamentária

Neste estudo, serão abordadas em detalhes três Ações Orçamentárias: “20YP - Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena” e “21CJ - Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção de Doenças e Agravos”, que concentram os recursos destinados à atenção à saúde indígena atualmente, e a “7684 - Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção de Doenças e Agravos”, antigo código da 21CJ.

A Ação 20YP possui, para 2023, segundo sua Descrição constante no Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP), um amplo espectro de atuação. Entre as atividades enumeradas estão “desenvolver ações de atenção à saúde dos povos indígenas, aprimorando as ações de saúde nas aldeias indígenas e a estruturação dos estabelecimentos de saúde”, “apoiar a articulação interfederativa com estados e municípios no sentido de garantir atenção integral à saúde da população indígena” e oferecer “suporte e hospedagem aos indígenas referenciados e seus acompanhantes para atendimento de média e alta complexidade”.

Por ter centralizado a política nacional de atenção à saúde indígena nos últimos anos, também estão no escopo da Ação “fomentar as práticas de saúde e os saberes tradicionais, que impactem positivamente a situação de saúde, a autonomia dos indígenas, os determinantes e os condicionantes de saúde, as coletividades, bem como contribuir para a sustentabilidade das comunidades indígenas no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)”, “realizar processos de educação continuada direcionados aos profissionais de saúde dos DSEI, gestores e representantes do controle social”, “implementar o acompanhamento, o monitoramento, a avaliação e a supervisão sistemática das ações de saúde” e “construir, reformar e manter os estabelecimentos de saúde indígena dos DSEI (UBSI, Sede de Polo Base, Sede de DSEI, CASAI, unidades de apoio e alojamentos).”

Já a implementação da Ação 20YP ocorre, segundo o SIOP, por meio de ações “desenvolvidas diretamente pela Secretaria de Saúde Indígena (SESAI/MS), por meio de suas 34 Unidades Gestoras (UG) descentralizadas, localizadas em espaços territoriais denominados Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), definidos de acordo com critérios étnicos, sociais, antropológicos, de costumes e culturais dos povos indígenas que vivem em território nacional”. A implementação ainda ocorre de acordo com os princípios estabelecidos na Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI) e “justifica a implementação do SASI-SUS, que requer a adoção de um modelo diferenciado de organização dos serviços de saúde prestados para a população indígena, não apenas voltados para promoção de saúde, prevenção de agravos, proteção e recuperação da saúde, mas também à garantia do exercício da cidadania por essa população”.

Atualmente, a Ação está vinculada ao Programa do PPA 2020-2023 “5022 - Proteção, Promoção e Recuperação da Saúde Indígena”, à Função “10 – Saúde” e à Subfunção “423 - Assistência aos Povos Indígenas”. Historicamente, os recursos que financiam a Ação são originários, principalmente, das Fontes “100 - Recursos Primários de Livre Aplicação”, “151 - Recursos Livres da Seguridade Social”, “153 - Recursos Destinados às Atividades-Fins da Seguridade Social” e “188 - Recursos Financeiros de Livre Aplicação”. Com a mudança na estrutura das Fontes realizada em 2022, para 2023 as Fontes vinculadas ao financiamento da Ação são: “1000 - Recursos Livres da União”, “1001 - Recursos Livres da Seguridade Social”, “1002 - Atividades-fim da Seguridade Social”, “1444 - Demais Aplicações Autorizadas para Recursos Oriundos de Títulos do Tesouro Nacional, Excetuado o Refinanciamento da Dívida Pública” e “8444 - Demais Aplicações Autorizadas para Recursos Oriundos de Títulos do Tesouro Nacional, Excetuado o Refinanciamento da Dívida Pública” (SIOP).

Quanto aos Grupos de Natureza de Despesa (GND), desde 2013, a Ação 20YP tem empenhado mais de 90% de seus recursos anuais em GND “3 - Outras Despesas Correntes”. Na maioria dos anos, os recursos utilizados em GND “4 – Investimentos” não alcançaram 5% do total, o que mostra que o principal papel da Ação é, efetivamente, financiar a manutenção da política por meio, principalmente, de despesas relacionadas ao custeio (SIOP).

Já a Ação 7684 apresentava em sua Descrição em 2020, último ano em que era apresentada com este código, atividades voltadas para a “realização de ações de saneamento básico como medidas preventivas de risco à saúde, incluindo a implantação, operação e manutenção de infraestruturas de abastecimento de água e esgotamento sanitário, bem como, a realização do manejo de resíduos sólidos, adotando métodos, técnicas e processos que considerem as peculiaridades locais e as características etnoculturais das comunidades indígenas”. Era explicitado que a Ação também realizava “inspeção sanitária e o monitoramento da qualidade da água para consumo humano com vistas a

identificar possíveis pontos críticos no abastecimento que podem comprometer a qualidade da água” e “ações de educação em saúde relacionada ao saneamento básico e às práticas de higiene”, além de “aquisição periódica de equipamentos e insumos necessários para a execução das ações de forma contínua” (SIOP).

A implementação ocorria “diretamente, por meio de seus 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI); ou mediante a contratação de empresas especializadas em realização de obras de saneamento, análises de média e alta complexidades da qualidade da água, coleta de resíduos sólidos, dentre outras, além do estabelecimento de parcerias com empresas de saneamento”.

Àquela altura, a Ação era vinculada ao Programa do PPA 2020-2023 “5022 - Proteção, Promoção e Recuperação da Saúde Indígena”, à Função “10 - Saúde” e à Subfunção “511 - Saneamento Básico Rural”. Os recursos que financiavam a Ação advinham das mesmas quatro principais financiadoras da Ação 20YP: “100 - Recursos Primários de Livre Aplicação”, “151 - Recursos Livres da Seguridade Social”, “153 - Recursos Destinados às Atividades-Fins da Seguridade Social” e “188 - Recursos Financeiros de Livre Aplicação”.

Quanto ao Grupos de Natureza de Despesa, a Ação 7684 mudou radicalmente seu perfil ao longo dos anos. Nos primeiros três – 2012, 2013 e 2014 - a Ação direcionava 100% de seus recursos para GND “4 – Investimentos”. Entre 2015 e 2017, a Ação não só passou a empenhar recursos também em GND “3 – Outras Despesas de Correntes”, como eles passaram a ser dominantes. Entre 2018 e 2020, surgiu um equilíbrio e o volume de recursos em cada um dos dois GND passou a ser muito próximo.

Em 2021, a Ação 7684 mantém seu nome, mas passa a adotar o código 21CJ. A Descrição e o Detalhamento da Implementação foram mantidos e a Ação continua vinculada ao mesmo Programa do PPA, mesma Função e mesma Subfunção de quanto possuía o código anterior. Entre 2021 e 2022, foi financiada pela Fonte “153 - Recursos Destinados às Atividades-Fins da Seguridade Social” e, após a mudança estrutural das fontes em 2022, passou a ser financiada pelas Fontes: “1000 - Recursos Livres da União”, “1001 - Recursos Livres da Seguridade Social”, “1002 - Atividades-fim da Seguridade Social”, “1444 - Demais Aplicações Autorizadas para Recursos Oriundos de Títulos do Tesouro Nacional, Excetuado o Refinanciamento da Dívida Pública” e “8444 - Demais Aplicações Autorizadas para Recursos Oriundos de Títulos do Tesouro Nacional, Excetuado o Refinanciamento da Dívida Pública” (SIOP).

Em 2021 e 2022, a Ação 21CJ voltou a empenhar mais recursos em atividades relacionadas ao GND “3 – Outras Despesas Correntes”. As despesas com GND “4 – Investimentos” representaram R\$ 14,8 milhões dos R\$ 35,5 milhões empenhados em 2021 e R\$ 16,2 milhões dos 47,0 milhões de 2022.

### 4.3 Execução Orçamentária

A 20YP é realizada no Ministério da Saúde (MS), através da Secretaria de Atenção à Saúde indígena (SESAI), tem três componentes na sua Modalidade de implementação orçamentário-financeira. A primeira é de execução direta pelos DSEIs, a segunda são as transferências para instituições privadas sem fins lucrativos e a terceira são transferências interinstitucionais que também são consideradas implementação direta. Portanto, a segunda modalidade é a da execução por terceiros.

Então, a SESAI recebe os recursos e distribui aos DSEI’s, como unidades gestoras descentralizadas, com autonomia administrativa, responsáveis pela execução de ações e serviços de saúde, fiscalização e monitoramento de convênios e contratos. A SESAI realiza e apoia as unidades descentralizadas em processos de compra e licitação, do que depende de fluxo de informações tempestivas, completas, estruturadas e confiáveis. Os DSEI’s contratam serviços de transporte terrestre, fluvial e aéreo, adquirem alimentos, especialmente para a oferta nas Casas de Saúde Indígena (CASAI’s), compram insumos de saúde, realizam despesas com mão-de-obra e com o funcionamento administrativo, inclusive aluguel de imóveis.

Os recursos da ação 20YP são significativos no âmbito das políticas indigenistas brasileiras, saíram de R\$ 1,8 bilhão em 2014, saltaram para R\$ 2,2 bilhões em 2017 e caíram para R\$ 1,6 bilhão em 2021 e 2022<sup>16</sup>.

A composição entre as transferências para as organizações sem fins lucrativos para a execução de políticas (terceirização), usado especialmente para a contratação de trabalhadores de saúde, e a aplicação direta, varia, mas mantém o mix de aproximadamente 50/50 para cada no período analisado.

Em 2014, por exemplo, a terceirização era de 48,9% dos recursos da ação 20YP, mas em 2016 a participação foi de 38,6% e, em 2021 e 2022, salta para 52,2%.

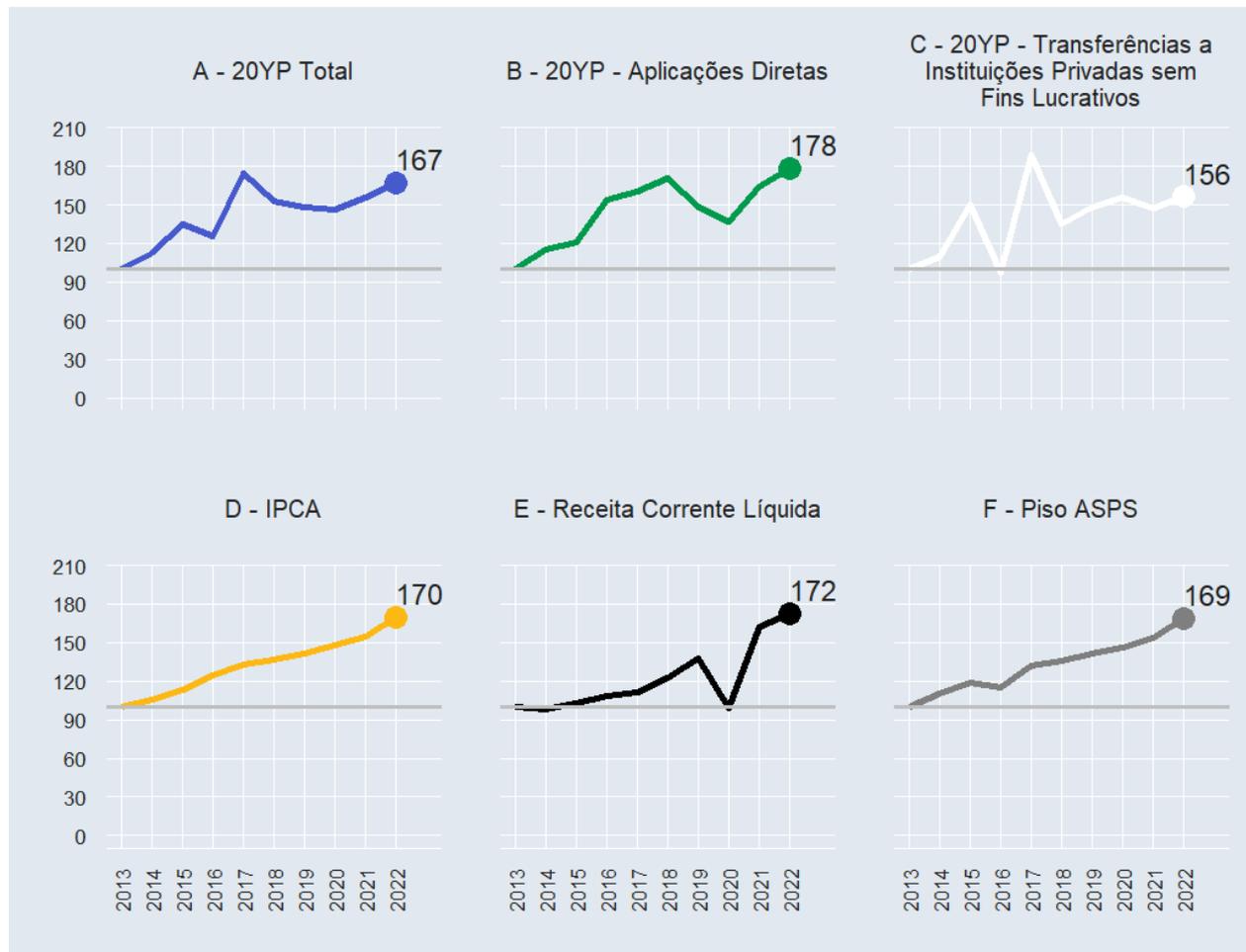
O **Erro! Fonte de referência não encontrada.** mostra a evolução e o Gráfico 2 a composição entre aplicações diretas e transferências e comportamento de cada modalidade, além dos recursos totais da ação 20YP. A tendência de retração pode ser percebida a partir de 2017 em valores deflacionados para 2022<sup>17</sup>. Em 2017, a dotação da ação estava 74,5% maior do que em 2013 (início da série), mas em 2022 era 67% maior. Quando se compara a dotação das aplicações diretas com a dotação total, verifica-se um crescimento maior desse tipo de despesa a partir de 2017. Por sua vez, nota-se que as transferências para outras instituições crescem relativamente menos à dotação total. Em relação aos outros três índices (IPCA, Receita Corrente Líquida e Piso ASPS), a dotação da ação é ligeiramente menor.

---

<sup>16</sup> Em valores corrigidos para 2022 pelo INPC médio.

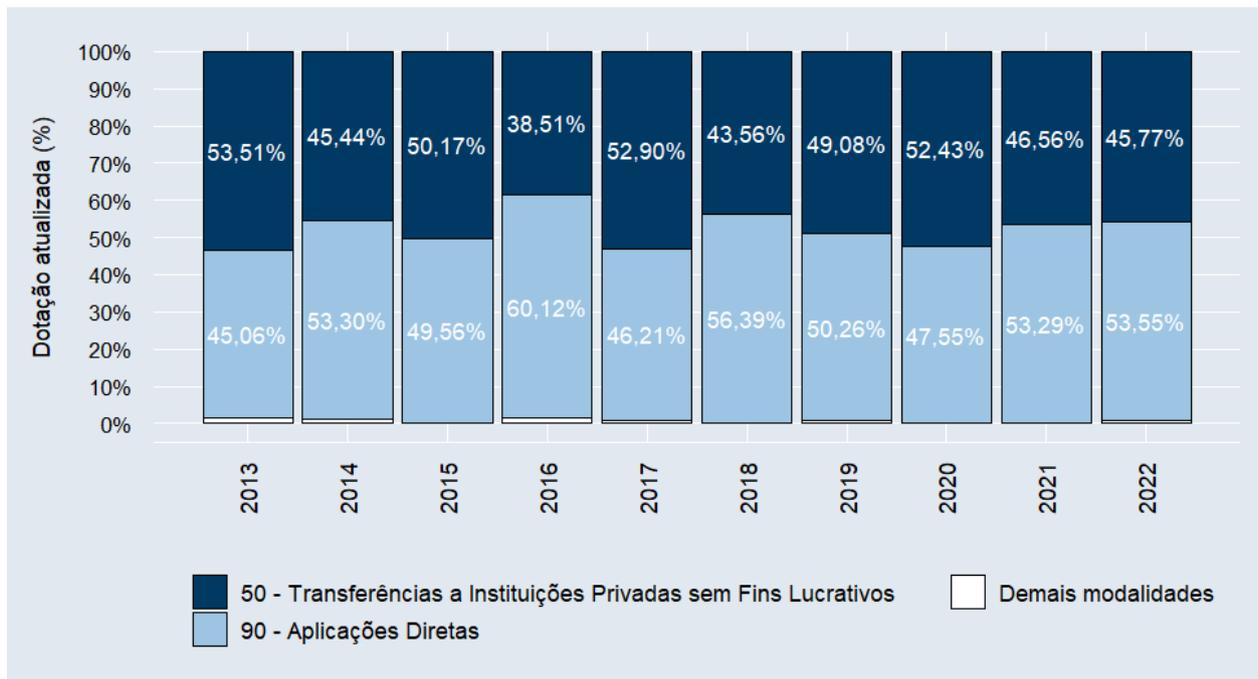
<sup>17</sup> Os valores crescem em valores correntes de R\$ 554,5 milhões em 2014 para R\$ 863,4 milhões. Os valores corrigidos pelo INPC em 2014 eram de R\$ 900,7 milhões.

**Gráfico 1 - Evolução das Aplicações diretas e transferências para entidades sem fins lucrativos.**



SIOP/Ministério do Planejamento, elaboração IPEA

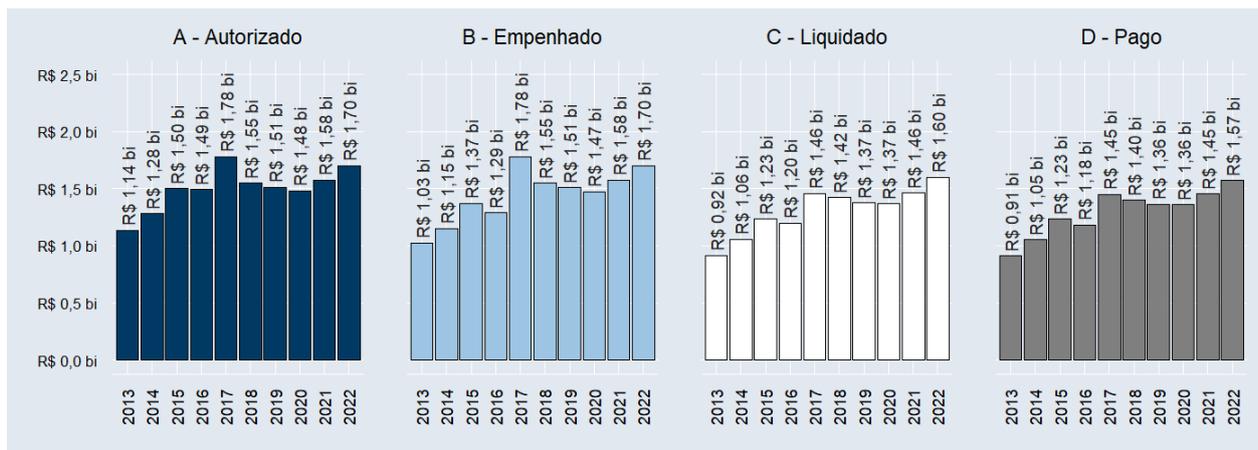
**Gráfico 2. Composição das Aplicações diretas e transferências para entidades sem fins lucrativos.**



SIOP/Ministério do Planejamento, elaboração IPEA

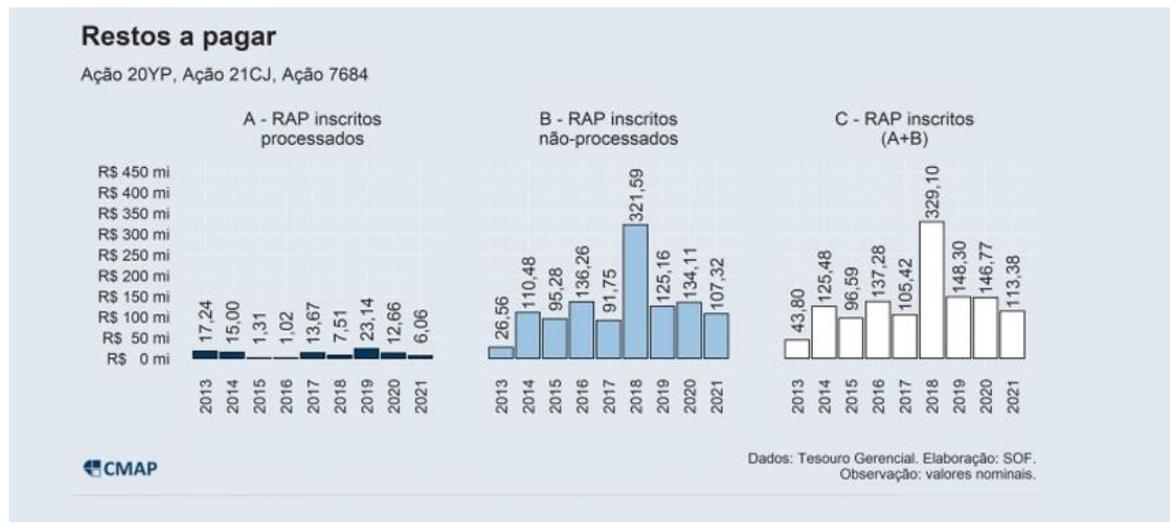
A análise da execução orçamentária das três ações (20YP, 21CJ e 7684) entre 2012 e 2022 aponta para um alto nível de empenho dos valores autorizados. Na maioria dos anos, todos os recursos autorizados foram empenhados, como mostra o Gráfico 3. O ritmo de liquidação também pode ser considerado alto, estando sempre acima de 89% do valor empenhado em todos os anos, com exceção de 2017. Os valores pagos são praticamente idênticos aos liquidados, ressalvados os valores de 2022, que ainda são um pouco inferiores, já que os pagamentos, possivelmente, ainda estão acontecendo.

**Gráfico 3. Execução orçamentária das ações 20YP, 21CJ e 7684 (valores nominais).**



Quanto à inscrição de despesas em Restos a Pagar, entre 2013 e 2021, o nível de inscrições em Restos a Pagar Processados foi sistematicamente inferior a 2% do valor total autorizado, com exceção de 2019. Já quanto a Restos a Pagar não processados, os níveis são mais altos, mas pouco destoantes entre 2014 e 2021, com exceção de 2018, quando a inscrição foi quase três vezes superior à média deste período, como mostra o Gráfico 4.

Gráfico 4. Restos a pagas das ações 20YP, 21CJ e 7684.



#### 4.4 Dotações das Ações e Comparações com a 20YP

O histórico de Dotações Atualizadas das três Ações (Tabela 2) escolhidas para análise (20YP, 7684 e 21CJ) demonstra que mais de 95% dos recursos voltados para a saúde indígena estão centralizados na Ação 20YP. Assim, a realização de comparações entre os valores de dotação atual desta Ação com outras programações ou grandes agregados da área de Saúde pode oferecer interessantes elementos para análise.

Tabela 2: Dotação Final (em R\$) da ação 20YP

Ação	20YP	7684	21CJ
2013	1.108.680.000,	27.720.000,	
2014	1.238.600.000,	42.000.000,	
2015	1.440.180.000,	60.000.000,	
2016	1.438.130.000,	53.250.000,	
2017	1.732.900.000,	48.988.977,	
2018	1.495.915.405,	51.527.000,	
2019	1.472.650.000,	41.600.000,	
2020	1.456.130.146,	23.868.555,	
2021	1.541.712.000,		35.500.000,
2022	1.656.039.433,		47.236.410,

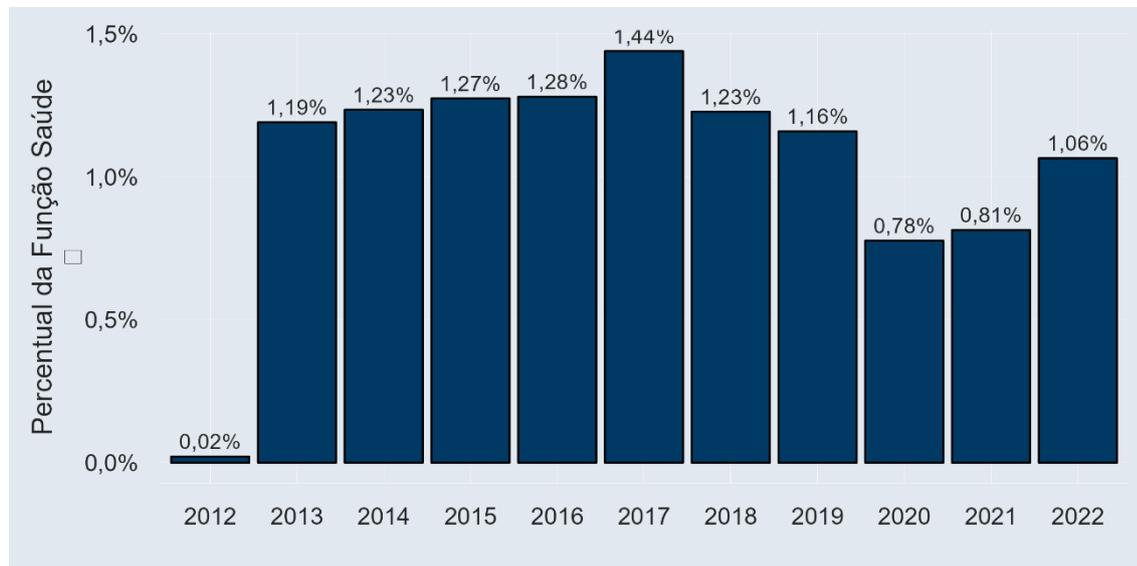
Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/MPO.

Quando se confronta, por exemplo, a evolução das Dotações Finais da Ação 20YP com as da Ação “219A – Piso de Atenção Básica em Saúde”, criada em 2018, percebe-se que a distância entre o investido na principal Ação de Atenção Básica geral e especificamente na saúde indígena cresceu. Enquanto, em 2018, a dotação atualizada da 20YP correspondia a 8,8% da dotação atual da 219A, em 2019 esse valor caiu para 8,1%, 7,1% em 2020 e 6,7% em 2021. A proporção só cresceu ligeiramente em comparação ao ano anterior em 2022, para 7,1%.

Já quando se compara a dotação final da 20YP com a Função “10 – Saúde” percebe-se um movimento de forte crescimento da participação da Ação na dotação total da Função entre 2013, quando este valor era de 1,19%, e 2017, quando o percentual alcança 1,44%. A partir de 2018, a participação começa a

apresentar um viés de baixa, como mostra o Gráfico 5. Há um pequeno crescimento de 2020 para 2021, de 0,78% para 0,81% e uma recuperação mais robusta em 2022, alcançando 1,06%.

**Gráfico 5. Participação da ação 20YP na dotação final da Função Saúde.**



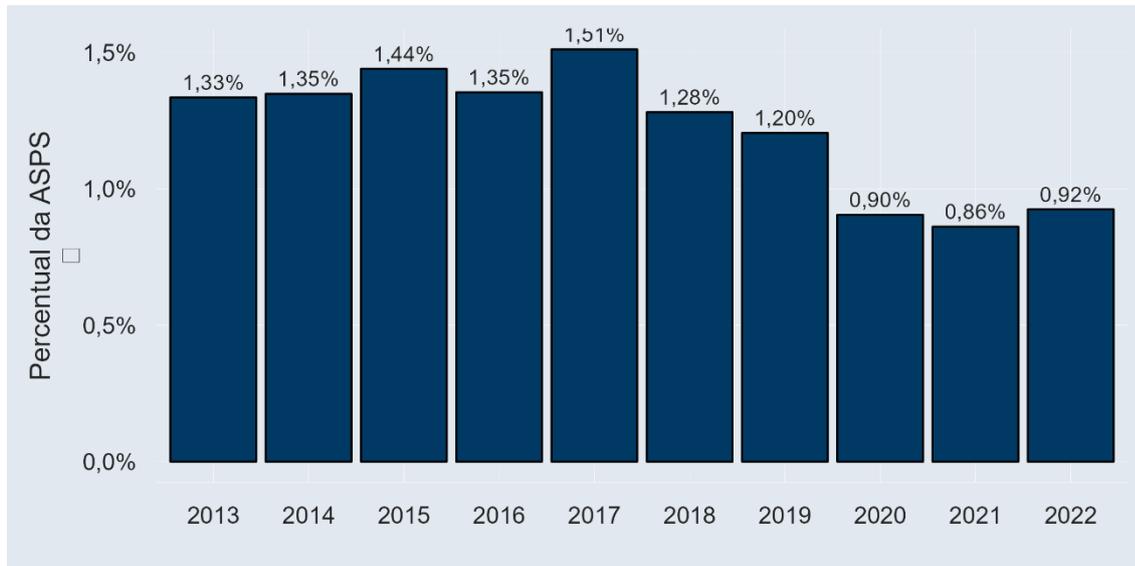
Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/MPO.

É importante ressaltar que esse movimento recente não se deve a um crescimento forte nas despesas com saúde indígena, mas à diminuição grande de recursos direcionados à Função “10 - Saúde” após o auge dos dispêndios com a pandemia de Covid-19, cujas despesas concentraram-se em 2020 e 2021. Após atingir um patamar de quase R\$ 190 bilhões anuais em cada um destes dois anos, a dotação atualizada da Função caiu para menos de R\$ 160 bilhões em 2022.

Já quando a comparação é entre a 20YP e a Subfunção “301 - Atenção Básica”, observa-se certa estabilidade dos percentuais entre 2013 e 2016 (5,3%, 5,0%, 5,5% e 5,4%), um pico de 6,2% em 2017 e uma forte diminuição nos anos seguintes, atingindo menos da metade do percentual de 2017 em 2021 (2,9%), com leve recuperação em 2022 (para 3,0%).

Por fim, o confronto entre a dotação atual da Ação 20YP e o mínimo constitucional que deve ser destinado pelo governo federal a ações e serviços públicos de saúde (ASPS) também aponta para um crescimento consistente a partir de 2013 com pico em 2017 (Gráfico 6) e, desde então, uma queda que manteve a comparação em um patamar anual sempre inferior ao do ano de início da série (2013).

**Gráfico 6 Participação da dotação final da ação 20YP no piso para a ações e serviços públicos de saúde (ASPS)**



Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/MPO.

De modo geral, as comparações realizadas a partir da Ação 20YP indicam queda proporcional dos percentuais investidos na Ação com relação às confrontações realizadas após 2017. No entanto, é importante ressaltar que os anos de 2020 e 2021 são atípicos, já que os gastos com a Covid-19 exigiram grandes esforços financeiros do estado brasileiro com expansão de recursos em áreas relacionadas, principalmente, a compras de vacinas e alta e média complexidade, o que intensificou a queda de participação percentual da 20YP sobretudo quanto à Função “10 - Saúde” nestes dois anos.

#### 4.5 Despesas Discricionárias e Emendas Parlamentares Impositivas

A Emenda Constitucional (EC) nº 86/2015 incluiu no art. 166 da Constituição Federal a determinação de que as emendas individuais ao Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) deveriam ser aprovadas até o limite de 1,2% da receita corrente líquida prevista no PLOA e que metade desse percentual deveria ser destinado a ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2015). No final de 2022, este percentual foi alterado e elevado pela Emenda Constitucional nº 126/2022 a 2% da receita corrente líquida do exercício anterior ao encaminhamento do PLOA, mas manteve o percentual de 50% para ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2022).

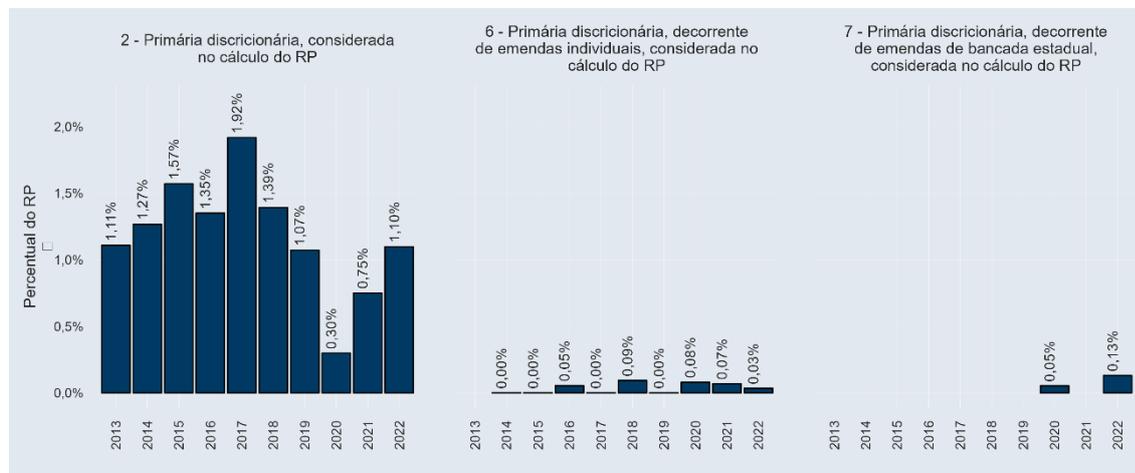
Por serem de execução obrigatória, tais emendas, assim como as emendas de bancada, que ganharam este status após a promulgação da Emenda Constitucional nº 100/2019, que as reservou o “montante de até 1% (um por cento) da receita corrente líquida realizada no exercício anterior”, com correção inflacionária a partir do terceiro ano posterior à promulgação da EC, pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), passaram a ser denominadas emendas impositivas (BRASIL, 2019).

Em termos orçamentários, estas despesas são classificadas como Resultado Primário (RP) “6 - Primária discricionária, decorrente de emendas individuais, considerada no cálculo do RP” e Resultado Primário (RP) “7 - Primária discricionária, decorrente de emendas de bancada estadual, considerada no cálculo do RP”. O gráfico abaixo demonstra qual a participação da Ação 20YP (Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena) no universo de dotação total desses dois tipos de emendas parlamentares, ou seja, quanto os parlamentares destinam anualmente para esta ação, e também

compara dotação atual da 20YP às despesas discricionários do governo federal, classificadas como Resultado Primário “2 - Primária discricionária, considerada no cálculo do RP”.

Assim como ocorreu no caso da Função “10 - Saúde”, a comparação da dotação atual da 20YP com as despesas discricionárias aponta para contundente crescimento até 2017 e posterior queda, que já era acentuada, quando o grande aumento do valor das despesas discricionárias relacionadas a medidas econômicas e de saúde pública em 2020 enviesou ainda mais a queda. De 2019 para 2020, as despesas discricionárias do governo federal mais que triplicaram (de R\$ 152 bilhões em 2019 para R\$ 540 bilhões em 2020), diminuído, por consequência, a participação total da 20YP na comparação em proporções semelhantes (0,9% para 0,27%), como mostra o Gráfico 7 Participação da ação 20YP na dotação total por Resultado Primário do Poder Executivo.

**Gráfico 7 Participação da ação 20YP na dotação total por Resultado Primário do Poder Executivo**



Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/MPO.

Quanto às emendas individuais e obrigatórias, observa-se que elas nunca parecem ter direcionado um volume de recursos que impactassem efetivamente as políticas de saúde indígena brasileiras, apesar de seus valores totais terem variado entre R\$ 8,7 bilhões e R\$ 10,9 bilhões entre 2014 e 2022. Dentro de um cenário de baixíssimo nível de indicação por parte dos parlamentares, o momento de maior percentual foi o período de auge da pandemia de Covid-19 (2020), quando este valor alcançou 0,12%. No caso das emendas de bancada, ocorreu fenômeno parecido. Apesar de não ser destino comum de recursos, em 2020 e 2022, a Ação 20YP recebeu indicações parlamentares. Os valores totais de indicações por parte das bancadas variaram entre R\$ 3,1 bilhões e R\$ 7,3 bilhões, de 2017 a 2022 (SIOP).

#### 4.6 Reconstruindo o histórico da despesa

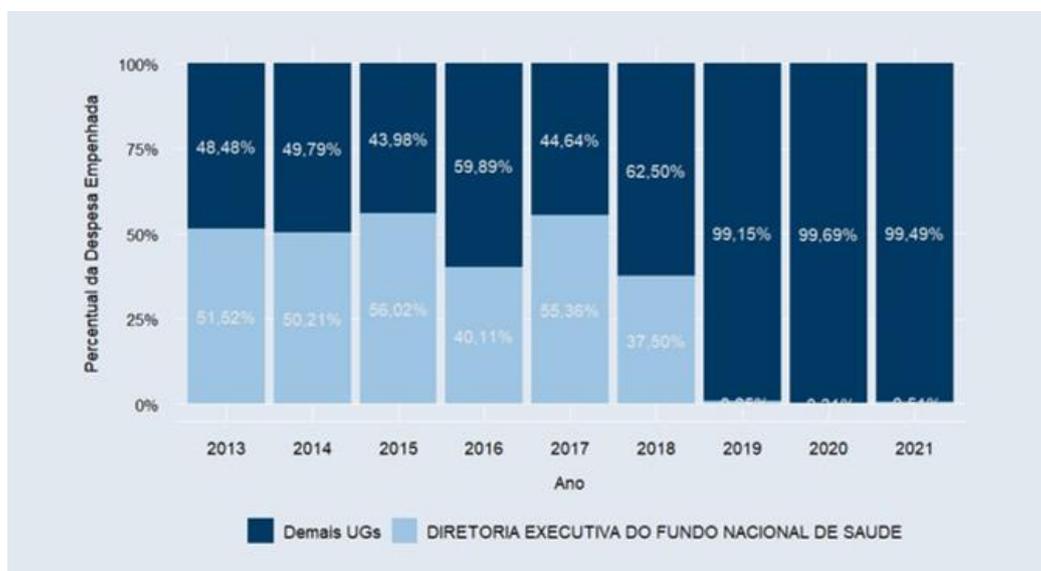
Ainda que seja possível ter uma visão macro dos gastos da ação 20YP com os convênios firmados para a prestação da saúde indígena, não é diretamente observável a alocação de recursos individualmente aos DSEIs na programação orçamentária. No Gráfico 2, nota-se que pouco menos de 50% dos gastos são compostos por Transferências a Instituições Privadas sem Fins Lucrativos, mas não há qualquer marcação direta nos dados identificando em quais Distritos ocorre o gasto. Isso torna pouco transparente a discussão sobre a execução orçamentária dos DSEIs.

Na ausência de informações orçamentárias, buscou-se identificar a presença desse tipo de informação na execução financeira. Apesar de existir, a informação só está disponível no nível granular da nota de empenho, especificamente nas informações complementares da nota, e identificada apenas por um conjunto de códigos de uso interno do Ministério da Saúde. A partir dos dados enviados pela Secretaria

de Saúde Indígena (SESAI) para este estudo, foi possível reconstruir a alocação das despesas das transferências realizadas aos DSEIs apenas para o período de 2019 a 2022 (antes desse período não foi enviado identificador único dos DSEIs utilizados para segregar as despesas na fase da execução orçamentária).

O Gráfico 8 demonstra como as informações contidas nas notas de empenho ajudam a evidenciar os gastos. Até 2018, pouco mais de 40% das despesas da ação 20YP estão identificadas como executadas diretamente pelo Fundo Nacional de Saúde. São justamente as despesas com as instituições conveniadas. Ainda que o FNS de fato pague a despesa, a análise do gasto exige verificar o destinatário final do recurso: em qual DSEI o recurso relacionado à instituição conveniada foi aplicado. Em outras palavras, até 2018 não era possível afirmar com certeza em qual dos DSEIs ocorria cada uma das despesas. Com o tratamento dos dados, foi possível individualizar os gastos nas “Demais UGs” que representam os diversos DSEIs que executam as despesas majoritariamente nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), com recursos diretos do Ministério da Saúde ou por meio de conveniadas.

**Gráfico 8. Despesa identificada dos DSEIs na ação 20YP**



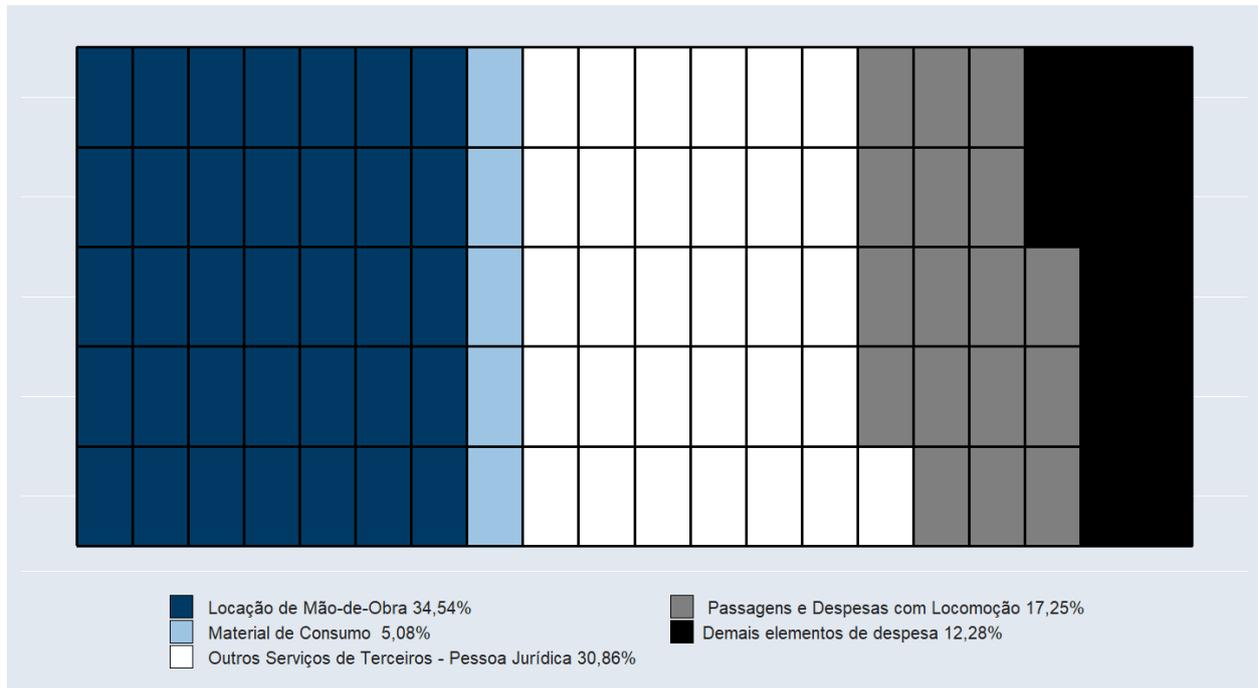
Fonte: SIOP. Elaboração: SOF/MPO.

Essa abertura dos dados permite, por exemplo, observar com maior transparência os gastos totais per capita da Ação 20YP em cada um dos DSEIs, conforme apontado gráfico 10 e no gráfico 11.

#### 4.7 Aplicações Diretas

Já se viu que as aplicações diretas se referem aproximadamente metade dos recursos da ação 20YP. Levando em consideração apenas a modalidade das aplicações diretas, tem-se, no período a composição média de despesas por natureza composta em mais de 80% em quatro itens, dois deles se referindo a contratações de serviços (28,1%) e locação de mão de obra (27,8%), perfazendo um total de 55,9%, como se pode ver no Gráfico 9, abaixo.

Gráfico 9. Composição de despesas por natureza nas Aplicações Diretas (despesa empenhada em 2022)



Fonte: SIOP/Ministério do Planejamento

Serviços de terceiros - pessoas jurídicas - corresponde a 28,1% (média do período), enquanto locação de mão-de-obra (27,8%), passagens e despesas com locomoção (19,3%) e despesas com material de consumo (8%) são seguidas por sentenças judiciais.

Interessante observar que três itens tiveram incremento significativo no período: a) indenização e restituições (de R\$ 9 milhões em 2014 para mais de R\$ 20 milhões em 2022); b) serviços a terceiros - pessoa jurídica que é 44% maior em 2022 em relação a 2014 – aumento de R\$ 187 milhões para R\$ 268,7 milhões e c) locação de mão de obra que é 40% maior no fim do período e que saltou de R\$ 213 milhões para R\$ 298 milhões.

As demais despesas tiveram decréscimo significativo. Por exemplo, “Passagens e Despesas com Locomoção” caiu de R\$ 232 milhões em 2014 para R\$ 149 milhões em 2022 e as diárias civis de R\$ 16,6 milhões foram para R\$ 6 milhões, enquanto material de consumo caiu de R\$ 232 milhões aproximadamente para R\$ 149 milhões. A intenção não é sermos exaustivos, mas assinalar uma possível mudança de padrão alocativo.

Os serviços de mão de obra e de terceiros para a ações de saúde ainda são contratados diretamente; as despesas locais administrativas, as diretas, são descentralizadas ou, mais propriamente, desconcentradas.

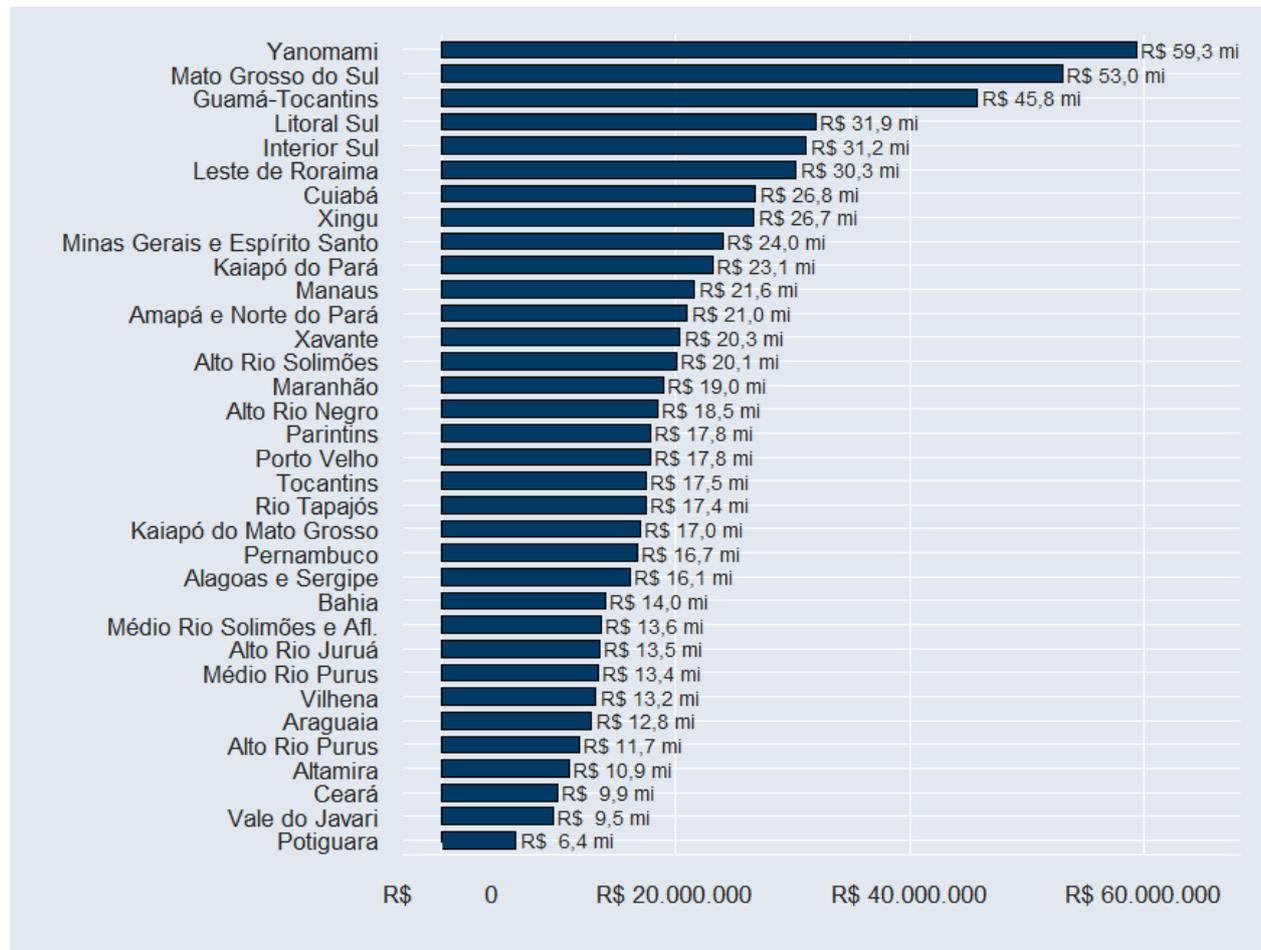
Aponte-se para o crescimento das sentenças judiciais, em geral associadas a questões ligadas à contratação de mão de obra e, possivelmente, direitos relativos à aposentadoria (ver os anexos). Se a hipótese é correta, trata-se de um sinal de problemas de precarização das relações de trabalho e de dificuldades jurídicas relacionadas à aplicação dos direitos trabalhistas.

Como se viu, os Distritos Sanitários de Saúde Especial Indígenas (DSEIs) são em número de 34, situam-se em biomas e características diversas, tem populações e etnias diferenciadas e diferentes estruturas administrativas em termos da organização dos serviços de atenção primária. Dessa diferenciação

imagina-se diferentes necessidades organizacionais e de recursos financeiros e de outras capacidades institucionais.

Os gráficos 10 e 11 mostram os valores absolutos e per capita transferidos aos DSEIs. Os maiores montantes absolutos são direcionados aos DSEI's Yanomami, Mato Grosso do Sul e Guamá-Tocantins. Os cinco com menores recursos são Araguaia, Altamira, Ceará, Vale do Javari e Potiguara.

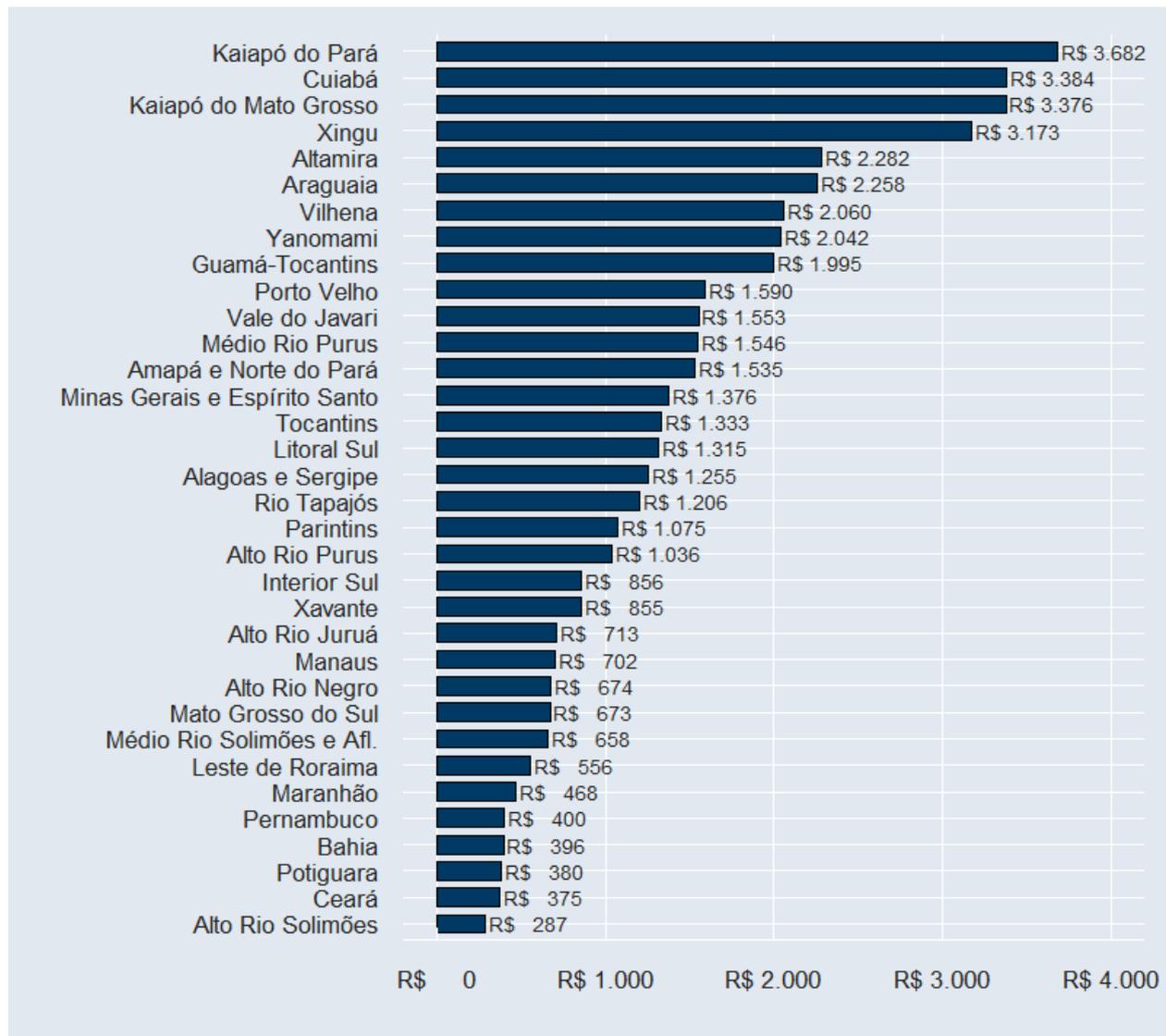
**Gráfico 10 Distribuição de recursos por DSEI, 2022**



Fonte: SIASI/MS. Elaboração IPEA.

Analisado pelos recursos per capita, a ordem muda. Os primeiros em recurso per capita são Ceará, Kaiapó do Pará, Kaiapó do Mato Grosso, Xingu, Altamira, Araguaia e Vilhena. Bahia, Pernambuco, Ceará, Potiguara e Alto Rio Solimões são os menores em termos per capita.

Gráfico 11 Distribuição de Recursos per Capita por DSEI, 2022



Fonte: SIASI/MS. Elaboração IPEA

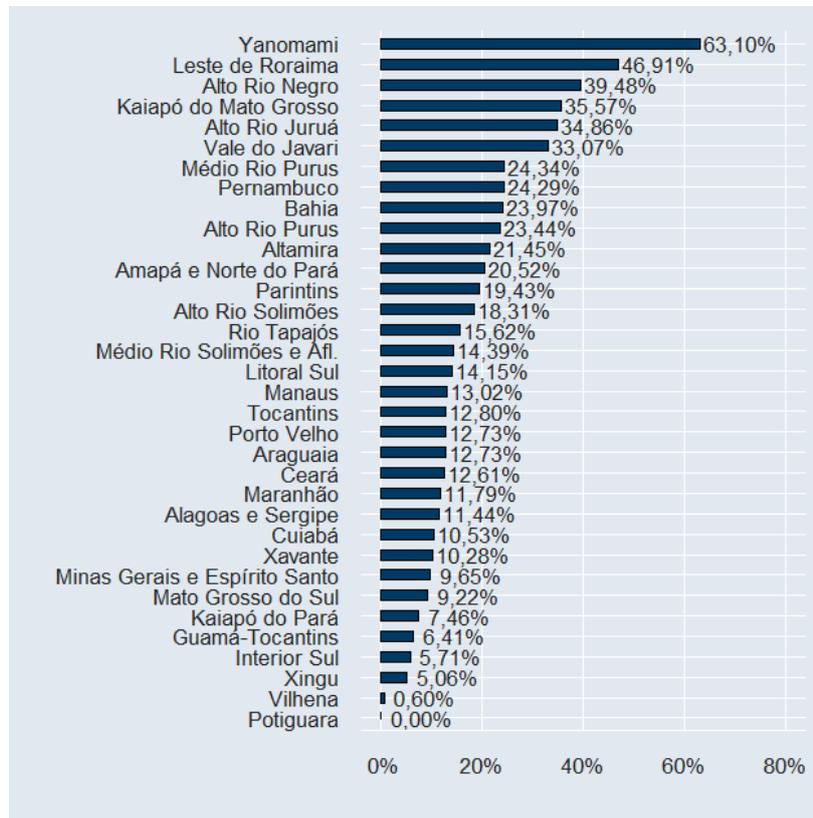
As transferências para instituições sem fins lucrativos são instrumentos absolutamente importantes para o atual modelo de organização da atenção à saúde da população indígena. Lembremo-nos que se constituem na metade dos recursos. No primeiro caso, as transferências dependem de questões de disponibilidade de recursos financeiros e capacidade de gasto, no segundo, dependem de decisões políticas dos convênios e de capacidades tanto da burocracia pública, quanto das conveniadas.

#### 4.8 Detalhamento dos gastos por DSEIs

Em relação à composição dos gastos de cada um dos DSEIs há informações importantes observadas na execução orçamentária. Grosso modo, os gastos ocorrem em três principais contas: Locação de mão de obra, Outros Serviços de Terceiro – Pessoa Jurídica e Passagens e Locomoção (Gráfico 9). Contudo, a distribuição dessas despesas entre os DSEIs não é uniforme. Em 2022, 63% dos gastos de aplicação direta observados (excluídos os valores dos convênios) no Distrito Yanomami foram relacionados à Passagens e Locomoção. Além desse distrito, outros cinco (Leste de Roraima, Alto Rio Negro, Kaiapó

do Mato grosso, Alto do Rio Juruá e Vale do Javari) dependem mais que 30% da sua dotação nessa categoria, enquanto a média dos DSEIs com esse tipo de atividade foi de 17,25% em 2022.

**Gráfico 12 Percentual da despesa por aplicação direta empenhada com passagens e locomoção por DSEI**

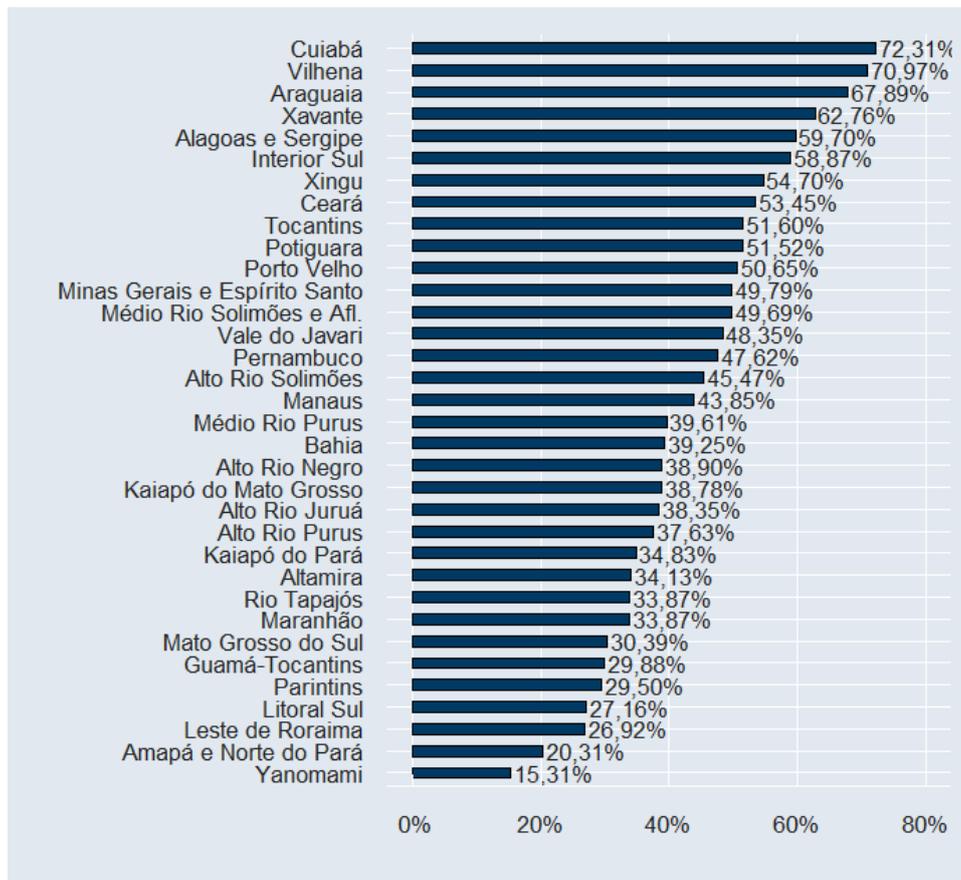


Fonte: SIAFI. Elaboração: SOF/MPO.

A concentração de despesas em Passagens e Locomoção revela um enorme desafio de alguns DSEIs em fazer chegar o atendimento à população.

Por sua vez, as despesas de aplicações diretas com Locação de Mão de obra estão distribuídas conforme o Gráfico 13, enquanto do Distrito Cuiabá depende 72% dos recursos com essa rubrica, o Yanomami aloca apenas 15%.

Gráfico 13 Percentual da despesa por aplicação direta empenhada com locação de mão de obra por DSEI



Fonte: SIAFI. Elaboração: SOF/MPO.

#### 4.9 Transferências para Instituições Conveniadas

Como dito, a contratação de mão de obra para a execução de ações de atenção à saúde dos povos indígenas se dá por meio de convênios no âmbito da SESAI/MS. Segundo a normativa que orienta os procedimentos de acompanhamento, monitoramento e avaliação dos mesmos, cabe às unidades administrativas da Secretaria o acompanhamento das ações contratualizadas mediante convênio, e que se distribuem nos seguintes eixos: i) Atenção à Saúde Indígena; ii) Saneamento Ambiental; iii) Edificações de Saúde Indígena; e iv) Controle Social, além de ações de educação permanente que atravessam os demais eixos. Para cada um desses eixos de atuação há um plano de ação com resultados esperados e indicadores definidos anualmente.

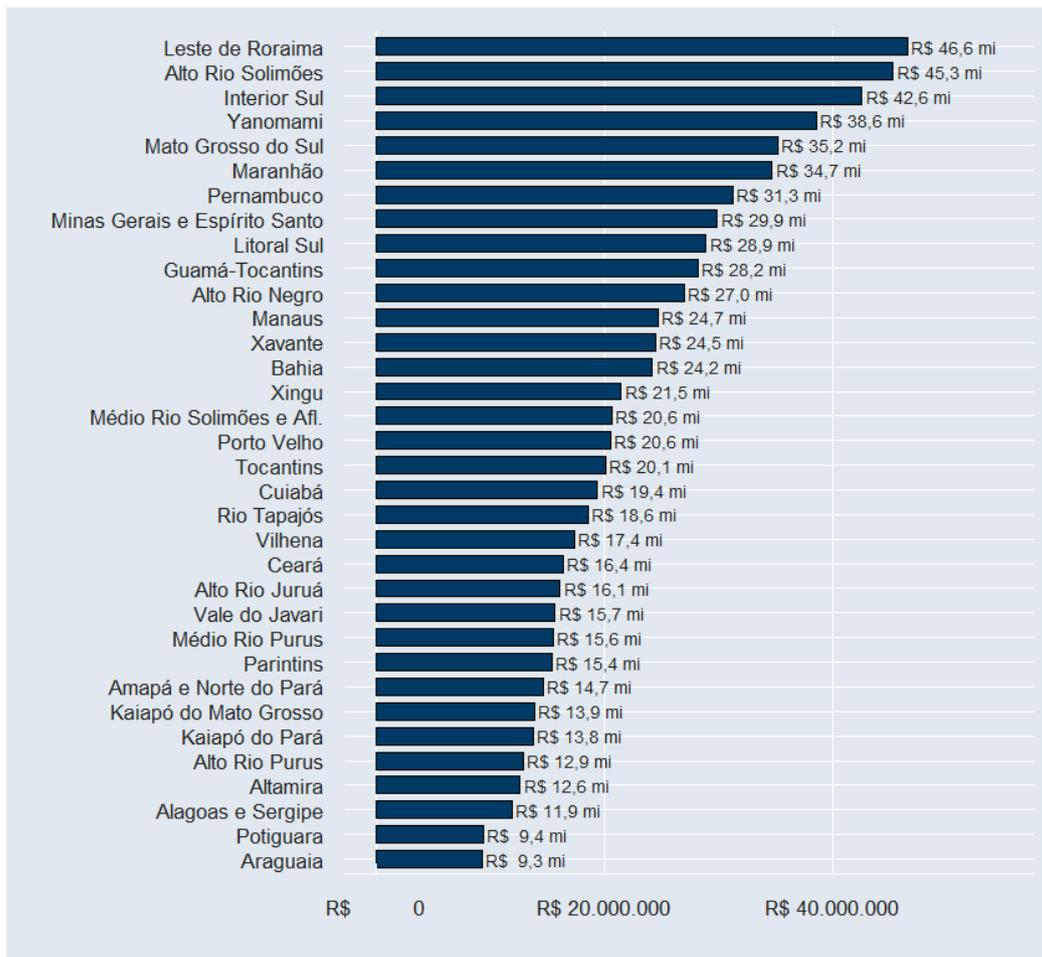
O monitoramento dos planos de ação pactuados ocorre trimestralmente, a partir das informações enviadas pelas unidades de acompanhamento nos DSEIs. Sobre isso, convém destacar que os indicadores pactuados refletem um conjunto de ações realizadas diariamente pelas equipes contratadas, nos territórios indígenas, que são informadas aos fiscais dos convênios nos DSEIs, que por sua vez inserem tais informações no Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse do Governo Federal (Siconv). Aqui temos um primeiro desafio ao adequado monitoramento dessas ações, portanto, considerando que as informações sobre as atividades realizadas pelas instituições contratadas são lançadas no sistema por agentes públicos que não participam da sua execução necessariamente. A redução de gastos com “Passagens e Despesas com Locomoção” no período recente, como já mencionado, também pode contribuir para esta situação.

A análise de relatórios de monitoramento de uma amostra de 5 DSEIs demonstrou muitas lacunas, divergências, discrepâncias e descontinuidades dos dados apresentados. Para alguns eixos, identificou-se ausência de relatórios por período superior a um ano, com destaque para a importante lacuna de informações sobre as ações desenvolvidas ao longo do ano de 2022. Relatórios semestrais e trimestrais para um mesmo período apontaram divergências nos resultados, além de inconformidade em relação à memória de cálculo de alguns indicadores pactuados. Discrepâncias significativas entre resultados pactuados e alcançados foram notadas sobretudo no eixo de saneamento ambiental, além de descontinuidade de indicadores, como no eixo de edificações.

A comparação dos indicadores de situação de saúde dos DSEI's com outros grupos populacionais revela desigualdades importantes, mas os valores repassados através dos convênios no período analisado não sofreram redução. Ao contrário, nota-se um aumento dos valores transferidos ano a ano, embora com comportamentos diferenciais, na comparação entre Distritos. Nesse sentido, a variação observada entre os valores repassados parece estar mais associada à natureza de despesa, com maiores ou menores flutuações em relação ao pagamento de despesas para deslocamento de agentes, por exemplo.

Portanto, além dos montantes globais, deve-se considerar o perfil das despesas para avaliar a relação entre recursos financeiros e situação de saúde. A dispersão populacional e a necessidade de deslocamentos no território impactam fortemente no resultado das ações e no tempo de resposta dos indicadores à própria ação. Em todo caso, vejamos as características da distribuição dos recursos conveniados e ressalte-se de antemão as diferenças relativas às distribuições de recursos orçamentários diretos. Leste de Roraima, Alto Rio Solimões, Interior Sul, Yanomami e Maranhão são os maiores recursos transferidos por convenio. Altamira, Alto Rio, Purus, Alagoas, Sergipe, Potiguar e Araguaia tem os menores recursos recebidos.

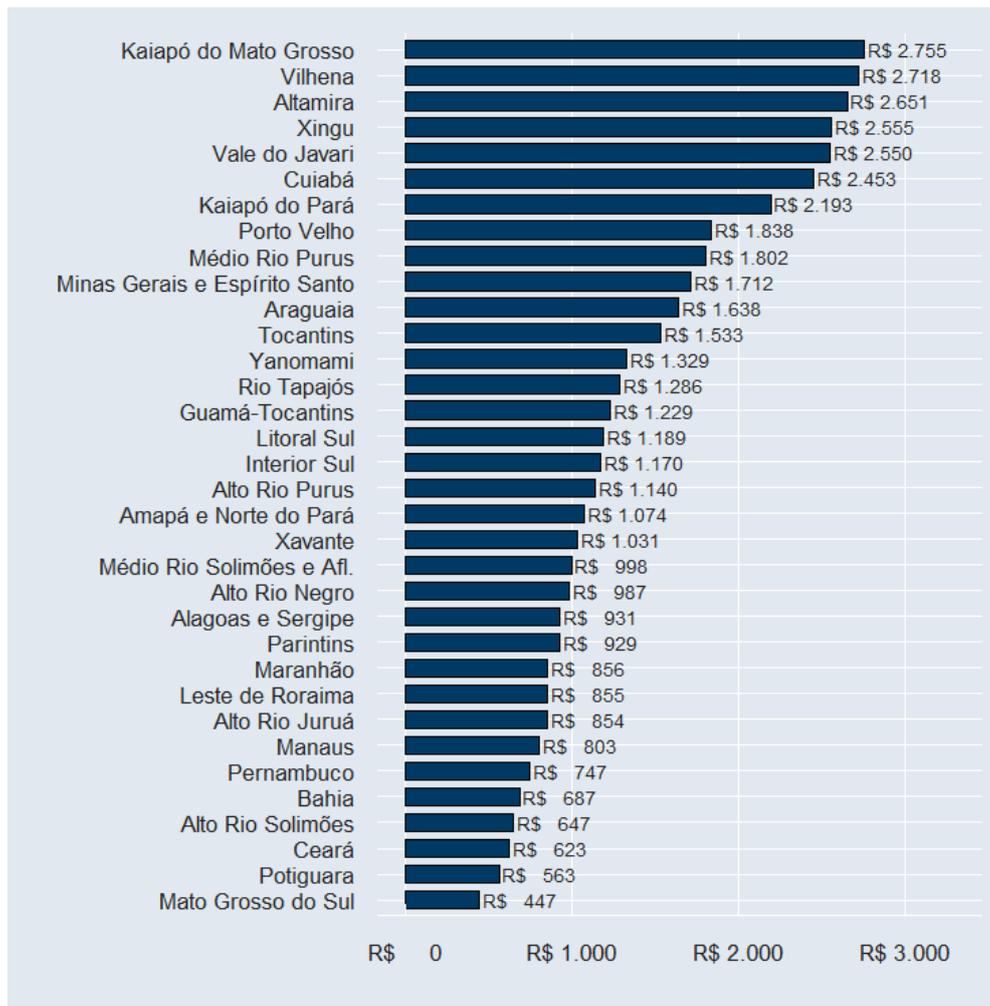
Gráfico 14 Distribuição de recursos para instituições conveniadas por DSEI, 2022



Fonte: SIASI/MS. Elaboração IPEA.

Altamira, Araguaia, Kaiapó do Mato Grosso, Alagoas, Sergipe e Kaiapó do Pará recebem os maiores per capita, seguem Maranhão, Leste de Roraima, Pernambuco, Yanomami e Mato Grosso do Sul com os menores recursos em 2022.

Gráfico 15 Distribuição de recursos conveniados per capita por DSEI, 2022



Fonte: SIASI/MS. Elaboração IPEA.

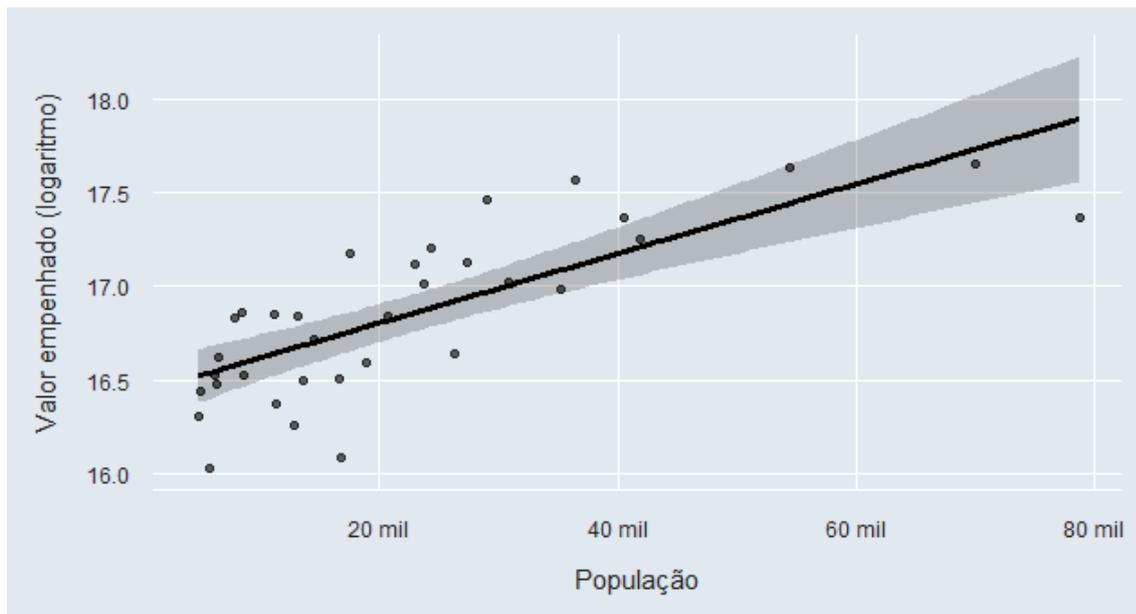
#### 4.10 Correlação entre gastos e produção dos DSEIS

Com base nos dados da execução financeira e dos dados epidemiológicos, é possível inquirir o que determina a alocação da despesa. De forma geral, pode-se dividir as despesas da ação 20YP em dois grupos: aplicações diretas e despesas com convênios. As aplicações diretas compreendem gastos diversos dos DSEIs, a exemplo da locação de mão de obra, passagens e locomoção, entre outros. Por sua vez, os convênios concentram gastos com a prestação de assistência à saúde.

##### 4.10.1 Despesas com convênios

As análises apontam que a alocação dos recursos aos convênios dos DSEIs está diretamente associada ao tamanho da população dos Distritos. Na média, verifica-se que o valor repassado às entidades conveniadas responsáveis por prestar assistência cresce 18,7% a cada dez mil habitantes nos DSEIs.

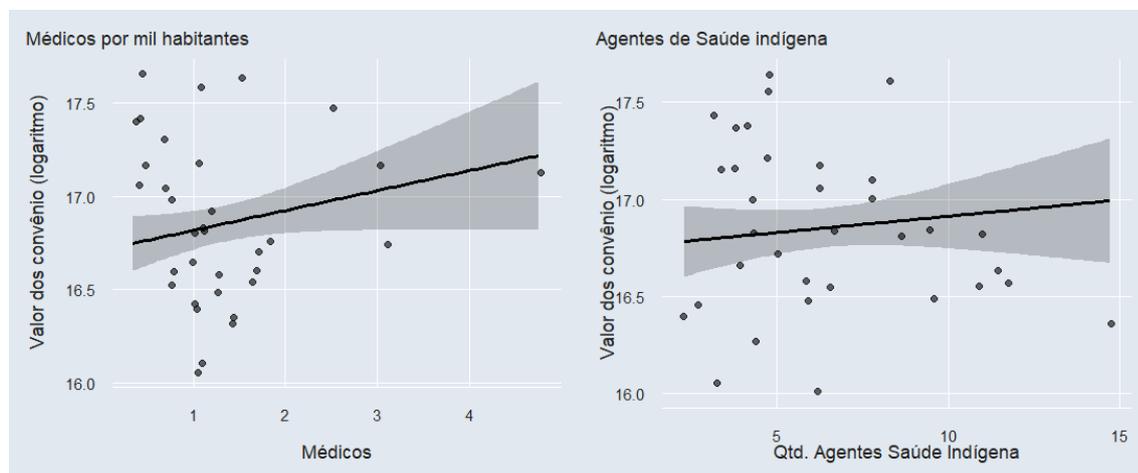
Gráfico 16. Correlação entre população e despesa empenhada nos DSEIs.



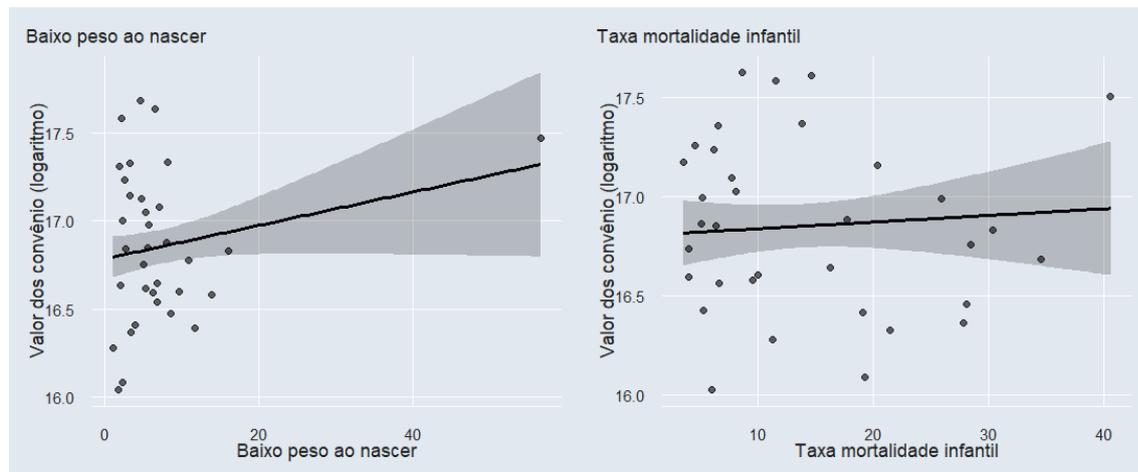
Dados: Ministério da Saúde, SIOP e SIAFI. Elaboração: IPEA/MPO e SOF/MPO.

Porém, outros indicadores de produção e epidemiológicos não apresentam quaisquer correlações com a alocação dos recursos. O Gráfico 17, aponta que o número de médicos e de agentes de saúde indígena em 2021 não estão associados estatisticamente à quantidade de recursos alocados. Tampouco, conforme exposto no Gráfico 18, o baixo peso ao nascer e a taxa de mortalidade infantil tem associação com o volume de gastos.

Gráfico 17. Correlação entre médicos por mil habitantes e agentes de saúde indígena e as despesas empenhadas.



**Gráfico 18. Correlação entre médicos por mil habitantes e agentes de saúde indígena e as despesas empenhadas.**



Em resumo, a análise aponta que, se há um critério de alocação observável, ele é o tamanho da população indígena do DSEI.

## 5. AVALIAÇÃO DE RESULTADO

### 5.1 Aspectos Metodológicos

#### 5.1.1 Questão avaliativa:

A relação entre a distribuição dos recursos financeiros e o perfil epidemiológico e socioeconômico de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) está de acordo com as diretrizes do SASISUS e vem contribuindo para o atingimento de seus objetivos?

#### 5.1.2 Identificação dos resultados esperados da política:

- Levantamento de caráter exploratório acerca das informações disponíveis sobre o subsistema de atenção à saúde indígena (SASISUS) e publicações enviadas por servidores da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI).

- Definição dos indicadores-chave da Saúde Indígena

#### 5.1.3 Planejamento da avaliação de resultados:

Ficou determinado na fase de planejamento que a avaliação de resultados pelo IPEA se consistiria a partir das perguntas abaixo formuladas:

- |   |
|---|
| <p><i>a) Quais são as diretrizes e objetivos atuais do SASISUS?</i></p> <p><i>b) Qual é o perfil epidemiológico e socioeconômico de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI)?</i></p> <p><i>c) Qual é a distribuição dos recursos financeiros para cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI)?</i></p> <p><i>d) A relação entre a distribuição dos recursos financeiros e o perfil epidemiológico e socioeconômico de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) está de acordo com as diretrizes do SASISUS e vem contribuindo para o atingimento de seus objetivos?</i></p> |
|---|

#### 5.1.4 Definição do método para coleta de informações

Esse relatório parte da ideia de que as instituições estatais devem desenvolver capacidades de implementar objetivos oficiais em contexto de conflitos e oposições. Isso significa dizer que as capacidades estatais se referem a autonomia burocrática relativa diante de contextos adversos, mas que a distribuição de recursos envolve decisões em contextos políticos contraditórios e a partir de necessidades sociais e de saúde. Os indicadores de desempenho refletem processos de racionalização da política, mas devem ser contextualizados, forma de explicar padrões de distribuição de recursos e efeitos nas condições de saúde medida através de indicadores.

Capacidades estatais se referem, então, a recursos políticos, recursos financeiros, humanos e técnicos. São objeto de análise nesse relatório, portanto, os resultados da ação pública através de indicadores epidemiológicos dos Distritos Sanitários de Saúde Indígena (DSEI's), suas sedes e polos bases e os relaciona com recursos humanos, financeiros e formas de implementação (execução direta pelo poder público, de formas contratuais ou convênias, ou seja, dos instrumentos ou arranjos institucionais).

Na execução da avaliação foram necessárias informações epidemiológicas desagregadas, mas tecnicamente consistentes sob orientação da SESA/MS. Abaixo seguem a metodologia de análise, as

fontes de dados a serem exploradas e os dados solicitados ao SAISI-SUS que se mostram imprescindíveis.

A metodologia de análise consistiu em análise documental, estatística descritiva, análise dos recursos financeiros e de indicadores relacionados ao perfil epidemiológico e socioeconômico de cada DSEI.

Quanto à fonte de dados, foram considerados: Documentos de gestão e normativos (PPA2016-2019; PPA2019-2023; PNS, PNASPI, entre outros), base de dados SICONV, Sistema de Contratos, SIAFI, SIOP, Tesouro Gerencial, Relatório Anual de Gestão do MS; SIASI; SESAI-RH; DATASUS; SIVEP Malária; Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde e Profissionais Habilitados; SIA; SIM; SINASC; SINAN; SI-PNI, entre outros aplicáveis.

Quanto às informações optou-se por focar os DSEI's como unidade organizadora. Não se pretendeu reduzir essa unidade administrativa no único fator de caracterização dos perfis epidemiológico, nem apagar ou ignorar diferenças entre os diversos grupos e etnias que lhes constituem. O interesse é vincular semelhança e diferenças associá-las a reivindicações da política sanitária, descobrindo possíveis eixos de articulação institucional e política no contexto das demandas por saúde diferenciada.

Os DSEI's se constituem em unidades administrativas e operacionais. Entretanto, a distritalização se vincula à concepção de participação social nos processos e nas práticas sanitárias. A participação indígena é central para o direcionamento das práticas de saúde, o que implica na consideração da dimensão cultural, das concepções de saúde das medicinas ancestrais, na construção do território sanitário e na sua avaliação contínua<sup>18</sup>.

Registre-se, então, que territorialidades indígenas do ponto de vista cultural não se restringe a terra indígena, o que permite a compreensão dos fluxos e movimentos de indígenas dentro dos territórios homologados, mas também para fora, inclusive para as cidades por suas referências culturais e para suas estratégias de reprodução social. Os Povos indígenas não são populações rurais por definição, suas identidades são dinâmicas e históricas, ajustando e adaptando-se a novas situações.

As medicinas indígenas e suas concepções de saúde não tem apenas eficácia simbólica. Se constituem em práticas em contextos de significados bastante diferentes da biomedicina.

Conforme CAMPOS (2013), “a Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações individuais ou coletivas, abrange promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação e manutenção da saúde. É implementada por meio de trabalho em equipe e é dirigida a populações e territórios bem delimitados.”<sup>19</sup>

A literatura consultada apresenta questionamentos sobre potenciais, limitações e incompletudes dos registros do SIASI e a dificuldade de monitorar a qualidade de suas informações<sup>20</sup>. Ainda assim os indicadores que foram construídos a partir dos dados do SIASI ensejam reflexões, inclusive exploratórias, que permitam seu uso controlado e posterior aperfeiçoamento.

Os indicadores construídos a partir dos dados SIASI foram disponibilizados pela SESAI em planilhas EXCEL, são sem dúvidas, importantes localmente e se constituirão futuramente em recursos para auxiliar o planejamento das ações e serviços de saúde em nível também central.

---

<sup>18</sup> VILLAÇA MENDES, Eugênio (org.) Distrito sanitário - O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema de Único de Saúde, HUCITEC/ABRASCO, SP/RJ, 1995. VILLAÇA MENDES, Eugênio (org.) A organização da saúde no nível local, Editora HUCITEC, SP, 1998.

<sup>19</sup> CAMPOS, Ana Cristina Vieira; BORGES, Carolina Marques; LELES, Cláudia Rodrigues; VARGAS, Andrea Maria; FERREIRA E FERREIRA, Efigênia; Indicadores socioeconômicos e de saúde da Atenção Básica nos municípios da região metropolitana de Belo Horizonte, Arq. Odontol., Belo Horizonte, 48(1), 2012.

<sup>20</sup> CONCEIÇÃO DE SOUZA, Maria da; SCATENA, João Henrique; SANTOS, Ricardo Ventura; O sistema de informações da Atenção à saúde indígena (SISI): criação, estrutura e funcionamento, Cadernos de Saúde Pública, RJ, 23(4), 2007.

## 5.2 Os Distritos Sanitários Especiais de Saúde: contextualizando socioeconomicamente

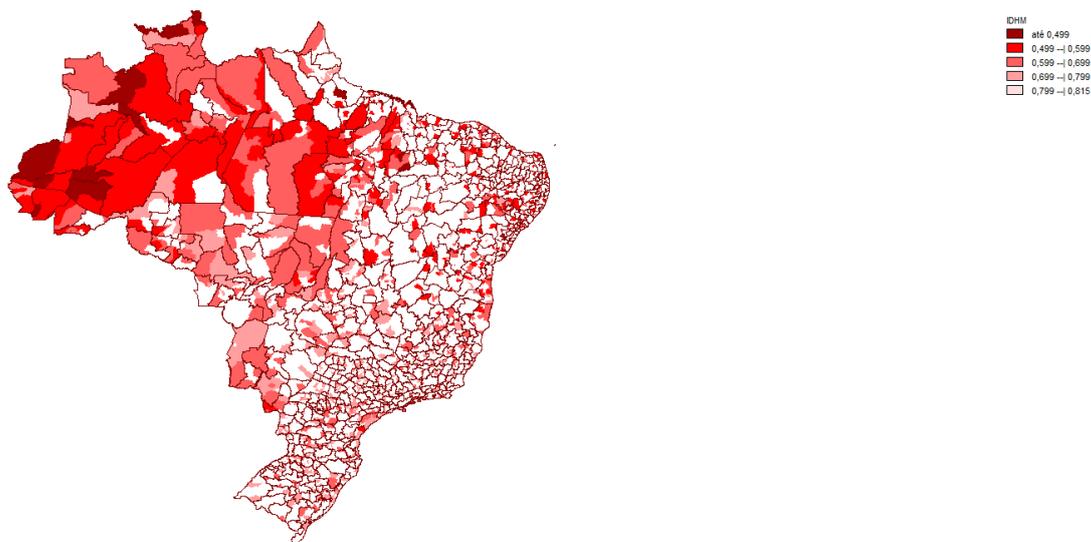
O SASISUS foi seguido pela PNASPI e enuncia a adesão aos princípios da descentralização de recursos e ações, universalidade, integralidade, equidade e participação social. Os distritos sanitários de saúde indígena são 34 e são responsáveis pela assistência à saúde, prestada por Polos Base, unidades base ou postos de saúde (UB's) e pelas Casas de Saúde Indígena (CASAÍ's). A Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (SESAI) é responsável pela execução de ações e programas, por compras e conveniamento, o que exige capacidades administrativas.

Os DSEI's implementam as ações de forma descentralizada (ou mais precisamente, desconcentrada), respeitando especificidades epidemiológicas e socioculturais, saberes tradicionais, participação e controle social no processo de gestão.

A política de saúde indígena incorpora os indígenas como trabalhadores de saúde, sendo eles médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes de saúde ou saneamento etc. Existem muitas críticas à centralização das decisões na SESAÍ/MS e aos processos de contratação de mão-de-obra que é feita através de conveniamentos com organizações da sociedade civil.

Entre os municípios que compõem o DSEI's, 1,4% têm IDH-m muito baixo, 27,2% baixo, 38,4% têm IDH médio, 32,7% têm alto IDH e apenas 0,3% IDH muito alto. As figuras 9 e 10 apresentam a distribuição dos municípios que compõem os DSEI's por IDH-m e suas partes mais escuras contêm os menores IDH<sup>21</sup>.

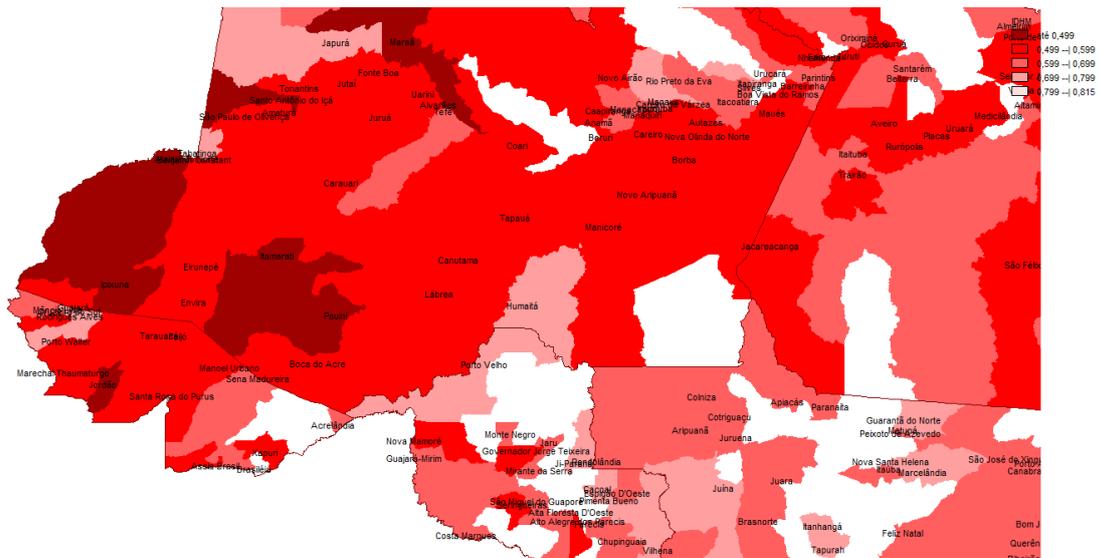
Figura 9 - Distribuição de municípios que compoe os dsei's por idh, 2010



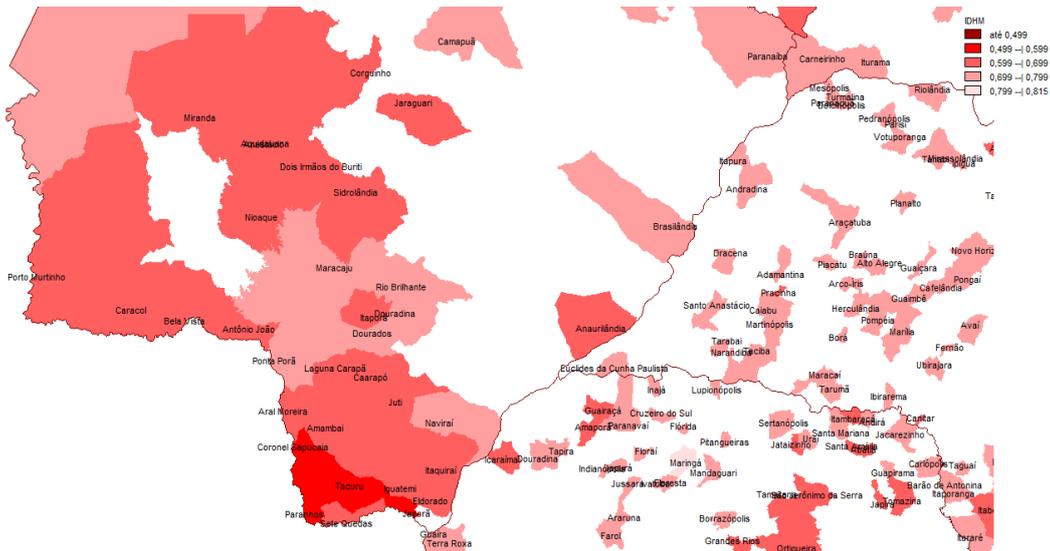
Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Pnud Brasil, Ipea e FJP, 2022, elaboração IPEA

<sup>21</sup> Elaboração a partir do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Pnud Brasil, Ipea e FJP, 2022. Fontes: dados do IBGE e de registros administrativos. <http://www.atlasbrasil.org.br/ranking>, Acesso em março 2023. IDH-M é constituído por três indicadores, sendo um de renda, o PIB per capita, uma aproximação para qualidade de vida, mesmo que não considere as desigualdades das distribuições. Outro indicador mede os níveis de instrução, considerando as taxas de alfabetização e escolarização (educação infantil, educação fundamental, ensino médio e superior, considerando taxas de repetência. O terceiro indicador é de saúde, sendo o mais importante a esperança de vida, relacionado à eficiência do setor para garantir acesso a medicamentos, vacinas e outros cuidados de saúde, <https://mundoeducacao.uol.com.br/geografia/idh-brasil.htm>, Acesso em 31 de março de 2023.

Figura 10 - Distribuição de municípios que compõem os dsei's por idh, seleção região norte, 2010



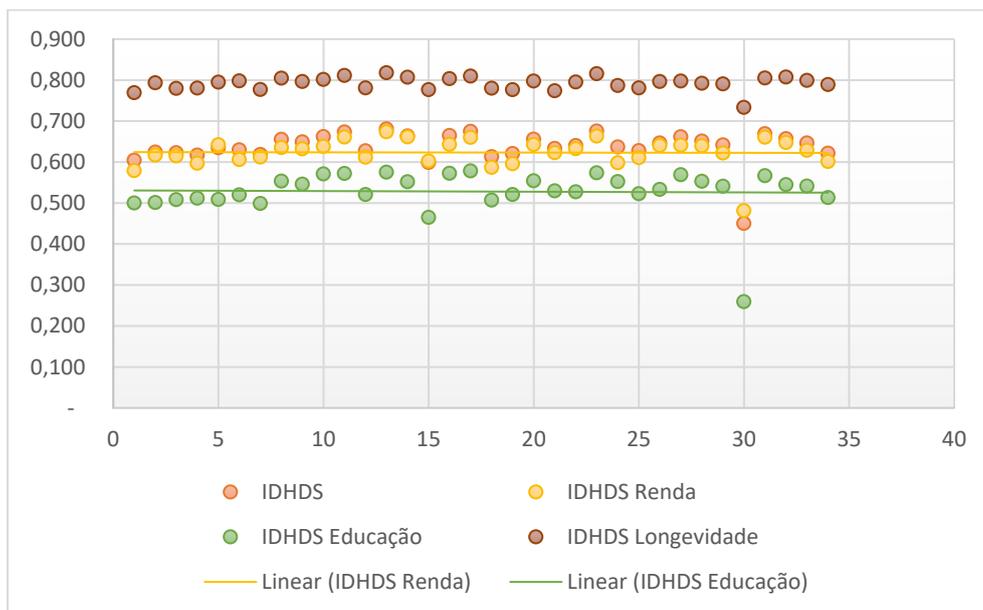
Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Pnud Brasil, Ipea e FJP, 2022, elaboração IPEA



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Pnud Brasil, Ipea e FJP, 2022, elaboração IPEA

Como se sabe, o IDH tem forte correlação com o IDH renda, assim como os indicadores de educação e saúde (longevidade), embora guardem certa independência. No caso em foco, os indicadores de longevidade ou esperança de vida ao nascer têm valores maiores aos de educação; essas diferenças são decorrentes do acesso diferencial proporcionado pelas políticas educacionais e pelas políticas de saúde, entre outros fenômenos sociais e ambientais de contexto que impactam nas condições de saúde e educação e nos efeitos a elas associados. Pode-se dizer que os efeitos na educação aparecem de forma mais lenta do que aqueles relacionados aos indicadores da área de saúde. A correlação entre renda e IDH é fácil de visualizar no gráfico 19 pela quase coincidência de ambos.

Gráfico 19 - Correlação entre IIDHDS, IDH Renda, IDH Educação, Longevidade, 2010



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Pnud Brasil, Ipea e FJP, 2022, elaboração IPEA

Os IDH's foram calculados pela totalidade das populações dos municípios, mas retratam as condições gerais de acesso a serviços públicos de saúde. A tabela abaixo espelha os índices para os Dsei's em 2010. Interessante notar que os IDH dos DSEI's são sistematicamente medianos, com raras exceções, embora alguns de seus municípios tenham indicadores baixos ou muito baixos e os IDH's longevidade são altos.

Tabela 3 - IDH DOS DSEI's, 2010

DSEI	IDHDS	IDHDS Renda	IDHDS Educação	IDHDS Longevidade
ALAGOAS E SERGIPE	0,604	0,579	0,500	0,769
ALTAMIRA	0,624	0,616	0,501	0,793
ALTO RIO JURUÀ	0,622	0,615	0,508	0,779
ALTO RIO NEGRO	0,617	0,597	0,511	0,780
ALTO RIO PURUS	0,635	0,642	0,508	0,794
ALTO RIO SOLIMÕES	0,629	0,606	0,520	0,798
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	0,618	0,612	0,499	0,777
ARAGUIA	0,655	0,635	0,553	0,804
BAHIA	0,649	0,632	0,546	0,796
CEARÁ	0,662	0,638	0,570	0,801
CUIABÁ	0,673	0,661	0,572	0,811
GUAMÁ-TOCANTINS	0,627	0,612	0,520	0,781
INTERIOR SUL	0,680	0,674	0,575	0,818
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	0,663	0,661	0,552	0,807
KAIAPÓ DO PARÁ	0,599	0,602	0,465	0,776

Muito baixo: 0 a 04,99  
Baixo: 0,500 a 0,599  
Médio: 0,600 a 0,699  
Alto: 0,700 a 0,799  
Muito alto: 0,800 a 1

LESTE DE RORAIMA	0,664	0,643	0,572	0,803
LITORAL SUL	0,675	0,660	0,578	0,810
MANAUS	0,613	0,586	0,507	0,780
MARANHÃO	0,621	0,596	0,520	0,776
MATO GROSSO DO SUL	0,656	0,642	0,554	0,797
MÉDIO RIO PURUS	0,633	0,622	0,529	0,774
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	0,640	0,632	0,527	0,795
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	0,675	0,663	0,573	0,815
PARINTINS	0,636	0,598	0,552	0,786
PERNAMBUCO	0,627	0,610	0,522	0,781
PORTO VELHO	0,646	0,640	0,533	0,796
POTIGUARA	0,662	0,641	0,569	0,798
RIO TAPAJÓS	0,651	0,639	0,553	0,792
TOCANTINS	0,642	0,622	0,540	0,790
VALE DO JAVARI	0,450	0,481	0,259	0,733
VILHENA	0,669	0,660	0,566	0,805
XAVANTE	0,657	0,648	0,544	0,807
XINGU	0,646	0,628	0,541	0,799
YANOMAMI	0,621	0,601	0,513	0,789

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Pnud Brasil, Ipea e FJP, 2022, elaboração IPEA

### 5.3 Qual é o perfil epidemiológico e socioeconômico de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI)?

Os DSEI's se caracterizam em geral pela presença de mortalidade infantil ainda acima das taxas nacionais e regionais, alta incidência de doenças infecciosas intestinais, parasitoses e desnutrição. Simultaneamente aparecem doenças crônicas não transmissíveis como parte do perfil epidemiológicos entre os Povos Indígenas.

Os indicadores de saúde como taxas de mortalidade infantil e prevalência de parasitoses ainda são altos entre os PI, mas já se começa a perceber traços de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), bem como outras situações como suicídio, alcoolismo e transtornos mentais, como se viu no retrato epidemiológico desenhado para os DSEI's<sup>22</sup>.

O cálculo das taxas de mortalidade para doenças e agravos de saúde preveníveis não permitiu nenhum grau de assertividade a respeito da resolutividade da atenção primária dos DSEI's. A julgar pelos valores observados, as taxas são baixas<sup>23</sup>, os DSEI's têm algum grau de resolutividade, embora restem dúvidas a respeito dos registros de acompanhamento de referência para outros níveis de atenção e da mobilidade dos indígenas para receberem atenção nas cidades.

<sup>22</sup> Relatório CMAP SASISUS, Perfil Epidemiológico dos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena, IPEA, 2023. Ver BASTA, Paulo Cesar; ORELLANA, Jensem Douglas Ramal; ARANTES, Rui; Perfil Epidemiológico dos Povos Indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados, Capítulo 2, In GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lucia (org.); Saúde Indígena: uma introdução ao tema, Brasília, MEC/SECADI, 2012.

<sup>23</sup> Relatório CMAP SASISUS, Perfil Epidemiológico dos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena, IPEA, 2023.

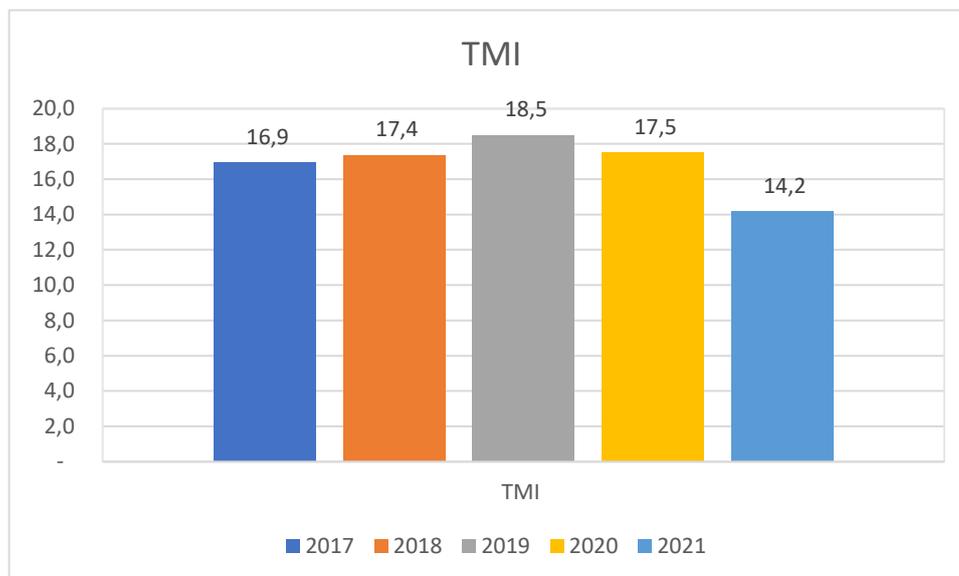
Selecionou-se alguns indicadores do conjunto que poderá ser visualizado nos Apêndices. Reforçamos o argumento das taxas ainda elevadas de mortalidade infantil, que aumentaram entre 2017 e 2019 e voltaram à redução para 14,2 por mil nascidos vivos em 2021. O comportamento da taxa é diferente para cada grupo de DSEI's como se pode visualizar nos gráficos abaixo.

Em seguida apresentamos os indicadores de Baixo peso ao nascer e Incidência de Doenças infecciosas e intestinais. Também aqui, encontram-se dinâmicas diferenciais entre os DSEI's, mas predomínio das taxas mais altas nos DSEI's da região norte.

O próximo conjunto de indicadores refere-se a taxa Incidência de hipertensão por mil habitantes. Esse já é um indicador de transição epidemiológica, relacionada com mudanças de padrões alimentares e de acesso a alimentos de qualidade. Sugere-se a consulta do Apêndice B para outros indicadores que retratam essa mudança de perfil epidemiológica. Diabetes teve aumento das Taxas de prevalência de 1,3 por 1.000 habitantes em 2015 para 4,3 em 2021.

A taxas de mortalidade infantil dos DSEI's são superiores aos de outros segmentos da população e da população em geral. Essas taxas, entretanto, são mais altas nos DSEI's da região Norte, com exceções para alguns dos seus DSEI's como Manaus e Tocantins e, para outros DSEI's em anos específicos. Em muitas situações, as variações das taxas são significativas em um mesmo DSEI's, o que pode decorrer da coleta da informação ou da sensibilidade decorrente do número reduzido de observações.

**Gráfico 20 - Evolução da taxa de mortalidade infantil, 2017 a 2021**



Fonte, SESAI/MS, elaboração IPEA

Gráfico 21 - Taxa de mortalidade infantil, 2017

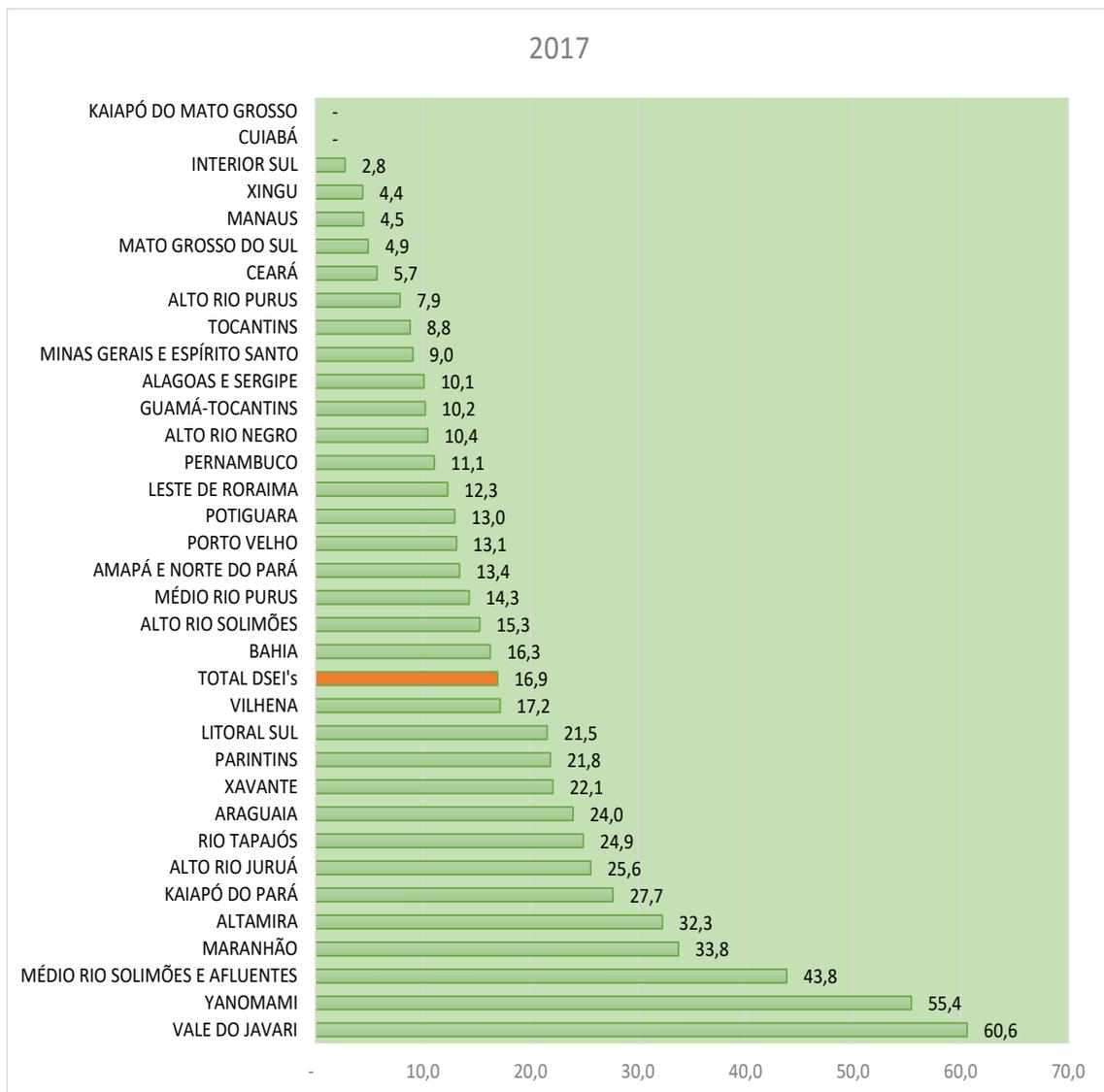
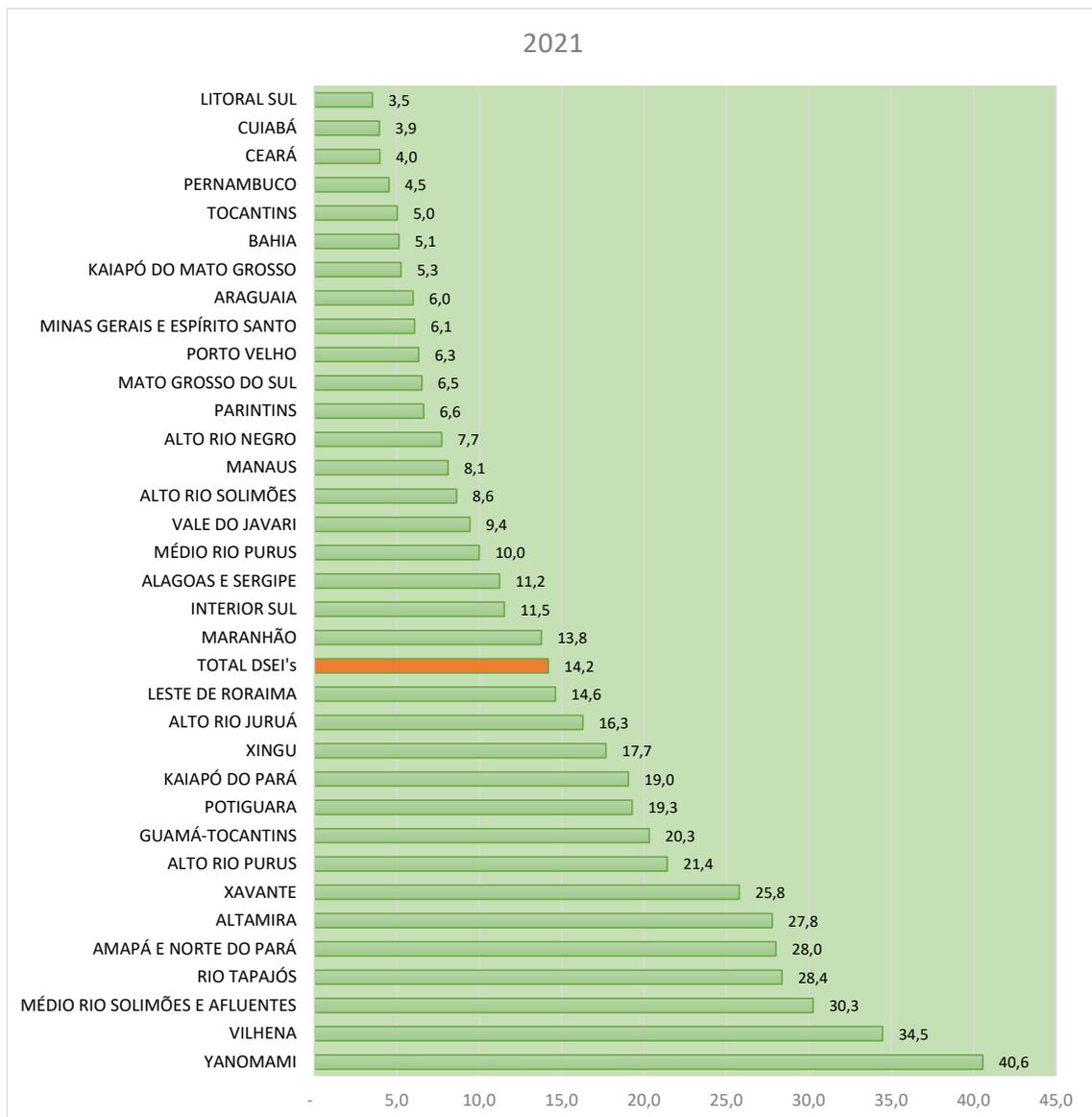
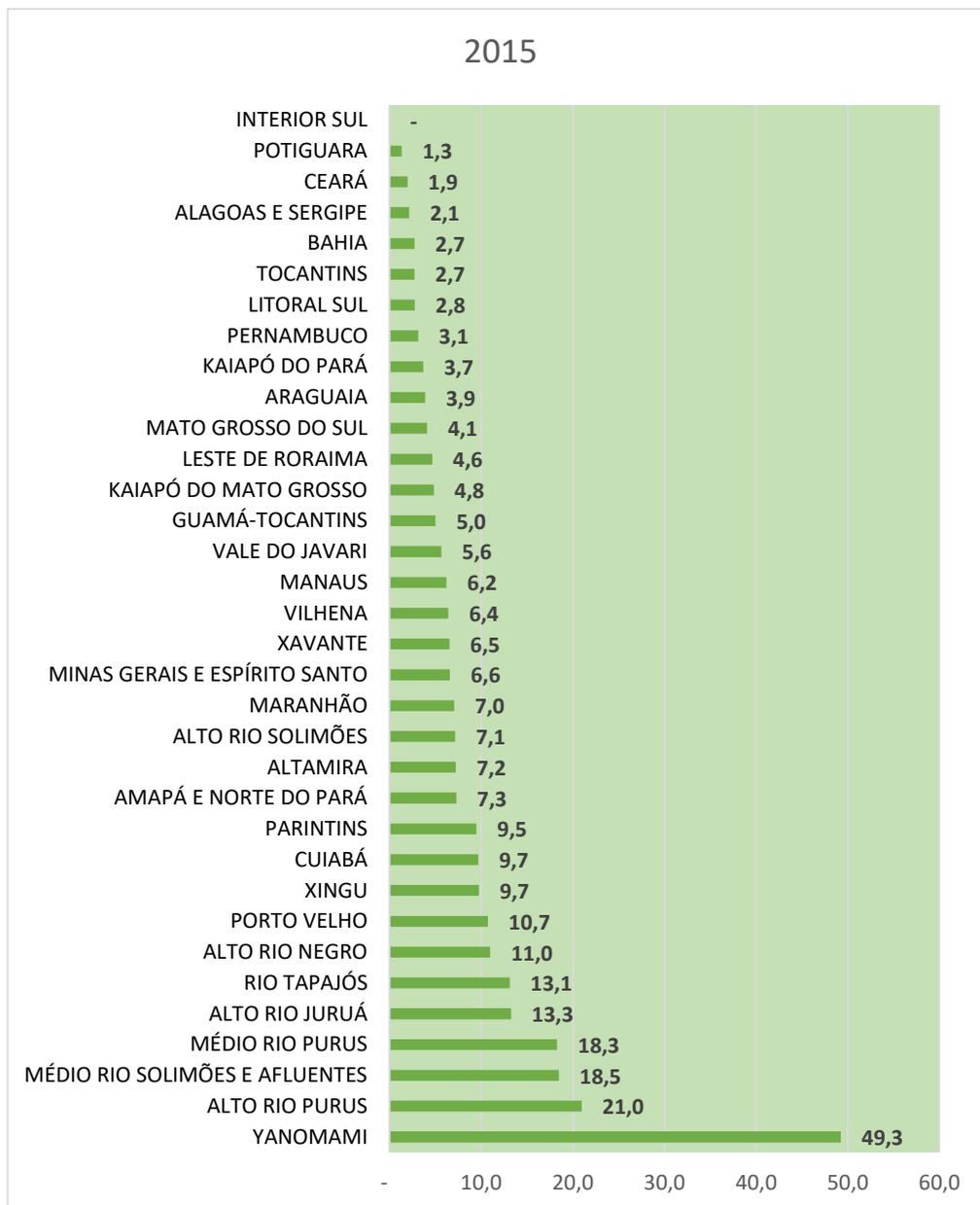


Gráfico 22 - Taxa de mortalidade infantil, 2021



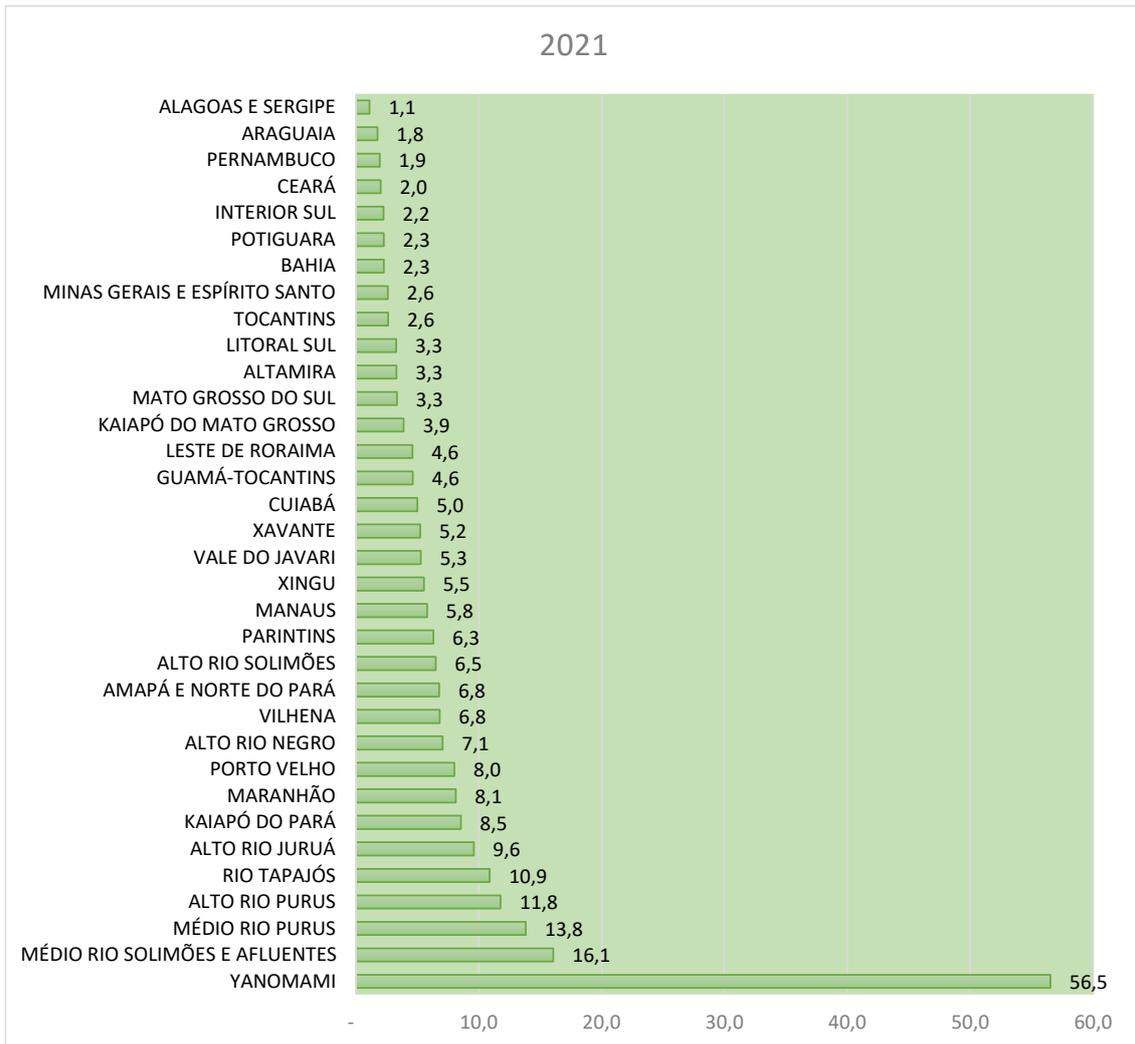
Os altos percentuais de crianças com baixo peso ao nascer são recorrentes ano após ano em todos os Dseí's da região Norte, com especial atenção para o DSEI Yanomami, Alto Purus, Médio Purus e o distrito Médio Rio Solimões. Cuiabá, Maranhão e Xavantes também apresentam percentuais mais altos de nascidos vivos com baixo peso ao nascer. Os demais apresentam percentuais altos de baixo peso ao nascer, com tendência leve de diminuição até 2019/2020. Esse indicador cresceu durante a pandemia.

Gráfico 23 - Baixo peso ao nascer, 2015



Fonte, SESAI/MS, elaboração IPEA

Gráfico 24 - Baixo peso ao nascer, 2021



Fonte, SESAI/MS, elaboração IPEA

A maior incidência de casos de doenças infecciosas intestinais<sup>24</sup> registradas no período, considerando o acumulado nacional, foi entre os anos de 2018 e 2020, quando chegaram a registrar um aumento de 8 vezes em comparação a 2012. Entre 2020 e 2021 houve uma considerável diminuição de casos. Nesse último ano, 2021, foram registrados 8.407 casos de doenças infecciosas intestinais, dos quais 57% referiam-se a um único DSEI, o DSEI Yanomami (4.838).

Na análise por DSEI, o comportamento de casos registrados não é homogêneo, assim como verificado em outros indicadores, demonstrando oscilações positivas e negativas no período. No acumulado, registram os maiores números de ocorrências os DSEI Alto Rio Solimões, seguido pelo DSEI Yanomami, DSEI Xavante e DSEI Mato Grosso do Sul.

<sup>24</sup> Número notificado de casos novos confirmados de doenças infecciosas intestinais por DSEI.

Gráfico 25 - Taxa de incidência de doenças infecciosas intestinais, 2015

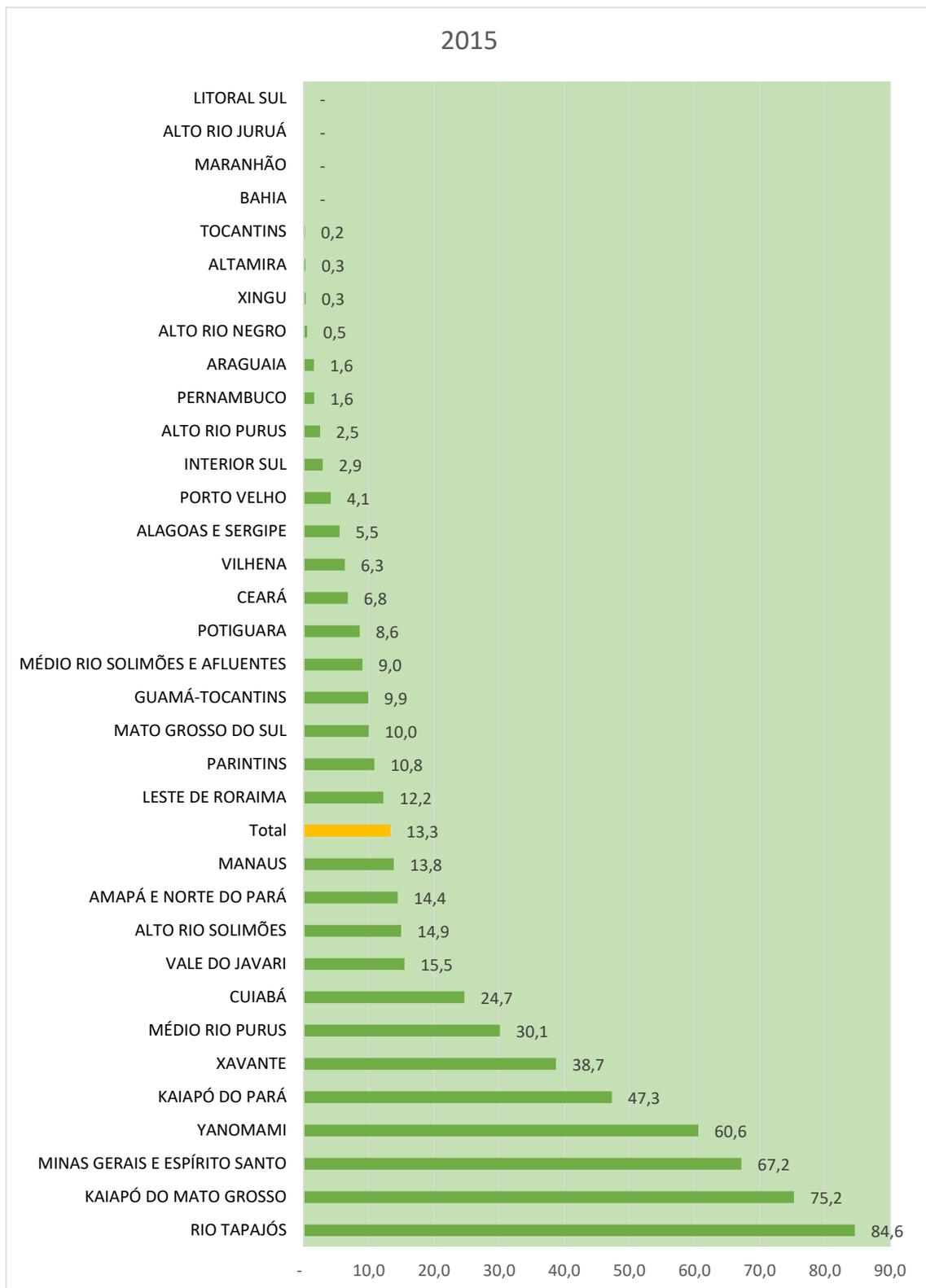
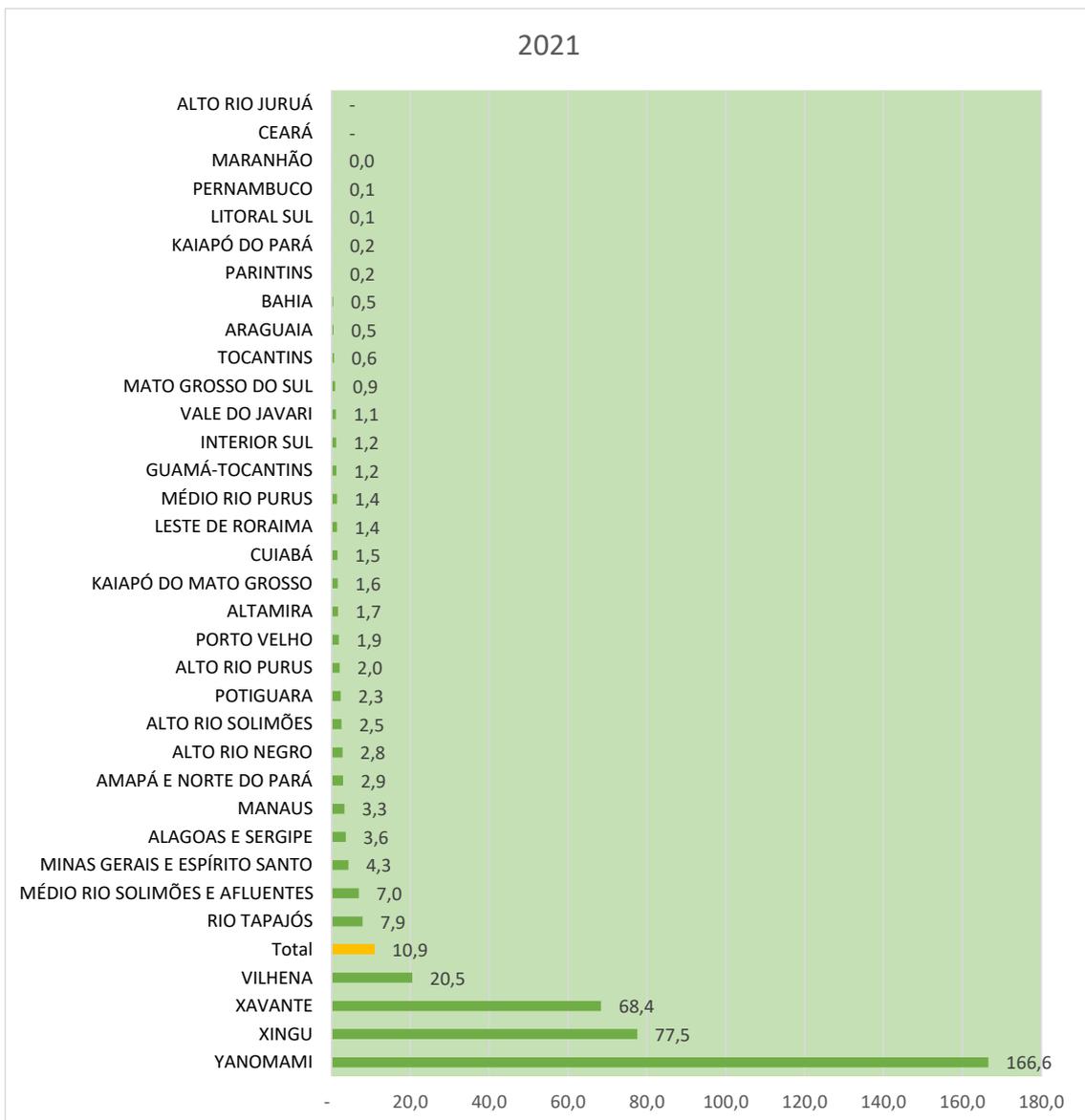


Gráfico 26 - Taxa de incidência de doenças infecciosas intestinais, 2021



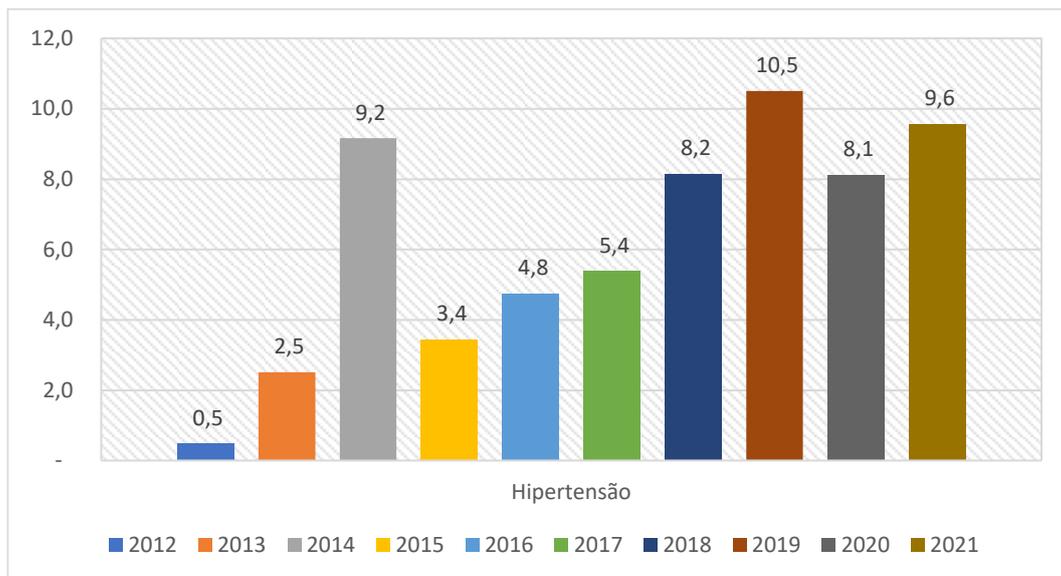
Fonte, SESAI/MS, elaboração IPEA

A frequência de indígenas que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial<sup>25</sup> variou entre 0,2% no DSEI Altamira e 46,9% no DSEI Potiguara. Observa-se que a prevalência aumentou desde o início da série histórica, mesmo oscilando durante o período, que registrou em 2012, 0,5%, alcançando o ápice em 2019 (10,5%), chegando em 2021 com 9,6%.

Com relação à distribuição da prevalência de indivíduos com diagnóstico médico de hipertensão arterial na população indígena adulta, as maiores frequências foram observadas na região Nordeste. É conhecido que a prevalência elevada de hipertensão arterial está associada à maior frequência de outras doenças crônicas não transmissíveis. O total geral para a prevalência de hipertensão se deslocou para cima e o número de DSEI's com altas taxas de prevalência casos de hipertensão também aumentou.

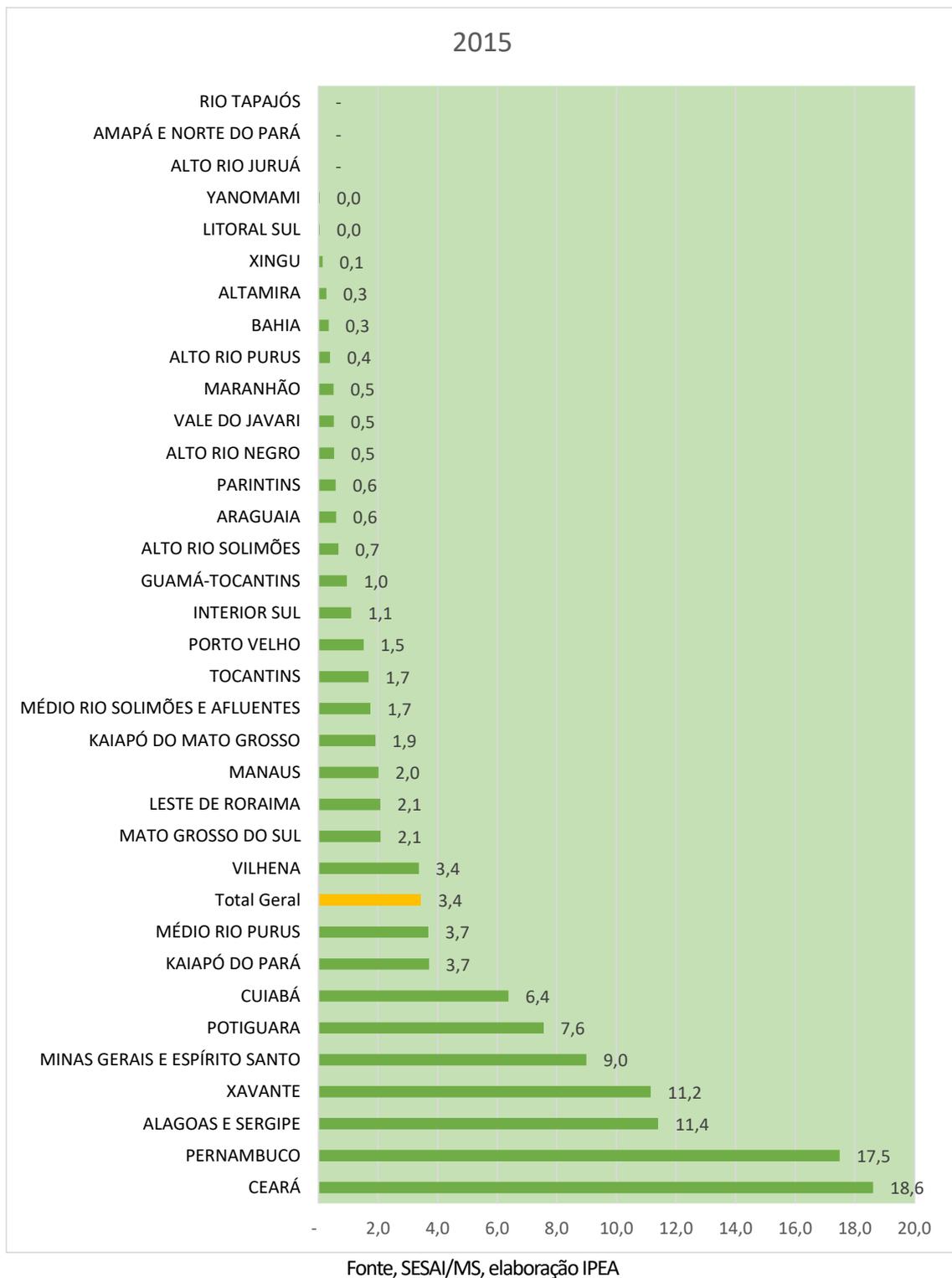
<sup>25</sup> Percentual de casos na população que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, por DSEI, no período considerado.

Gráfico 27 - Taxa de prevalência de hipertensão, 2012 A 2021 (X1.000 habitantes)



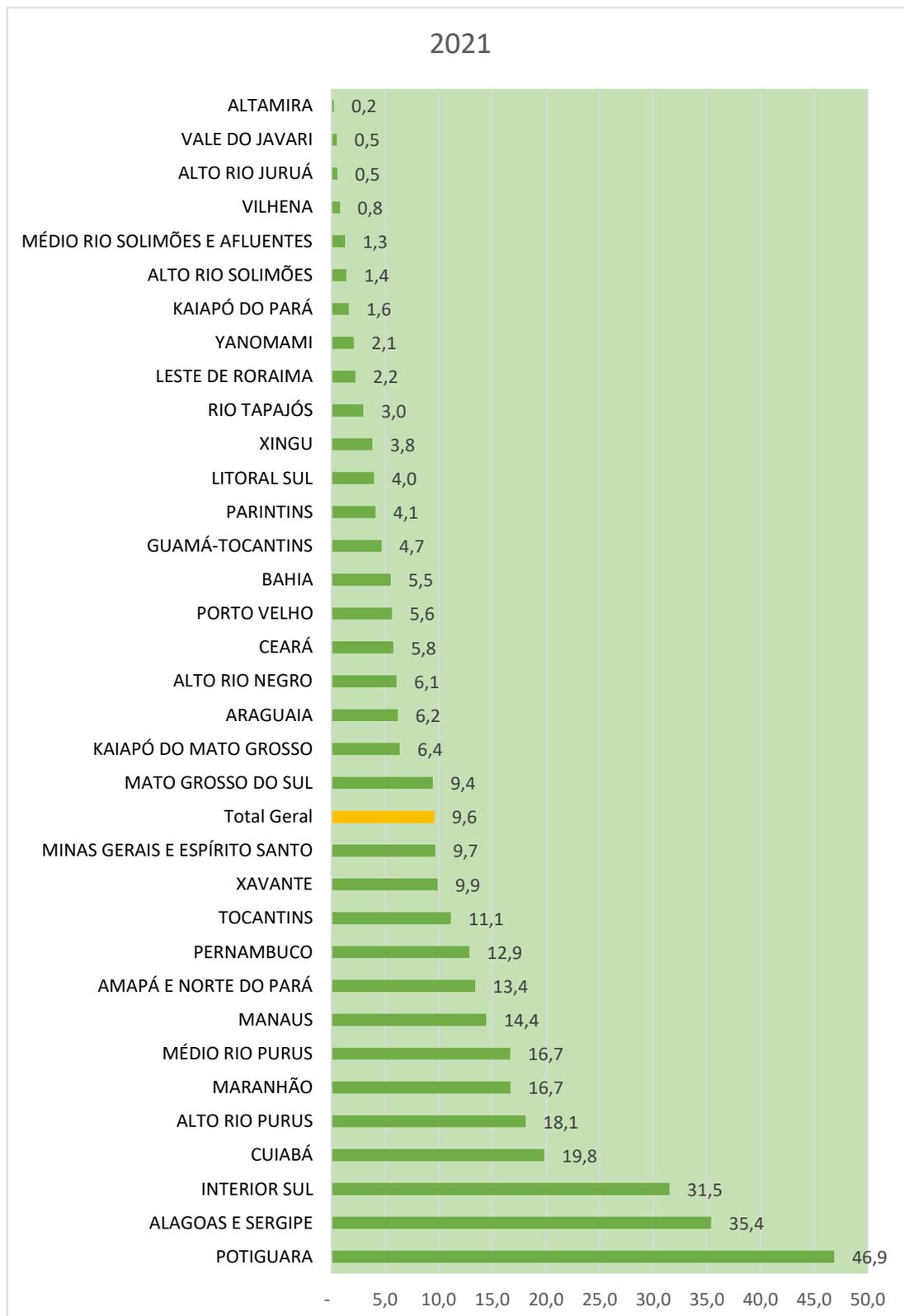
Fonte, SESAI/MS, elaboração IPEA

Gráfico 28 - Taxa de prevalência de hipertensão, 2015



Taxa de prevalência de hipertensão, 2021

Gráfico 29 - Taxa de prevalência de hipertensão, 2021



Fonte, SESAI/MS, elaboração IPEA

## 5.4 Parâmetros avaliativos para relacionar as políticas de saúde indígena e seu orçamento

Partiu-se da ideia de capacidades estatais, que se referem a capacidades políticas técnica e operacionais. Essas capacidades serão reduzidas a indicadores financeiros e de recursos humanos (médicos, agentes de saúde indígena (ASI) e agentes indígenas de saneamento (AIS) e outros) e, serão finalmente relacionados com os efeitos nos indicadores de saúde.

O indicador central, em torno do qual gira nossa hipótese avaliativa é a presença de agentes indígenas de saúde e saneamento. A hipótese é de que eles têm impacto significativos nos indicadores da saúde indígena, embora sejam, na sua atuação, dependentes de outros insumos e recursos institucionais. Entretanto, voltemos a contextualizar conceitualmente para delimitar o alcance da avaliação.

Toda política é dinâmica e sua maturação responde a diferentes ritmos e condições sociais e institucionais. Qualquer avaliação tem que ponderar a respeito do nível de maturidade da política e isso não tem relação apenas com o tempo do desenho normativo da política, mas a configuração de elementos que lhes são constitutivas, a exemplo de recursos profissionais, financeiros, tecnológicos e administrativos. Análises de conformidade normativa são absolutamente necessárias, mas perdem a historicidade e as dificuldades que as políticas têm para mobilizar recursos e articulá-los de forma adequada, embora diferida no tempo. Essa processualidade decorre de contextos institucionais mais amplos, mas também de capacidade políticas.

Deve-se chamar atenção para o fato simples de que os DSEI's são diversos na sua formação organizacional e apresentam variações nos ritmos de implementação de seus sistemas de informação, na configuração de recursos e disposição de equipamentos, na formação e na atuação de agentes indígenas. Os distritos também se relacionam com o sistema de saúde de formas variadas, o que depende do bioma, localização e distância das aldeias e terras indígenas do Polos Base e UBS, das territorialidades indígenas, dos fluxos e movimentos de populações, níveis de urbanização etc., mas também do acesso a um conjunto de outros bens públicos, como saneamento, água tratada, energia, escolas etc. Nesse relatório, as variáveis serão simplificadas.

### 5.4.1 Médicos

O Ministério da Saúde usa a proporção de 2,5 médicos por mil habitantes como parâmetro geral. Utilizaremos o mesmo padrão com a consideração adicional que deve ser ajustado para a atenção primária e, especialmente, para a atenção primária da saúde indígena.

Segundo o relatório “Demografia Médica no Brasil 2023” o número de médicos em 2023 era de aproximadamente 562.229 médicos inscritos nos 27 Conselhos Regionais de Medicina (CRM's), o que significa uma taxa de 2,6 médicos por 1.000 habitantes<sup>26</sup>. Nos anos de 2000 o número de médicos era de 239 mil. A região tem 1,45 médicos por mil, Nordeste 1,93, a região Sudeste tem 3,39, Centro-oeste tem 3,1 e Sul tem 2,95 médicos por mil habitantes. Os Estados com menores números de médicos proporcionalmente são o Pará com 1,18 médico/1000 habitantes, Maranhão (1,22) e Amazonas (1,36).

Quanto às consultas, elas foram pouco mais de 3,13 consultas por habitante/ano em 2019, número menor, segundo o relatório, do que as 6,8 consultas por habitante/ano nos verificadas nos países da OCDE. As desigualdades são significativas do ponto de vista regional, com 2,86 consultas por habitantes no Centro-oeste, 2,38 no Nordeste, e 1,8 no Norte, enquanto o número chega a 3,93 no Sudeste e 3,19 no Sul. Curiosamente, o relatório também indica que dos residentes, 55,7% pretendiam, depois de um ano de formação, manter exercício profissional no setor público e privado simultaneamente.

Vejamos os indicadores de médico por população nos DSEI's. Manteremos os anos iniciais, para os quais há claro problema nas informações, na apresentação dos dados.

<sup>26</sup> <https://amb.org.br/noticias/lancada-a-demografia-medica-no-brasil-2023/><sup>26</sup>

Tabela 4 - Número de médicos por mil habitantes, DSEI's 2013 a 2021

DSEI_GESTAO	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ALAGOAS E SERGIPE	-	0,08	0,08	0,48	0,90	1,09	0,87	1,28	1,40
ALTAMIRA	0,57	0,82	0,26	0,25	1,47	1,14	1,09	1,06	1,05
ALTO RIO JURUÁ	-	-	-	-	0,23	0,84	1,00	0,81	0,74
ALTO RIO NEGRO	-	-	0,36	0,80	1,00	1,20	3,87	5,95	4,75
ALTO RIO PURUS	-	-	-	-	0,07	0,70	0,89	1,25	1,41
ALTO RIO SOLIMÕES	0,06	0,15	0,11	0,22	0,30	0,29	0,55	0,49	0,43
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	-	-	0,34	0,58	0,72	1,02	0,84	1,27	0,81
ARAGUAIA	-	-	0,39	0,38	1,13	0,52	0,91	0,89	1,06
BAHIA	-	0,03	0,07	0,58	0,54	0,57	0,75	0,66	0,71
CEARÁ	-	0,03	-	-	0,26	0,77	0,79	0,81	0,95
CUIABÁ	-	1,83	2,27	3,92	3,37	2,47	3,28	2,44	3,16
GUAMÁ-TOCANTINS	0,62	0,97	1,31	1,41	1,71	0,80	0,66	0,65	0,48
INTERIOR SUL	-	-	-	-	0,10	0,69	1,17	1,07	1,10
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	-	0,59	-	-	1,00	1,23	1,85	1,63	0,99
KAIAPÓ DO PARÁ	0,79	1,34	0,93	0,90	1,44	1,16	1,13	1,31	1,27
LESTE DE RORAIMA	-	-	-	-	0,09	0,78	1,64	1,34	1,49
LITORAL SUL	-	0,04	0,04	0,13	0,30	0,59	1,06	1,27	1,11
MANAUS	0,03	0,13	0,20	0,37	0,63	0,82	1,16	0,93	0,78
MARANHÃO	-	-	-	-	-	0,10	0,44	0,49	0,35
MATO GROSSO DO SUL	-	-	0,05	0,13	0,31	0,52	0,56	0,51	0,46
MÉDIO RIO PURUS	-	0,13	0,25	1,14	1,00	1,26	1,78	2,28	1,74
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	-	0,66	0,64	0,93	0,75	0,82	1,28	0,90	1,11
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	0,91	1,91	1,47	1,31	1,67	2,09	3,06	2,74	3,04
PARINTINS	-	-	0,06	0,19	0,06	0,61	2,53	2,16	1,63
PERNAMBUCO	-	-	0,05	0,15	0,45	0,75	0,57	0,68	0,65
PORTO VELHO	-	-	0,20	0,49	1,18	1,05	0,92	2,25	0,98
POTIGUARA	-	-	-	-	1,32	1,04	0,90	1,12	1,13
RIO TAPAJÓS	0,28	1,85	1,27	0,81	2,20	1,63	2,29	1,86	1,80
TOCANTINS	-	-	-	0,09	0,76	0,65	1,20	1,09	1,14
VALE DO JAVARI	-	1,60	2,06	1,68	0,66	0,81	1,45	1,76	1,30

VILHENA	0,31	0,75	0,73	0,57	1,00	1,94	1,96	1,62	1,72
XAVANTE	-	-	-	2,22	0,87	0,84	0,54	0,52	0,46
XINGU	-	-	-	-	-	-	-	1,33	1,19
YANOMAMI	-	-	-	-	2,29	3,60	3,37	2,69	2,51
Total Geral	0,05	0,19	0,21	0,39	0,62	0,86	1,21	1,24	1,15

Fonte: SIASI/SESAI, elaboração executores IPEA

O número de médicos que acompanha os PI nos distritos sanitários indígenas era de 0,05 em 2013 e sobe gradualmente para 1,15 por mil habitantes. Entretanto alguns DSEI's conseguem alcançar e até mesmo superar a meta estabelecida antes do fim do período, a exemplo dos distritos de Cuiabá, com perda e ganhos de médicos no período até estabilizar em 2021 com 3,16 médicos por 1.000 habitantes e o distrito Minas Gerais e Espírito Santo que, também oscilando no número de médicos, chega a 2021 com 3,04 médico/1000 habitantes. Os distritos Yanomami e Alto Rio Negro também chegam ao final do período com número de médicos maior, sendo o primeiro de 2,51 médicos por 1.000 habitantes e o segundo com 4,75.

O esforço de aumento do número de médicos foi significativo entre os DSEI's, mas não foi o suficiente dado o critério adotado de 2,5 médicos por mil habitantes. Aqueles que se aproximaram ou ultrapassaram o número ainda não tiveram tempo de ver efeitos consistentes e sustentáveis no comportamento dos seus indicadores. Entretanto, há que se observar a grande variação do número de médicos, o que indica a alta rotatividade desses profissionais.

#### 5.4.2 Agentes de Saúde e Saneamento Indígenas

O SUS é orientado pela Atenção Básica de Saúde ou Atenção Primária (APS) que deve ser referenciada aos níveis de maior complexidade; essa é normativamente a porta de entrada do sistema, que depois encaminha os usuários para os níveis de maior complexidade.

Dessa maneira, o número de Agentes Comunitários deve ser suficiente para atender a 100% da população, com o máximo de 750 pessoas por cada agente e de 12 ACS por equipe de saúde, sem que o limite máximo de pessoas por equipe seja ultrapassado.

Para estabelecer um critério normativo de quantidade mínima de agentes foi usada a Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 que dá duas alternativas para definir o número de agentes de saúde por população.

Em primeiro lugar, para as populações consideradas urbanas, divide-se essa população do município por 400 e obtém-se a quantidade de agentes de saúde ou para as rurais divide-se por 280. Usamos o segundo para efeito de simplificação, não por município, mas por DSEI. Obteve-se a seguinte tabela:

**Tabela 5 - Quantidade ideal de agentes de saúde Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**

DSEI: Número Ideal de agentes	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ALAGOAS E SERGIPE	43	44	44	45	45	44	46	49	47	46
ALTAMIRA	12	13	13	14	14	15	16	16	17	17
ALTO RIO JURUÁ	58	59	60	61	62	63	64	64	66	68
ALTO RIO NEGRO	147	150	152	151	148	140	128	103	101	98
ALTO RIO PURUS	42	43	44	46	48	49	46	44	43	40

ALTO RIO SOLIMÕES	231	238	245	251	255	253	259	249	250	250
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	39	40	41	42	43	44	45	47	48	49
ARAGUAIA	17	17	18	18	19	19	21	20	20	20
BAHIA	106	103	104	105	105	105	118	125	125	126
CEARÁ	104	103	104	97	95	94	97	99	97	94
CUIABÁ	26	27	27	25	25	24	26	27	28	28
GUAMÁ-TOCANTINS	28	29	29	30	30	31	62	81	82	82
INTERIOR SUL	127	129	133	136	137	137	150	144	140	130
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	20	21	18	19	17	18	17	17	18	18
KAIAPÓ DO PARÁ	18	18	19	19	20	20	22	22	22	22
LESTE DE RORAIMA	170	174	180	186	190	196	210	200	205	195
LITORAL SUL	87	87	86	85	84	83	91	91	90	87
MANAUS	108	107	107	108	107	107	113	111	111	110
MARANHÃO	125	126	127	127	127	129	148	172	167	145
MATO GROSSO DO SUL	289	294	299	302	299	296	281	283	283	281
MÉDIO RIO PURUS	29	28	29	28	28	25	28	30	31	31
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	79	81	81	84	85	86	78	70	71	74
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	58	59	60	61	60	60	62	62	63	62
PARINTINS	51	52	54	56	58	59	59	56	58	59
PERNAMBUCO	142	142	144	143	146	144	142	149	152	149
PORTO VELHO	32	33	34	35	36	36	37	39	40	40
POTIGUARA	50	50	51	52	53	52	55	60	60	60
RIO TAPAJÓS	38	39	40	42	44	45	46	48	50	52
TOCANTINS	37	38	39	40	41	42	44	45	46	47
VALE DO JAVARI	19	19	20	21	21	22	22	22	22	22
VILHENA	23	23	24	24	25	25	20	22	22	23
XAVANTE	62	64	66	69	71	74	77	79	82	85
XINGU	23	24	25	26	26	26	28	29	29	30
YANOMAMI	78	80	83	87	91	92	97	100	102	104
Total Geral	2.514	2.555	2.603	2.635	2.654	2.657	2.757	2.774	2.787	2.743

Fonte: SIASI/SESAI, elaboração executores IPEA

Depois da elaboração do quantitativo padrão, número que é apenas uma referência, por assim dizer, desejável, para definir a quantidade de agentes de saúde indígena e de saneamento, somou-se os números observados para ambos os tipos de profissionais<sup>27</sup> e dividiu-se ano a ano pelo “ideal”. O que

<sup>27</sup> Os Anexos 1 e 2 discriminam o número de agentes por tipo e por Dsei's.

se obteve foi a tabela bastante intuitiva que se segue, onde os números coloridos enfatizam que o observado ultrapassou o normativo.

Note-se além da consistência do predomínio da contratação de agentes comunitários a partir de 2019, a variação importante que implica em confirmar a instabilidade dos vínculos. Note-se também o retrocesso em termos de quantitativos das vinculações dos agentes de saúde em 2020, a retomada das contratações no ano seguinte e a permanência de poucos DSEI's com números muito baixos de agentes de saúde.

**TABELA 6- Diferença percentual entre o número de agentes de saúde calculado e o observado**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ALAGOAS E SERGIPE	-	-	31	64	85	133	135	148
ALTAMIRA	-	-	-	240	192	268	391	430
ALTO RIO JURUÁ	-	-	-	-	5	58	82	164
ALTO RIO NEGRO	-	-	1	13	131	181	189	218
ALTO RIO PURUS	-	15	15	12	83	189	140	67
ALTO RIO SOLIMÕES	15	47	83	126	139	161	150	147
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	-	10	2	11	88	124	113	76
ARAGUAIA	-	33	75	142	141	179	180	183
BAHIA	-	4	50	48	63	117	114	125
CEARÁ	-	-	-	13	108	134	103	115
CUIABÁ	15	218	260	291	277	529	353	354
GUAMÁ-TOCANTINS	92	170	200	223	112	108	95	94
INTERIOR SUL	-	-	-	5	65	143	139	142
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	39	171	206	197	270	258	228	267
KAIAPÓ DO PARÁ	16	62	35	30	74	86	147	169
LESTE DE RORAIMA	1	-	1	4	133	232	200	233
LITORAL SUL	-	-	5	7	26	110	113	135
MANAUS	46	152	149	205	214	226	207	232
MARANHÃO	-	-	-	-	3	102	103	118
MATO GROSSO DO SUL	-	-	-	1	59	119	108	111
MÉDIO RIO PURUS	-	-	-	-	18	298	274	305
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	32	55	87	87	236	262	182	187
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	8	160	150	180	195	167	158	175
PARINTINS	-	117	141	140	199	211	197	184
PERNAMBUCO	2	6	20	71	129	119	122	133
PORTO VELHO	3	119	158	255	251	248	245	248
POTIGUARA	-	-	2	89	87	80	76	92
RIO TAPAJÓS	7	116	68	112	155	145	136	143

TOCANTINS	-	-	-	45	50	121	118	137
VALE DO JAVARI	5	58	80	143	180	330	341	333
VILHENA	13	8	16	24	315	319	321	319
XAVANTE	-	-	11	5	33	106	127	180
XINGU	-	-	129	185	7	271	279	283
YANOMAMI	-	-	1	18	63	124	125	100
Total Geral	7	29	40	61	107	158	149	160

Fonte: SIASI/SESAI, elaboração executores IPEA

Observe-se que os distritos na sua totalidade passam a ter um número significativo de agentes para cobrir as populações indígenas, especialmente a partir 2018. Não se faz aqui considerações adicionais a respeito da precisão dos dados e sem considerar importantes questões ligadas à formação do agente, das condições de trabalho, das distâncias a serem percorridas para chegar às populações adscritas<sup>28</sup>, da suficiência de insumos e de problemas organizacionais de referência e contrarreferência. Os DSEI's tiveram ritmos diferenciais de contratação e ainda enfrentaram flutuações do nível quantitativo da sua mão de obra. Essas questões seguramente afetam tanto a qualidade da informação quanto a atenção propriamente.

Seja como for, mesmo sendo difícil estabelecer relações de causalidade forte entre recursos financeiros e a melhoria gradual dos indicadores de saúde, inclusive porque eles ainda mostram desigualdades desfavoráveis aos PI, é possível afirmar que os recursos financeiros tiveram efeitos diretos nas estratégias de ampliação de recursos humanos, o que certamente afetará a coleta e a alimentação dos dados do SIASI, com a captação de dados epidemiológicos de forma mais precisa, podendo inclusive, em decorrência dessa maior completude da informação, captar maior número e intensidade de doenças e agravos, assim como ampliará a cobertura da atenção propriamente.

### 5.5 A relação entre a distribuição dos recursos financeiros e o perfil epidemiológico e socioeconômico de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) está de acordo com as diretrizes do SASISUS e vem contribuindo para o atingimento de seus objetivos?

Políticas públicas são constituídas por um conjunto heterogêneo de elementos. Princípios e diretrizes, escolhas normativas, positivadas juridicamente ou não, métodos e operações técnicas. Os princípios do SUS são universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social. O SASISUS acrescenta a atenção diferenciada e o reconhecimento das concepções e saúde indígena.

Os DSEI's oferecem recursos metodológicos e delimitam territórios de atenção, definindo a população indígena como seu público. Além disso, a SESA, junto com a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) atua na proteção de Povos Indígenas Isolados.

A AP organizada nos DSEI's deve ser referenciada a níveis de maior complexidade, isto é, atenção secundária e terciária e ainda deve ser planejada e implementada com participação indígena. Os distritos têm dificuldades com esse processo em função das distâncias, da interlocução com municípios e com prestadores de saúde. A atenção diferenciada nem sempre se desdobra para além do território dos Distritos.

A definição dos DSEI's como único foco da saúde diferenciada indígena é ambígua em dois sentidos. Em primeiro lugar desconhece a presença massiva de indígenas em cidades e, em segundo lugar, gera

<sup>28</sup> VICENTE, Renata de Matos & outros, Condições de trabalho dos profissionais de saúde indígena no maior Polo Base do Brasil, CSP, cadernos de Saúde pública, 2022, 38(12).

dificuldades no referenciamento em função das relações entre DSEI's, múltiplos municípios e hospitais. Todavia atende aos princípios da organização de ações e serviços de saúde direcionada aos PI nos DSEI's, seguindo por nível de complexidade e segundo necessidades diferenciadas, atendendo assim ao princípio da equidade.

O Subsistema teve efeitos significativos na redução da mortalidade infantil, na redução - ou acompanhamento - de doenças e agravos de saúde, bem como na provisão de ações e serviços de saúde e saneamento voltados aos Povos indígenas.

Os impactos da AP e, portanto, dos recursos alocados nos DSEI's, nos indicadores de saúde é controverso. Há inúmeras questões de contexto que são impossíveis de serem controladas experimentalmente. Além disso, a diversidade das características dos DSEI's coloca obstáculos adicionais a qualquer tentativa de medida ou aglomeração de grupos de DSEI's por características comuns e homogêneas. Assim, não foi possível determinar empiricamente nenhum padrão alocativo baseado em critérios epidemiológicos ou de necessidades de saúde em relação aos recursos financeiros.

Todavia, o aumento de recursos financeiros permitiu a ampliação da cobertura e respondeu de forma adequada ao princípio da equidade já que atendeu territórios com menor recursos e piores indicadores socioeconômicos.

Deve-se enfatizar, entretanto, a potência dos recursos financeiros na contratação da força de trabalho especialmente a partir de 2018, conforme se observou pelos dados recebidos da SESAI, o que permitiu a ampliação da cobertura de ações e serviços de saúde. Pelos padrões mais gerais, entretanto, ainda se observa um número reduzido de médicos fixados no trabalho dos DSEI's.

A contratação de agentes sanitários indígenas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos e outros profissionais, atende os princípios de participação dos indígenas na implementação. Então, pôde-se verificar a ampliação da cobertura da população dos DSEI's pela presença incremental dos profissionais da atenção básica, o que pressupõe a possibilidade de obtenção de resultados mais expressivos em relação a doenças preveníveis e em relação ao acompanhamento de outras.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta avaliação demonstram a inequívoca importância do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para proporcionar aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando sua diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população vulnerável.

As peculiaridades de cada DSEI em sua composição, que variam desde o número de aldeias e dispersão no território, tipos de acessos particulares a cada área (fluviais, terrestres, aéreos), assim como estruturas de ofertas de serviços característicos até as relações sociais, políticas e econômicas internas, norteiam o planejamento e a implementação de ações no âmbito do SasiSUS.

Pode-se destacar, ainda, três movimentos concomitantes nos perfis epidemiológicos das populações indígenas. O primeiro se refere à permanência de perfil epidemiológico com a prevalência de doenças relacionadas à dificuldade de acesso a saneamento, água potável e coleta de resíduos sólidos. O segundo se refere à mortalidade por causas externas que acometem, em linhas gerais, as populações jovens e de adultos jovens. O terceiro se refere ao envelhecimento relativo das populações indígenas e à presença de doenças relacionadas à segurança alimentar. A proporção de pessoas de 60 e mais anos de idade apresenta tendência ascendente, o que expressa redução dos níveis de fecundidade e aumento de esperança de vida ao nascer. O fenômeno é ainda inicial, mas traz indicativos de demandas que se apresentam para o SasiSUS em função da necessidade de atender à crescente população idosa e seus problemas de saúde específicos.

Adicionais à essa transição demográfica incipiente, as mudanças de padrão de acesso a alimentos e a substituição por industrializados geram doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e hipertensão.

Para superar esses desafios, ressalta-se a necessidade de maior articulação institucional entre a SESAI e os outros Órgãos Federais e Entes Subnacionais com atribuições relacionadas à promoção da saúde indígena, a fim de se evitar lacunas e sobreposições na atuação estatal.

A discussão a respeito da população alvo do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena tem se tornado cada vez mais relevante, na medida em que o adequado planejamento das ações pressupõe o conhecimento da demanda a ser atendida em cada localidade.

Por fim, as avaliações de desenho, de governança, de execução orçamentária e financeira e de resultados proporcionaram uma visão geral do Subsistema e foram capazes de indicar oportunidades de melhoria, traduzidas em recomendações ao Ministério da Saúde, com vistas a ampliar o alcance dos objetivos da Política Nacional de Saúde Indígena.

## BIBLIOGRAFIA

Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Pnud Brasil, Ipea e FJP, 2022. Fontes: dados do IBGE e de registros administrativos. <http://www.atlasbrasil.org.br/ranking>, Acesso em março 2023.

BARBOSA DA SILVA, Frederico Augusto; LUNELLI, Isabella Cristina. **Subsídio ao relatório Brasil sobre o cumprimento da Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação Racial (2003-2017): Povos Indígenas**. Rio de Janeiro: IPEA, 2019. Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9431/1/Relat\\_Disc\\_Racial\\_2019.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9431/1/Relat_Disc_Racial_2019.pdf)

BASTA, Paulo Cesar; ORELLANA, Jensem Douglas Ramal; ARANTES, Rui; Perfil Epidemiológico dos Povos Indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados, Capítulo 2, In GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lucia (org.); Saúde Indígena: uma introdução ao tema, Brasília, MEC/SECADI, 2012.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. Avaliação de Políticas Públicas: guia prático de análise ex post, volume 2. Brasília, 2018b.

\_\_\_\_\_. Casa Civil da Presidência da República. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Avaliação de Políticas Públicas: guia prático de análise ex ante, volume 1. Brasília, 2018a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília, 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. Referencial para avaliação de governança em políticas públicas, 2014.

CAMPOS, Ana Cristina Vieira; BORGES, Carolina Marques; LELES, Cláudia Rodrigues; VARGAS, Andrea Maria; FERREIRA E FERREIRA, Efigênia; Indicadores socioeconômicos e de saúde da Atenção Básica nos municípios da região metropolitana de Belo Horizonte, Arq. Odontol., Belo Horizonte, 48(1), 2012.

CONCEIÇÃO DE SOUZA, Maria da; SCATENA, João Henrique; SANTOS, Ricardo Ventura; O sistema de informações da Atenção à saúde indígena (SISI): criação, estrutura e funcionamento, Cadernos de Saúde Pública, RJ, 23(4), 2007.

GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lucia (org.); Saúde Indígena: uma introdução ao tema, Brasília, MEC/SECADI, 2012.

GIOVANELLA, Ligia e outros, De Alma-Ata a Astana. Atenção Primária à saúde indígena e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental, Cadernos

GOES, Fernanda Lira; VIEIRA, Maria Gabriella Figueiredo; REIS, Talita Rocha; OLIVEIRA, Flávia Adriane Pestana de; LUNELLI, Isabella Cristina. **Atlas das periferias no Brasil: Aspectos Raciais de Infraestrutura nos Aglomerados Subnormais**. Rio de Janeiro: IPEA, 2021. Disponível em: [https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/220202\\_livro\\_atlas\\_das\\_periferias.pdf](https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/220202_livro_atlas_das_periferias.pdf) de Saúde Pública, 2019, 35 (03).

IBGE- Conta-satélite de saúde: Brasil: 2010-2019/IBGE, Coordenação de Contas Nacionais, Rio de Janeiro Editor: IBGE, ano 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Os indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: [https://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena\\_censo2010.pdf](https://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf)

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS)/ Agenda Mais SUS: Evidências e Caminhos para Fortalecer a Saúde Pública no Brasil; *Mais SUS em evidência - Gestão e financiamento do sistema de saúde brasileiro*, SP, acesso em 14/03/2-23, <https://agendamaisus.org.br/downloads/>.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL - ISA, Povos Indígenas no Brasil – 1996/2000, RICARDO, Carlos Alberto (org.), SP, ISA.

IPEA, Relatório CMAP SASISUS, Perfil Epidemiológico dos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena, IPEA, 2023.

LANGDON, Esther Jean; CARDOSO, Marina (Org.); Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina, Editora UFSC, 2015.

LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza (Org.) Saúde dos Povos Indígenas – reflexões sobre antropologia participante, ABA/Editora CONTRACAPA, RJ, 2004.

MALTA, D. C. et al Lista de causas de mortes evitáveis por intervenção do Sistema único de Saúde do Brasil. *Epidemiologia e serviço de saúde*, 16:233-44, 2007.

MELATTI, Júlio Cesar. **População Indígena**. Série Antropológica, n.º 345, Brasília, 2004.

MOTA, Sara Emanuela de carvalho; A atenção diferenciada no âmbito do subsistema de atenção à saúde indígena: um estudo de caso no Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia, Salvador, BA, 2017. Saúde

VICENTE, Renata de Mattos; MOREIRA, Naiara Ferraz; MOREIRA, Caroline Camila; SIMONELLI, Caio Gustavo; LUZ, Verônica Granau; Condições de trabalho dos profissionais de saúde indígena no maior Polo Base do Brasil, *Cadernos de saúde pública*, 2022, 38(12).

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ALMEIDA, Aléssio Tony Cavalcanti; SERVO, Luciana Mendes; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá; Gasto total dos municípios em atenção primária à saúde no Brasil: um método para ajuste da despesa declarada de 2015 a 2020. *Cadernos de saúde Pública*, 2022, 38(05).

VILLAÇA MENDES, Eugênio (org.) A organização da saúde no nível local, Editora HUCITEC, SP, 1998.

VILLAÇA MENDES, Eugênio (org.) Distrito sanitário - O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema de Único de Saúde, HUCITEC/ABRASCO, SP/RJ, 1995.

## APÊNDICE A

**Tabela A. 1 - Gasto per capita recursos humanos estimados dseis e total, 2013 a 2021**

DSEIs/Per Capita	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ALAGOAS E SERGIPE	9,5	58,3	48,6	244,1	459,9	513,0	534,0	660,4	662,7
ALTAMIRA	154,9	409,0	115,3	147,2	1.118,4	1.210,7	1.183,8	1.582,5	1.725,7
ALTO RIO JURUÁ	-	-	-	18,5	205,2	367,7	491,0	528,7	541,6
ALTO RIO NEGRO	-	57,4	168,5	327,7	406,7	1.363,9	2.983,4	3.747,5	4.076,9
ALTO RIO PURUS	41,9	39,7	32,7	33,4	67,2	460,6	604,6	722,2	684,1
ALTO RIO SOLIMÕES	79,5	131,0	147,5	215,9	295,2	298,6	386,6	402,4	413,9
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	42,5	-	268,7	271,7	293,6	399,3	531,3	716,8	633,0
ARAGUAIA	-	-	140,5	222,3	544,1	424,5	741,5	699,5	746,4
BAHIA	1,1	10,1	28,1	259,6	271,6	300,2	440,1	399,8	429,7
CEARÁ	-	13,1	-	-	125,1	395,3	432,7	453,9	504,5
CUIABÁ	66,2	880,4	1.072,9	1.587,9	1.428,1	1.596,5	2.347,5	1.836,3	2.282,1
GUAMÁ-TOCANTINS	548,6	765,9	908,5	973,2	1.135,7	541,6	456,0	590,6	591,5
INTERIOR SUL	-	4,6	-	-	54,2	414,1	668,3	641,3	704,5
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	296,9	825,8	715,9	813,8	978,0	1.079,4	1.178,8	1.161,7	1.022,5
KAIAPÓ DO PARÁ	340,0	812,7	547,0	562,3	811,1	929,4	977,0	1.109,5	1.462,6
LESTE DE RORAIMA	1,8	2,9	-	0,3	54,3	632,4	1.079,2	934,2	1.133,6
LITORAL SUL	1,8	13,5	27,0	47,5	133,6	282,9	604,4	653,3	660,7
MANAUS	159,7	244,3	304,1	345,9	507,8	591,7	715,6	593,8	630,0
MARANHÃO	-	-	-	-	-	73,0	353,0	361,3	390,0
MATO GROSSO DO SUL	-	-	19,1	59,0	152,7	272,7	318,5	301,5	274,0
MÉDIO RIO PURUS	158,4	536,0	905,9	1.313,0	1.324,5	1.192,8	1.660,8	1.716,2	1.676,0
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	90,2	486,9	563,4	748,9	825,9	1.166,1	1.452,8	1.128,5	1.328,7
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	463,1	784,5	818,5	830,5	968,6	990,9	1.215,4	1.206,5	1.293,7
PARINTINS	19,0	63,7	173,8	506,4	566,7	717,0	1.158,3	1.071,0	1.052,0
PERNAMBUCO	5,2	17,8	25,4	66,3	214,3	373,4	335,2	362,2	376,3
PORTO VELHO	17,4	96,8	269,2	487,1	955,8	783,8	717,8	1.143,5	945,2
POTIGUARA	12,2	-	-	1,0	589,8	568,8	494,0	633,9	657,0
RIO TAPAJÓS	135,1	822,4	844,8	577,6	1.223,3	1.088,8	1.161,7	1.136,3	1.049,9
TOCANTINS	-	1,3	2,7	49,7	411,2	435,1	709,5	657,1	770,1

VALE DO JAVARI	45,2	1.215,4	1.359,5	1.463,6	1.187,8	1.529,8	1.578,0	1.918,7	1.833,3
VILHENA	155,8	492,6	492,4	543,3	715,9	1.449,3	1.337,0	1.332,4	1.260,2
XAVANTE	0,8	6,3	4,5	1.057,7	404,0	502,7	481,3	494,7	537,3
XINGU	-	-	-	216,4	348,6	149,2	519,3	869,6	1.083,4
YANOMAMI	-	67,9	-	4,0	1.238,1	1.910,2	1.946,9	1.743,2	1.814,5
Total Geral	48,6	132,5	161,4	254,4	392,2	591,9	787,1	809,4	861,1

Fonte, SESA/MS, elaboração IPEA

## APÊNDICE B

### 1. INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS, DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS DOS DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS

#### LISTA DE TABELAS

Tabela B. 1 - Descrição de DSEI, por macrorregiões, considerando estado e município sede, população, extensão territorial e densidade (BRASIL, 2022).....	113
Tabela B. 2 - Razão de sexo da população indígena (em 100), por DSEI (Brasil, 2012 a 2021).....	115
Tabela B. 3 - Taxa de crescimentos da população indígena, por DSEI (Brasil, 2012 a 2021) .....	117
Tabela B. 4 - Distribuição da população indígena por Estado, região e domicílio (IBGE, 2010) .....	119
Tabela B. 5 - Proporção de indígena menores de 5 anos, por DSEI (BRASIL, 2012 a 2021) .....	120
Tabela B. 6 - Proporção de idosos, por DSEI (BRASIL, 2012 a 2021) .....	122
Tabela B. 7 - Razão de dependência, por DSEI (Brasil, 2012 a 2021) .....	123
Tabela B. 8 - Índice de envelhecimento, por DSEI (BRASIL, 2012 a 2021) .....	125
Tabela B. 9 - Taxas de Fecundidade, por DSEI (BRASIL, 2017 a 2021).....	126
Tabela B. 10 - Taxa bruta de natalidade, por DSEI (BRASIL, 2017 a 2021) .....	128
Tabela B. 11 - Mortalidade proporcional por Idade (BRASIL, 2012 a 2021).....	129
Tabela B. 12 - Proporção de mortalidade por Idade e DSEI (BRASIL, 2012 e 2021).....	130
Tabela B. 13 - Taxa de analfabetismo por cor ou etnia (Brasil, 2010).....	132
Tabela B. 14 - Percentual da população indígena por faixas de anos de estudo e região (Brasil, 2010) .....	133
Tabela B. 15 - Anos médios de estudo por cor ou etnia (Brasil, 2010) .....	133
Tabela B. 16 - Proporção de pobres entre indígenas e não indígenas, indígenas em áreas urbanas e rural (Brasil, 2010).....	134
Tabela B. 17 - Percentual de famílias indígenas inscritas no Cadastro Único segundo forma de abastecimento de água do domicílio (Brasil, 2019) .....	134
Tabela B. 18 - Percentual de domicílios de famílias indígenas inscritas no Cadastro Único segundo forma de coleta de lixo no domicílio (Brasil, 2019) .....	135
Tabela B. 19 - Percentual de domicílios de famílias indígenas inscritas no Cadastro Único segundo forma de escoamento sanitário do domicílio (Brasil, 2019) .....	136
Tabela B. 20 - Percentual de domicílios de famílias indígenas inscritas no Cadastro Único, segundo tipo de iluminação do domicílio (Brasil, 2019) .....	136
Tabela B. 21 - Taxa de Mortalidade Infantil, por DSEI (BRASIL, 2017 a 2021) .....	137
Tabela B. 22 - Proporções (%) de mortalidade entre indígenas por causa (capítulos CID 10) e por DSEI (BRASIL, 2012 a 2021).....	139
Tabela B. 23 - Mortalidade entre indígenas por causa (capítulos CID 10) e por DSEI, em números absolutos (BRASIL, 2012 a 2021).....	142
Tabela B. 24 - Mortalidade proporcional (%) entre indígenas, por causa (capítulos CID 10) e por DSEI (BRASIL, 2012 a 2021).....	143
Tabela B. 25 - Taxa de mortalidade por suicídio, por DSEI (BRASIL, 2012 a 2021) .....	144
Tabela B. 26 - Número notificado de casos novos confirmados de helmintíases (B65-B83), por DSEI (BRASIL, 2012 a 2021).....	146
Tabela B. 27 - Incidência de doenças infecciosas intestinais, por DSEI (BRASIL, 2012 a 2021) .....	147
Tabela B. 28 - Incidência de casos novos de Tuberculose, por DSEI (BRASIL, 2012 a 2021) .....	148
Tabela B. 29 - Coeficiente de incidência de Tuberculose, por DSEI (BRASIL, 2012 a 2021) .....	149
Tabela B. 30 - Taxa de prevalência de Diabetes, por DSEI (BRASIL, 2012 a 2021) .....	150
Tabela B. 31 - Taxa de Prevalência de Hipertensão Arterial, por DSEI (BRASIL, 2012 a 2021) .....	152
Tabela B. 32 - Incidência de desnutrição (E40-E46), por DSEI (BRASIL, 2012-2021).....	153
Tabela B. 33 - Redutíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido, por DSEI (BRASIL, 2012-2021).....	155

Tabela B. 34 - Redutíveis por ações intersetoriais adequadas de promoção e prevenção e atenção a causas externas, por DSEI (BRASIL, 2012-2021).....	156
Tabela B. 35 - Redutíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento, por DSEI (BRASIL, 2012-2021).....	157
Tabela B. 36 - Reduzíveis por ações adequadas de promoção da saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção, por DSEI (BRASIL, 2012-2021).....	159
Tabela B. 37 - Reduzíveis por ações de imuno-prevenção, por DSEI (BRASIL, 2012-2021) .....	160
Tabela B. 38 - Número de casos notificados de pediculose, escabiose e outras infestações (B85-89), por DSEI (BRASIL, 2012-2021).....	162

#### LISTA DE QUADROS

Quadro B. 1 - Capítulos da CID 10 .....	139
---	-----

Para responder à questão avaliativa central dessa avaliação, a saber **“a relação entre a distribuição dos recursos financeiros e o perfil epidemiológico e socioeconômico de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) está de acordo com as diretrizes do SASISUS e vem contribuindo para o atingimento de seus objetivos?”**- foram necessários alguns passos preliminares, tais como o levantamento de caráter exploratório acerca das informações disponíveis sobre o subsistema de atenção à saúde indígena (SASISUS) e publicações enviadas por servidores da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), bem como a definição dos indicadores-chave da Saúde Indígena.

A partir dos dados fornecidos pela Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), e complementarmente com outras informações disponibilizadas por instituições públicas, foi possível traçar alguns indicadores. A análise desses indicadores não apenas possibilita avaliar a demanda por serviços de saúde e sua relação com fatores socioeconômicos que caracterizam o comportamento da população indígena, como permite a construção de um perfil epidemiológico de cada um dos DSEI.

É de intensa relevância para a discussão esclarecer que os indicadores são expressões numéricas, medidas do que é quantificável no fenômeno sob avaliação. Os indicadores foram construídos, como mencionado, especialmente a partir de dados da SESAI-SUS e podem apresentar limitações associadas à coleta de informações, ao fluxo e temporalidade do registro, procedimentos de checagem e especialmente à escala reduzida da população indígena. Ou seja, pequenas variações nas observações, implicam em variações e flutuações significativas nas taxas e percentuais.

Os indicadores dependem das informações e das condições técnico-operacionais e da vigilância epidemiológica do subsistema de saúde indígena para detectar, notificar, investigar e realizar testes laboratoriais específicos para a confirmação diagnóstica de casos, com redução de subnotificações.

A seguir, expõe-se os indicadores demográficos, socioeconômicos e epidemiológicos de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI):

#### INDICADORES DEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO INDÍGENA POR DSEI

##### **População Total**

**Conceituação:** Número total de pessoas residentes e sua estrutura relativa, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

O indicador expressa a magnitude das populações e sua distribuição, por idade, sexo e território, permitindo a construção de taxas com base na população, o dimensionamento de público-alvo de ações e serviços e, portanto, subsidiando o planejamento de ações e serviços e orientação da alocação de recursos.

As estimativas históricas populacionais para os Povos indígenas variam. MELATTI (2004) faz uma síntese de estimativas, sendo as fontes diversas e metodologia o uso de documentos governamentais e não de processos de recenseamento, e aponta a população indígena de 99.700 em 1960, 245.185 em 1978 e 254.453 para 1994<sup>29</sup>. O ISA aponta população de 326.919 em 2000, que evidentemente desconsidera povos isolados e não contém estimativas de populações indígenas urbanas.<sup>30</sup>

O Censo Demográfico coleta dados sobre a população indígena brasileira com progressiva melhora de informações desde 1991.<sup>31</sup>

---

<sup>29</sup> MELATTI, Júlio Cesar, População Indígena, Série Antropológica, no 345, Brasília, 2004.

<sup>30</sup> ISA, 2000.

<sup>31</sup> Cita-se: “No recenseamento de 1872, primeiro levantamento estatístico demográfico registrado, a aplicação da categoria caboclo recaía aos indígenas e a seus descendentes como critério de descendência racial e a de pardo os descendentes da miscigenação de brancos e pretos. No Censo Demográfico de 1940, elimina-se a categoria caboclo e passa a classificar os indígenas na categoria de pardo. O Censo Demográfico de 1960, além de reproduzir a categoria pardo como sinônimo de mestiçagem, incluiu a primeira utilização da categoria índio. Contudo, essa

Entre 1991 a 2000,<sup>32</sup> a população indígena passou de 294.131 para 734 mil pessoas, indicando um crescimento de 10,08% ao ano da população autodeclarada indígena, fenômeno esse observado sobretudo nas áreas urbanas. O Censo de 2010 aponta uma população de 822 mil indígenas, disponibilizando pela primeira vez, dados sobre o pertencimento étnico dos indígenas. Representando 0,4% da população nacional, o registro da presença de 305 povos indígenas permitiu um avanço no conhecimento de uma profunda diversidade cultural.

O que o conjunto das estimativas demográficas apresenta é o retrato da recomposição demográfica e de processos de ressurgimento étnico, especialmente em regiões urbanas.

O desenho dos Distrito Sanitários Especiais Indígenas tende a dialogar com essas estimativas e informações, decorrendo dela estratégias de organização do Subsistema de saúde indígena. Os DSEI's são em número de 34 e abrangem em terras indígenas, mas também em municípios próximos ou componentes, como se pode verificar na tabela abaixo.

**Tabela B. 1 - Descrição de DSEI, por macrorregiões, considerando estado e município sede, população, extensão territorial e densidade (BRASIL, 2022)**

DSEI	UF	Município Sede	População	Extensão territorial (km <sup>2</sup> )	Densidade hab/km <sup>2</sup>
Região Norte					
ALTAMIRA	PA	Altamira	4.755	78.064	0,06
ALTO RIO JURUÁ	AC	Cruzeiro do Sul	18.902	69.026	0,27
		São Gabriel da			
ALTO RIO NEGRO	AM	Cachoeira	27.388	138.021	0,20
ALTO RIO PURUS	AC	Rio Branco	11.329	134.379	0,08
ALTO RIO SOLIMÕES	AM	Tabatinga	69.991	79.763	0,88
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	AP	Macapá	13.656	210.625	0,06
GUAMÁ-TOCANTINS	PA	Belém	22.937	325.754	0,07
KAIAPÓ DO PARÁ	PA	Redenção	6.279	78.808	0,08
LESTE DE RORAIMA	RR	Boa Vista	54.497	69.755	0,78
MANAUS	AM	Manaus	30.792	303.092	0,10
MÉDIO RIO PURUS	AM	Lábrea	8.635	105.807	0,08

categoria era aplicável apenas para indígenas localizados em áreas de aldeamento ou postos indígenas, permitindo a delimitação de sua distribuição geográfica e a localização de aldeamentos indígenas. Constatada a inexistência de dados específicos sobre os indígenas dentro do território nacional para direcionamento de políticas públicas e atendendo a demanda de especialistas, de organismos internacionais e movimentos sociais, em 1991, o IBGE altera o critério de atribuição étnica e passa a atuar com a autodeclaração dos entrevistados, sempre que possível, incluindo a categoria de “indígena” como uma das opções elencadas no quesito cor/raça” (BARBOSA DA SILVA et al., 2019, p.10).

<sup>32</sup> Conforme o IBGE, os dados nos Censos Demográficos de 1991 e 2000 eram provenientes do quesito cor ou raça pertencente ao Questionário da Amostra, que consistia na seleção de domicílios “a partir de duas frações amostrais: nos municípios com população abaixo de 15 mil habitantes, pesquisaram-se 20% dos domicílios e, naqueles com 15 mil habitantes ou mais, 10%” (IBGE, 2012, p.4)

MÉDIO RIO SOLIMÕES E					
AFLUENTES	AM	Tefé	20.679	297.616	0,07
PARINTINS	AM	Parintins	16.598	50.645	0,33
PORTO VELHO	RO	Porto Velho	11.188	245.335	0,05
RIO TAPAJÓS	PA	Itaituba	14.447	231.907	0,06
TOCANTINS	TO	Palmas	13.114	147.670	0,09
VALE DO JAVARI	AM	Atalaia do Norte	6.146	91.384	0,07
VILHENA	RO	Cacoal	6.398	156.227	0,04
YANOMAMI	RR	Boa Vista	29.041	106.328	0,27
Região Centro-Oeste					
ARAGUAIA	MT	São Félix do Araguaia	5.668	74.196	0,08
CUIABÁ	MT	Cuiabá	7.916	176.171	0,04
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	MT	Colíder	5.030	120.597	0,04
MATO GROSSO DO SUL	MS	Campo Grande	78.750	232.236	0,34
XAVANTE	MT	Barra do Garças	23.784	68.440	0,35
XINGU	MT	Canarana	8.410	70.959	0,12
Região Nordeste					
ALAGOAS E SERGIPE	AL	Maceió	12.826	22.505	0,57
BAHIA	BA	Salvador	35.247	165.197	0,21
CEARÁ	CE	Fortaleza	26.346	30.461	0,86
MARANHÃO	MA	São Luís	40.539	76.013	0,53
PERNAMBUCO	PE	Recife	41.833	22.423	1,87
POTIGUARA	PB	João Pessoa	16.749	9.019	1,86
Região Sul					
INTERIOR SUL	SC	Florianópolis	36.401	153.578	0,24
LITORAL SUL	PR	Curitiba	24.301	174.521	0,14
Região Sudeste					
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	MG	Governador Valadares	17.462	136.600	0,13

Fonte: SIASI/SESAI, elaboração executores IPEA

O SasiSUS atende uma população de 771.649 indígenas residentes em Terras e Territórios Indígenas. A maior proporção desta população se concentra na região norte do país (375.743), totalizando 3.811 aldeias, em referência às 6.522 cadastradas no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena<sup>33</sup>.

### Razão de Sexo (Coeficiente Masculino)

**Conceituação:** Número de homens para cada grupo de 100 mulheres, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. O indicador auxilia a compreensão de diferentes fenômenos relacionados à organização familiar, nupcialidade, fecundidade e questões relacionadas a condicionantes de gênero.

**Tabela B. 2 - Razão de sexo da população indígena (em 100), por DSEI (Brasil, 2012 a 2021)**

DSEI/Anos	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ALAGOAS E SERGIPE	96,9	96,3	96,7	96,8	96,7	95,2	94,9	96,4	96,7	96,9
ALTAMIRA	101,7	102,6	102,7	102,1	101,9	102,2	101,9	102,5	102,9	104,0
ALTO RIO JURUÁ	106,5	106,5	106,3	106,1	106,5	106,1	105,8	105,5	105,5	105,5
ALTO RIO NEGRO	105,3	105,0	104,5	103,8	104,2	104,7	106,7	107,3	106,8	105,2
ALTO RIO PURUS	102,2	101,8	101,6	101,7	101,2	101,1	102,0	101,5	101,8	102,2
ALTO RIO SOLIMÕES	104,0	103,7	103,9	103,9	104,1	104,4	104,2	105,4	105,0	104,7
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	104,2	104,2	103,8	103,5	104,2	103,6	103,7	103,3	103,8	103,9
ARAGUAIA	102,3	103,3	103,2	103,2	103,2	103,3	103,0	102,3	102,9	103,5
BAHIA	100,7	100,4	100,4	100,4	100,2	99,8	99,6	99,0	99,0	99,0
CEARÁ	97,4	97,2	97,1	97,4	97,7	97,5	96,4	96,1	95,6	95,3
CUIABÁ	102,6	102,6	103,1	102,3	102,3	102,3	103,2	103,6	103,9	104,4
GUAMÁ-TOCANTINS	106,6	106,6	106,1	105,1	105,3	104,6	104,5	102,5	102,4	102,1
INTERIOR SUL	98,9	99,8	99,7	99,9	99,9	99,9	100,9	101,4	101,7	102,0
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	104,6	105,6	104,2	103,9	102,9	103,1	101,7	106,1	106,4	105,4
KAIAPÓ DO PARÁ	101,6	100,9	100,8	100,5	100,4	100,3	99,9	99,6	98,4	98,5
LESTE DE RORAIMA	107,5	107,1	107,0	106,9	106,8	107,5	108,6	107,3	107,4	106,7
LITORAL SUL	99,3	98,1	97,8	98,0	98,0	97,9	98,0	99,0	99,4	98,5
MANAUS	106,0	106,5	106,3	106,1	106,1	105,0	104,8	105,7	105,8	105,4
MARANHÃO	100,2	99,9	99,8	99,7	99,6	99,5	96,6	98,1	97,8	97,0
MATO GROSSO DO SUL	100,4	100,2	100,2	99,8	100,6	101,3	101,2	101,9	102,0	101,8
MÉDIO RIO PURUS	107,5	106,8	106,6	107,2	107,5	108,4	106,1	106,9	107,0	107,7

<sup>33</sup> Dados extraídos em 27 de junho de 2022, disponíveis em: [https://s3.sa-east-1.amazonaws.com/ckan.saude.gov.br/SESAI/INDICADORES\\_COVID19/Anexo+A+%E2%80%93+Relat%C3%B3rio+Informativo+%E2%80%93+Abr+Jun+2022.pdf](https://s3.sa-east-1.amazonaws.com/ckan.saude.gov.br/SESAI/INDICADORES_COVID19/Anexo+A+%E2%80%93+Relat%C3%B3rio+Informativo+%E2%80%93+Abr+Jun+2022.pdf)

MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	103,3	103,5	103,6	103,5	103,0	103,2	104,1	104,3	104,3	104,4
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	103,7	103,7	103,7	103,4	103,0	100,9	98,9	97,6	97,4	96,4
PARINTINS	102,2	101,9	101,6	101,8	101,4	101,8	103,6	103,9	104,5	104,5
PERNAMBUCO	100,3	100,0	100,2	99,9	100,0	99,7	100,8	101,1	101,3	100,8
PORTO VELHO	107,2	106,6	106,3	106,0	105,2	106,3	106,7	106,0	106,0	106,0
POTIGUARA	98,6	98,1	98,2	98,1	98,1	98,0	96,9	97,2	97,1	98,5
RIO TAPAJÓS	104,7	104,1	103,9	104,1	103,8	103,9	102,5	102,6	102,5	102,7
TOCANTINS	103,8	103,1	103,8	103,5	102,8	103,0	103,9	104,3	104,4	104,7
VALE DO JAVARI	97,9	97,1	96,8	97,4	98,4	98,5	99,5	101,3	100,8	100,1
VILHENA	103,3	103,4	102,7	101,7	102,4	102,2	101,3	100,9	100,7	100,6
XAVANTE	105,5	105,1	104,5	104,0	102,9	102,5	101,9	102,0	102,1	101,7
XINGU	100,7	101,3	101,2	101,3	101,3	100,6	100,5	100,9	100,4	100,4
YANOMAMI	106,8	107,2	106,6	106,7	106,1	115,4	102,2	104,9	108,4	108,6
Total	102,6	102,4	102,3	102,2	102,3	102,6	102,1	102,4	102,5	102,3

Fonte: SIASI/SESAI, elaboração executores IPEA

O indicador expressa a relação quantitativa entre os sexos. Se igual a 100, o número de homens e de mulheres se equivalem; acima de 100, há predominância de homens e, abaixo, predominância de mulheres. O indicador é influenciado por taxas de migração e de mortalidade diferenciadas por sexo e idade e tem o potencial de auxiliar na compreensão dos fenômenos sociais relacionados à distribuição territorial da população indígena.

Na série histórica analisada há pouca variação temporal na razão de sexo, sendo mantida a predominância de um coeficiente masculino positivo, o que demonstra que a maioria da população indígena é composta por pessoas do sexo masculino. Na década verificada (2012 a 2021), no geral, a razão varia entre 102,6 a 102,3. Os DSEIs com maior predominância de homens estão localizados na região Norte, entre eles cita-se: DSEI Yanomami (108,6), DSEI Médio Rio Purus (107,7), DSEI Leste Roraima (106,7), DSEI Porto Velho (106,0) e DSEI Alto Rio Juruá (105,5).

Embora a variação da razão de sexo por DSEI verificada seja relativamente pequena, variando entre 95,3 (DSEI Ceará) a 107,7 (DSEI Yanomami), não se pode deixar de constatar um número menor de DSEI's (apenas 8, ou seja, apenas 23% dos DSEI) com predominância de mulheres. Em 2021, há predominância de mulheres na razão apenas nos DSEI's Alagoas e Sergipe (96,9), Bahia (99,0), Ceará (95,3), Kaiapó do Pará (98,5), Litoral Sul (98,5), Maranhão (97,0), Minas Gerais e Espírito Santo (96,4) e distrito Potiguara (98,5), com prevalência na região Nordeste do país.

Comparadas as razões de 2012 e 2021, verifica-se um aumento de 6 para 8 DSEI's que assinalados com uma população majoritariamente feminina, registrando em todos uma estabilidade ou aumento crescente da população feminina no período. Observa-se também uma tendência à diminuição da população masculina em 18 DSEI's, e dos quais 11 possuíam em 2021 a maioria da população do sexo masculino.

## Taxa de Crescimento

**Conceituação:** Incremento médio da população em determinado espaço geográfico, no período considerado. O valor da taxa em % refere-se à média anual para um período de anos compreendido entre dois momentos. A taxa indica o ritmo de crescimento populacional, sendo influenciada pela dinâmica da natalidade, da mortalidade e das migrações.

**Tabela B. 3 - Taxa de crescimentos da população indígena, por DSEI (Brasil, 2012 a 2021)**

DSEI/Anos	2012/2016	2017/2021	2012/2021
ALAGOAS E SERGIPE	0,7%	1,3%	0,6%
ALTAMIRA	3,5%	3,9%	3,7%
ALTO RIO JURUÁ	1,7%	1,6%	1,8%
ALTO RIO NEGRO	0,2%	-8,5%	-4,4%
ALTO RIO PURUS	3,5%	-4,9%	-0,3%
ALTO RIO SOLIMÕES	2,5%	-0,3%	0,9%
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	2,9%	2,4%	2,6%
ARAGUAIA	2,6%	1,6%	2,1%
BAHIA	-0,2%	4,6%	1,9%
CEARÁ	-2,2%	-0,1%	-1,1%
CUIABÁ	-1,6%	3,8%	0,8%
GUAMÁ-TOCANTINS	1,9%	27,1%	12,5%
INTERIOR SUL	2,1%	-1,3%	0,3%
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	-3,7%	0,2%	-1,4%
KAIAPÓ DO PARÁ	3,0%	3,1%	2,7%
LESTE DE RORAIMA	2,8%	-0,1%	1,5%
LITORAL SUL	-0,8%	1,0%	0,0%
MANAUS	-0,1%	0,6%	0,3%
MARANHÃO	0,4%	2,9%	1,6%
MATO GROSSO DO SUL	0,9%	-1,3%	-0,3%
MÉDIO RIO PURUS	-0,4%	5,5%	0,8%
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	1,9%	-3,8%	-0,7%
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	0,7%	1,0%	0,8%
PARINTINS	3,2%	0,1%	1,7%
PERNAMBUCO	0,6%	0,9%	0,6%
PORTO VELHO	2,9%	2,3%	2,4%
POTIGUARA	1,5%	3,8%	2,0%
RIO TAPAJÓS	3,8%	3,2%	3,6%
TOCANTINS	2,9%	2,5%	2,7%
VALE DO JAVARI	2,8%	0,4%	1,6%
VILHENA	2,6%	-2,3%	0,2%

XAVANTE	3,6%	3,6%	3,7%
XINGU	2,4%	3,3%	2,9%
YANOMAMI	3,9%	3,0%	3,3%
Total	1,4%	0,8%	1,0%

Fonte: SIASI/SESAI, elaboração executores IPEA

Os distritos sanitários de saúde indígena têm diferentes dinamismos populacionais entre os períodos considerados. No geral, entre os anos de 2012 a 2021, a população indígena cresceu 1% no período analisado. No entanto, o período de 2012 a 2016 apresentou uma taxa de crescimento maior quando comparada ao período de 2017 a 2021, que resultou numa diminuição de crescimento da população de 1,4% para 0,8%.

Alguns distritos (6) tem taxas negativas de crescimento da população residente e 18 deles cresceram acima da média total. Essa dinâmica impacta nas estratégias de atenção e cuidados com a saúde da mulher e das crianças, demandando maiores capacidades estatais na ampliação de cobertura e efetividade de políticas de saúde específicas. Cabe destaque ao DSEI Guamá-Tocantins, com crescimento de 12,5%, DSEI's Altamira e Xavante, com 3,7%, DSEI Rio Tapajós, com 3,6%, e DSEI Yanomami, com 3,3%. Esses percentuais tem o potencial de subsidiar processos de planejamento da política de saúde nos territórios, mesmo diante das limitações relacionadas à possíveis imprecisões nas bases de dados.

Parte do baixo crescimento e do comportamento populacional se refere a fluxos de deslocamento internos aos DSEI's e dos DSEI's para cidades, gerando demandas diferenciadas ao SUS como um todo. Os DSEI's com maiores taxas de decréscimo são: Rio Negro (-4,4%), Kaiapó do Mato Grosso (-1,4%), Ceará (-1,1%), Médio Rio Solimões e Afluentes (-0,7%). Alto Rio Purus e Mato Grosso do Sul (-0,3%).

### Grau de Urbanização

**Conceituação:** Percentual da população indígena residente em áreas urbanas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

A distribuição da população indígena desafia a organização da saúde diferenciada. A atenção primária ofertada pelo DSEI's está articulada de forma a referenciar usuários indígenas para a atenção secundária e terciárias, de maior complexidade e de responsabilidade dos municípios e Estados. Os dados do Censo/IBGE de 2010 mostram a presença 39% das populações indígenas autodeclaradas em domicílios urbanos. Em diferentes Estados e Regiões há predomínio de populações indígenas urbanas.

**Tabela B. 4 - Distribuição da população indígena por Estado, região e domicílio (IBGE, 2010)**

Grandes regiões e Ufs	Urbana	%	Rural	%
<b>Brasil</b>	<b>321.748</b>	<b>39%</b>	<b>499.753</b>	<b>61%</b>
<b>Norte</b>	<b>61.082</b>	<b>20%</b>	<b>244.070</b>	<b>80%</b>
Rondônia	3.239	24%	10.381	76%
Acre	1.974	13%	13.730	87%
Amazonas	34.812	21%	132.310	79%
Roraima	9.025	18%	41.360	82%
Pará	8.747	23%	29.386	77%
Amapá	1.293	18%	6.051	82%
Tocantins	1.992	16%	10.851	84%
<b>Nordeste</b>	<b>108.552</b>	<b>52%</b>	<b>100.906</b>	<b>48%</b>
Maranhão	7.136	21%	27.203	79%
Piauí	2.593	77%	769	23%
Ceará	13.516	68%	6.471	32%
Rio Grande do Norte	2.168	78%	620	22%
Paraíba	9.560	49%	9.930	51%
Pernambuco	25.964	48%	27.690	52%
Alagoas	5.643	41%	8.130	59%
Sergipe	4.507	85%	815	15%
Bahia	37.464	66%	19.278	34%
<b>Sudeste</b>	<b>82.185</b>	<b>81%</b>	<b>19.110</b>	<b>19%</b>
Minas Gerais	20.477	65%	11.124	35%
Espírito Santo	6.498	67%	3.139	33%
Rio de Janeiro	14.660	96%	598	4%
São Paulo	40.550	91%	4.250	9%
<b>Sul</b>	<b>34.885</b>	<b>46%</b>	<b>40.297</b>	<b>54%</b>
Paraná	12.730	49%	13.058	51%
Santa Catarina	8.048	50%	8.193	50%
Rio Grande do Sul	14.107	43%	19.046	57%
<b>Centro-Oeste</b>	<b>35.044</b>	<b>27%</b>	<b>95.370</b>	<b>73%</b>
Mato Grosso do Sul	13.716	19%	58.387	81%
Mato Grosso	6.931	16%	36.295	84%
Goiás	7.526	94%	490	6%
Distrito Federal	6.871	<b>97%</b>	200	<b>3%</b>

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2010, elaboração executores IPEA

A composição entre população urbana e rural, ou a situação do domicílio, aponta a presença significativa de indígenas em domicílios urbanos. As variações por região e Estados estão apresentadas na tabela acima. Na região Norte 80% da população indígena era rural em 2010, percentual que cai para 48% no Nordeste, 19% no Sudeste, 54% no Sul e 73% no Centro-oeste.

A presença indígena nas cidades é conhecida da literatura antropológica, pela presença próxima de terras indígenas a cidades, por deslocamentos de curta distância e deslocamentos periódicos a longa distância, inclusive entre Estados. Nesse contexto encontram-se também casos de deslocamentos forçados diante da impossibilidade de sobrevivência em níveis aceitáveis de qualidade de vida nas terras e territórios indígenas localizados em áreas rurais permeadas por conflitos. Para fins de implementação da política de saúde, geralmente caracterizada pela cobertura ofertada à grandes áreas de acesso remoto e que implicam em um dispêndio maior de recursos, a proximidade com centros

urbanos cria novos dinamismos ao emprego de recursos (materiais, profissionais), assim como a viabilidade de articulação entre outras instâncias (municipais, estaduais) para sua execução.

Importante mencionar, também, que uma significativa parcela da população indígena localizada em áreas urbanas está a ocupar regiões definidas como aglomerados subnormais (periferias urbanas). De acordo com Censo de 2010, o percentual da população indígena residente em domicílios particulares permanentes ocupados em aglomerados subnormais, quando comparado às outras raças ou cores, é de 0,19% no Brasil. Cerca de 22.280 indígenas encontram-se nessa situação.

Quando analisado por macrorregiões, esse percentual tem relativo aumento na região Norte (0,33%), com destaque ao estado do Roraima (7,33%), assim como na região Sul (0,29%), Centro-Oeste (0,21%) e Nordeste (0,23%). Quanto à população residente nesses domicílios, o maior contingente encontra-se na região Nordeste (7.252 indígenas), seguida pela região Sudeste (6.809), Norte (6.062), Sul (1.714) e Centro-Oeste (443). Os estados com maior população indígena residente em aglomerados subnormais são Amazonas (3.455), São Paulo (3.244), Bahia (3.157), Pará (2.199) e Rio de Janeiro (2.022).

### Proporção de Menores de 5 anos de Idade

**Conceituação:** Percentual de pessoas com menos de cinco anos de idade, na população total de cada DSEI em anos considerados. O indicador se associa a níveis de fecundidade e natalidade e repercutem na estrutura etária da população. Os DSEI's com reduzidas taxas de fecundidade apresentam menor proporção de crianças abaixo de cinco anos de idade.

**Tabela B. 5 - Proporção de indígena menores de 5 anos, por DSEI (BRASIL, 2012 a 2021)**

Ano	2012			2016			2021		
	0-5	pop total	< de 5 anos %	0-5	pop total	< de 5 anos %	0-5	pop total	< de 5 anos %
DSEI/Intervalo de Idade									
ALAGOAS E SERGIPE	1.468	12.166	12%	1.319	12.502	11%	1.238	12.826	10%
ALTAMIRA	711	3.431	21%	802	3.931	20%	751	4.755	16%
ALTO RIO JURUÁ	2.935	16.164	18%	1.842	17.264	11%	2.376	18.902	13%
ALTO RIO NEGRO	4.829	41.045	12%	4.320	41.350	10%	4.226	27.388	15%
ALTO RIO PURUS	2.431	11.671	21%	2.695	13.368	20%	2.090	11.329	18%
ALTO RIO SOLIMÕES	11.399	64.628	18%	12.290	71.430	17%	11.067	69.991	16%
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	1.746	10.827	16%	1.741	12.126	14%	1.723	13.656	13%
ARAGUAIA	803	4.695	17%	780	5.206	15%	746	5.668	13%
BAHIA	3.376	29.811	11%	1.523	29.529	5%	2.400	35.247	7%
CEARÁ	2.739	29.058	9%	2.549	26.585	10%	2.403	26.346	9%
CUIABÁ	1.103	7.342	15%	983	6.881	14%	1.118	7.916	14%
GUAMÁ-TOCANTINS	1.338	7.934	17%	1.271	8.539	15%	2.473	22.937	11%
INTERIOR SUL	4.475	35.434	13%	-	-	-	4.605	36.401	13%
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	831	5.690	15%	916	4.897	19%	865	5.030	17%
KAIAPÓ DO PARÁ	988	4.958	20%	936	5.577	17%	1.048	6.279	17%
LESTE DE RORAIMA	8.619	47.564	18%	8.846	53.180	17%	9.849	54.497	18%

LITORAL SUL	3.600	24.235	15%	3.184	23.503	14%	2.657	24.301	11%
MANAUS	4.767	30.103	16%	4.853	29.929	16%	3.806	30.792	12%
MARANHÃO	5.117	35.050	15%	1.869	35.569	5%	7.123	40.539	18%
MATO GROSSO DO SUL	11.833	80.969	15%	10.057	83.765	12%	8.777	78.750	11%
MÉDIO RIO PURUS	1.262	8.016	16%	1.113	7.899	14%	1.267	8.635	15%
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	4.395	21.980	20%	4.980	23.718	21%	3.198	20.679	15%
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	2.208	16.310	14%	2.169	16.796	13%	2.234	17.462	13%
PARINTINS	2.637	14.214	19%	2.721	16.127	17%	2.754	16.598	17%
PERNAMBUCO	4.537	39.798	11%	3.679	40.778	9%	4.072	41.833	10%
PORTO VELHO	1.615	9.021	18%	1.592	10.131	16%	1.374	11.188	12%
POTIGUARA	1.620	13.987	12%	1.596	14.826	11%	1.854	16.749	11%
RIO TAPAJÓS	2.010	10.554	19%	2.258	12.273	18%	2.493	14.447	17%
TOCANTINS	1.918	10.282	19%	2.117	11.548	18%	1.982	13.114	15%
VALE DO JAVARI	883	5.338	17%	1.000	5.954	17%	928	6.146	15%
VILHENA	1.177	6.305	19%	1.121	6.984	16%	912	6.398	14%
XAVANTE	3.504	17.223	20%	3.803	19.858	19%	4.472	23.784	19%
XINGU	1.171	6.520	18%	937	7.179	13%	1.104	8.410	13%
YANOMAMI	4.539	21.722	21%	5.182	25.361	20%	5.307	29.041	18%
<b>Total</b>	<b>108.584</b>	<b>704.045</b>	<b>15%</b>	<b>97.044</b>	<b>704.563</b>	<b>14%</b>	<b>105.292</b>	<b>768.034</b>	<b>14%</b>

Fonte: SIASI/SESAI, elaboração executores IPEA

Como se vê, há progressivo declínio da proporção de menores de 5 anos na população dos DSEI's, com razão provável na redução dos níveis de fecundidade e níveis de mortalidade infantil ainda relativamente elevadas. Essa participação era de 15% na totalidade da população dos DSEI's e decresce para 14%, no contexto em que se registrou um aumento da populacional.

As variações na proporção de menores de 5 anos em cada DSEI nessa última década são diversas, não havendo um padrão por localização geográfica. Alguns DSEI's mantêm a proporção estável, como o DSEI Leste de Roraima (18%), Interior Sul (13%) e Ceará (9%); outros apresentam aumento de 2 a 3% nessa proporção, como o DSEI Rio Negro (que variou de 12 a 15%), DSEI Kaiapó do Mato Grosso (de 15 a 17%) e DSEI Maranhão (de 15 a 18%). No entanto, 82% dos DSEI's apresentaram uma diminuição na proporção de menores de 5 anos, sendo mais significativo no DSEI Porto Velho (-6%), DSEI Guamá-Tocantins (-6%), DSEI Altamira (-5%), DSEI Alto Juruá (-5%), DSEI Rio Solimões (-5%), DSEI Vilhena (-5%) e DSEI Xingu (-5%).

### Proporção de Idosos

**Conceituação:** Percentual de pessoas com 60 e mais anos de idade, na população de cada DSEI, no ano considerado. O indicador reflete o ritmo de envelhecimento da população. O crescimento da população de idosos está associado à redução das taxas de fecundidade e de natalidade e ao aumento da esperança de vida.

**Tabela B. 6 - Proporção de idosos, por DSEI (BRASIL, 2012 a 2021)**

Ano	2012			2016			2021			
	DSEI/Intervalo de Idade	> 60 anos	Total	%	> 60 anos	Total	%	> 60 anos	Total	%
ALAGOAS E SERGIPE		860	12.166	7,1%	996	12.502	8,0%	1.157	12.826	9,0%
ALTAMIRA		154	3.431	4,5%	163	3.931	4,1%	194	4.755	4,1%
ALTO RIO JURUÁ		713	16.164	4,4%	814	17.264	4,7%	916	18.902	4,8%
ALTO RIO NEGRO		3.561	41.045	8,7%	3.977	41.350	9,6%	2.408	27.388	8,8%
ALTO RIO PURUS		550	11.671	4,7%	617	13.368	4,6%	503	11.329	4,4%
ALTO RIO SOLIMÕES		3.182	64.628	4,9%	3.713	71.430	5,2%	3.698	69.991	5,3%
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ		467	10.827	4,3%	536	12.126	4,4%	708	13.656	5,2%
ARAGUAIA		278	4.695	5,9%	299	5.206	5,7%	315	5.668	5,6%
BAHIA		1.932	29.811	6,5%	2.324	29.529	7,9%	3.342	35.247	9,5%
CEARÁ		2.207	29.058	7,6%	2.310	26.585	8,7%	2.735	26.346	10,4%
CUIABÁ		424	7.342	5,8%	435	6.881	6,3%	476	7.916	6,0%
GUAMÁ-TOCANTINS		364	7.934	4,6%	400	8.539	4,7%	1.399	22.937	6,1%
INTERIOR SUL		1.591	35.434	4,5%	-	-	-	1.957	36.401	5,4%
KAIAPÓ DO MATO GROSSO		263	5.690	4,6%	198	4.897	4,0%	206	5.030	4,1%
KAIAPÓ DO PARÁ		230	4.958	4,6%	252	5.577	4,5%	244	6.279	3,9%
LESTE DE RORAIMA		2.402	47.564	5,1%	2.890	53.180	5,4%	2.904	54.497	5,3%
LITORAL SUL		1.212	24.235	5,0%	1.182	23.503	5,0%	1.378	24.301	5,7%
MANAUS		1.779	30.103	5,9%	1.808	29.929	6,0%	1.966	30.792	6,4%
MARANHÃO		2.256	35.050	6,4%	2.348	35.569	6,6%	1.829	40.539	4,5%
MATO GROSSO DO SUL		4.720	80.969	5,8%	5.219	83.765	6,2%	4.902	78.750	6,2%
MÉDIO RIO PURUS		455	8.016	5,7%	472	7.899	6,0%	488	8.635	5,7%
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES		876	21.980	4,0%	946	23.718	4,0%	970	20.679	4,7%
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO		908	16.310	5,6%	1.017	16.796	6,1%	1.207	17.462	6,9%
PARINTINS		743	14.214	5,2%	801	16.127	5,0%	753	16.598	4,5%
PERNAMBUCO		3.508	39.798	8,8%	3.884	40.778	9,5%	4.420	41.833	10,6%
PORTO VELHO		468	9.021	5,2%	497	10.131	4,9%	545	11.188	4,9%
POTIGUARA		925	13.987	6,6%	1.104	14.826	7,4%	1.396	16.749	8,3%
RIO TAPAJÓS		445	10.554	4,2%	547	12.273	4,5%	639	14.447	4,4%
TOCANTINS		463	10.282	4,5%	491	11.548	4,3%	552	13.114	4,2%
VALE DO JAVARI		262	5.338	4,9%	296	5.954	5,0%	338	6.146	5,5%

VILHENA	290	6.305	4,6%	329	6.984	4,7%	318	6.398	5,0%
XAVANTE	816	17.223	4,7%	752	19.858	3,8%	731	23.784	3,1%
XINGU	293	6.520	4,5%	334	7.179	4,7%	414	8.410	4,9%
YANOMAMI	844	21.722	3,9%	1.068	25.361	4,2%	1.243	29.041	4,3%
Total	40.441	704.045	5,7%	43.019	704.563	6,1%	47.251	768.034	6,2%

Fonte: SIASI/SESAI, elaboração executores IPEA

A proporção de pessoas de 60 e mais anos de idade apresenta tendência ascendente, o que expressa redução dos níveis de fecundidade e aumento de esperança de vida ao nascer. O fenômeno é ainda inicial e pode ser corroborado pelo índice de envelhecimento, o que indica um estágio nada avançado de envelhecimento da população indígena.

No total, a população indígena com mais de 60 anos variou de 40.441, em 2012, para 47.251, em 2021, refletindo o aumento populacional acompanhado na maioria dos DSEI's. O maior aumento da população de idoso registrada no período foi no DSEI Guamá-Tocantins, que saltou de 364 para 1.399, seguidos pelo DSEI Potiguara (de 925 para 1.396), DSEI Yanomami (de 844 para 1.243). Por sua vez, os DSEI com maior decréscimo populacional de idosos foi DSEI Alto Rio Negro, que passou de 3.182 para 2.408, DSEI Maranhão, de 2.256 para 1.829, e DSEI Alto Rio Purus, de 550 a 503.

A participação relativa de idoso na população indígena, no total, variou de 5,7% em 2012 para 6,1% em 2016, e 6,2% em 2021. Alguns DSEI's apresentam uma proporção acima da média: DSEI Pernambuco (10,6%), DSEI Ceará (10,4%), DSEI Bahia (9,5%), DSEI Alagoas e Sergipe (9%), DSEI Alto Rio Negro (8,8%), DSEI Potiguara (8,3%), DSEI Minas Gerais e Espírito Santo (6,9%) e DSEI Manaus (6,4%); o restante tende a apresentar uma proporcional menor do que a média nacional. Em destaque menciona-se o DSEI Xavante, com a menor proporção de idosos, de 3,1%, seguido pelo DSEI Kaiapó do Pará (3,9%), DSEI Altamira e Kaiapó do Mato Grosso (4,1%) e Tocantins (4,2%).

### Razão de dependência

**Conceituação:** Razão entre o segmento etário da população definido como economicamente dependente (os menores de 15 anos de idade e os maiores de 60) e o segmento etário potencialmente produtivo (entre 15 e 59 anos de idade), na população dos DSEI's em ano considerado.

**Tabela B. 7 - Razão de dependência, por DSEI (Brasil, 2012 a 2021)**

DSEIs/Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ALAGOAS E SERGIPE	77%	75%	73%	72%	70%	70%	69%	65%	65%	64%
ALTAMIRA	123%	124%	123%	123%	123%	118%	114%	110%	108%	104%
ALTO RIO JURUÁ	122%	117%	111%	103%	95%	91%	91%	91%	86%	81%
ALTO RIO NEGRO	87%	85%	82%	78%	75%	77%	83%	101%	103%	104%
ALTO RIO PURUS	125%	124%	123%	123%	122%	120%	124%	122%	122%	122%
ALTO RIO SOLIMÕES	103%	102%	100%	99%	99%	101%	101%	101%	102%	100%
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	97%	94%	91%	88%	86%	84%	82%	80%	78%	76%
ARAGUAIA	106%	102%	97%	94%	90%	88%	86%	87%	85%	84%
BAHIA	77%	74%	70%	65%	61%	57%	58%	57%	55%	52%

CEARÁ	62%	60%	59%	59%	59%	59%	61%	61%	60%	60%
CUIABÁ	90%	90%	88%	91%	91%	91%	91%	90%	88%	86%
GUAMÁ-TOCANTINS	100%	97%	94%	92%	90%	88%	85%	80%	77%	73%
INTERIOR SUL	89%	85%	81%	77%	-	70%	68%	65%	65%	65%
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	100%	96%	106%	101%	112%	111%	111%	112%	108%	106%
KAIAPÓ DO PARÁ	128%	125%	122%	120%	116%	116%	111%	106%	102%	97%
LESTE DE RORAIMA	111%	110%	108%	107%	104%	103%	104%	112%	112%	114%
LITORAL SUL	98%	95%	92%	89%	86%	82%	82%	79%	75%	72%
MANAUS	105%	103%	102%	100%	100%	100%	101%	93%	88%	86%
MARANHÃO	97%	90%	82%	75%	67%	63%	69%	81%	83%	94%
MATO GROSSO DO SUL	97%	94%	90%	86%	82%	79%	81%	77%	75%	72%
MÉDIO RIO PURUS	106%	102%	99%	98%	95%	98%	95%	91%	88%	89%
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	123%	124%	129%	128%	126%	122%	125%	112%	108%	104%
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	85%	83%	80%	78%	78%	77%	79%	78%	77%	78%
PARINTINS	118%	116%	112%	109%	106%	103%	104%	107%	105%	102%
PERNAMBUCO	78%	76%	74%	72%	69%	68%	72%	70%	68%	68%
PORTO VELHO	115%	111%	110%	105%	101%	98%	94%	89%	84%	80%
POTIGUARA	67%	67%	65%	65%	64%	66%	66%	63%	63%	64%
RIO TAPAJÓS	123%	119%	116%	115%	114%	112%	112%	109%	107%	103%
TOCANTINS	111%	110%	110%	109%	107%	106%	104%	103%	101%	97%
VALE DO JAVARI	105%	102%	102%	100%	97%	95%	97%	100%	100%	99%
VILHENA	113%	110%	108%	106%	102%	101%	96%	92%	90%	88%
XAVANTE	127%	127%	121%	119%	115%	114%	112%	109%	107%	105%
XINGU	114%	110%	108%	103%	94%	91%	93%	89%	86%	83%
YANOMAMI	125%	126%	125%	125%	124%	123%	124%	123%	121%	116%
Total	97%	95%	93%	90%	88%	86%	87%	87%	85%	84%

Fonte: SIASI/SESAI, elaboração executores IPEA

Para a interpretação da Tabela acima, valores elevados indicam que uma população em idade produtiva deve sustentar uma grande proporção de dependentes, vinculando uma maior carga assistencial e previdenciária.

A tabela mostra o declínio gradativo da razão de dependência na média nacional considerando todos os distritos sanitários, que passa de 97% em 2012 para 84% em 2021. Esse contexto se relaciona com o início da transição demográfica, com redução das taxas de fecundidade, taxas de natalidade, decréscimo da população jovem e baixa expectativa de vida, que reflete diretamente na redução de crianças para cada pessoa ativa.

Essa não é uma realidade homogênea entre os DSEI's. Enquanto alguns DSEI's apresenta um declínio de até 41% na razão de dependência, como o DSEI Alto Rio Juruá; noutros observa-se um aumento dessa razão, como o DSEI Rio Negro, DSEI Kaiapó do Mato Grosso e DSEI Leste de Roraima.

## Índice de Envelhecimento

**Conceituação:** Número de pessoas de 60 e mais anos de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população de cada DSEI em anos considerados. Valores elevados indicam estágios avançados da transição demográfica.

**Tabela B. 8 - Índice de envelhecimento, por DSEI (BRASIL, 2012 a 2021)**

DSEI/Anos	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ALAGOAS E SERGIPE	19,4%	20,9%	21,8%	22,9%	24,0%	25,0%	25,8%	26,1%	28,2%	29,9%
ALTAMIRA	8,9%	8,7%	8,5%	8,1%	8,1%	7,9%	8,0%	8,2%	8,4%	8,7%
ALTO RIO JURUÁ	8,7%	8,9%	9,1%	9,9%	10,7%	11,2%	11,0%	10,8%	11,3%	12,1%
ALTO RIO NEGRO	22,8%	24,2%	25,7%	26,9%	28,9%	27,9%	24,6%	20,5%	20,3%	20,8%
ALTO RIO PURUS	9,3%	9,2%	9,3%	9,5%	9,2%	9,2%	8,5%	8,7%	8,8%	8,8%
ALTO RIO SOLIMÕES	10,8%	10,9%	11,2%	11,5%	11,7%	11,5%	11,4%	11,4%	11,7%	11,8%
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	9,6%	9,8%	10,0%	10,4%	10,6%	11,0%	11,5%	12,1%	13,0%	13,7%
ARAGUAIA	13,0%	13,1%	13,4%	13,5%	13,8%	14,0%	14,6%	13,7%	13,9%	13,9%
BAHIA	17,5%	19,1%	21,4%	24,0%	26,3%	29,2%	29,5%	31,3%	34,4%	38,2%
CEARÁ	24,9%	26,3%	27,5%	29,0%	30,6%	31,9%	32,4%	32,9%	35,3%	38,0%
CUIABÁ	13,9%	14,7%	15,5%	15,8%	15,3%	15,3%	15,2%	15,1%	14,8%	14,9%
GUAMÁ-TOCANTINS	10,1%	10,3%	10,7%	11,0%	11,0%	11,4%	14,8%	15,3%	15,9%	16,9%
INTERIOR SUL	10,5%	11,1%	11,9%	12,6%	0,0%	14,3%	14,3%	14,8%	15,4%	15,8%
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	10,2%	10,9%	9,4%	9,8%	8,3%	8,3%	8,9%	8,5%	8,9%	8,6%
KAIAPÓ DO PARÁ	9,0%	9,1%	9,5%	9,5%	9,2%	9,3%	8,8%	8,9%	8,6%	8,6%
LESTE DE RORAIMA	10,6%	10,8%	11,3%	11,6%	11,9%	12,3%	12,1%	11,1%	11,1%	11,1%
LITORAL SUL	11,2%	11,5%	12,0%	12,2%	12,2%	13,1%	13,3%	14,0%	14,9%	15,7%
MANAUS	13,1%	13,4%	13,7%	13,8%	13,7%	13,6%	13,2%	14,7%	15,4%	16,1%
MARANHÃO	15,0%	15,8%	16,8%	18,2%	19,8%	20,6%	17,5%	13,5%	13,1%	10,3%
MATO GROSSO DO SUL	13,4%	13,9%	14,4%	15,3%	16,0%	16,9%	15,7%	16,4%	17,0%	17,5%
MÉDIO RIO PURUS	12,4%	12,8%	13,4%	13,4%	14,0%	13,5%	12,9%	12,9%	13,4%	13,6%
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	7,8%	7,8%	7,5%	7,5%	7,7%	8,1%	7,9%	9,3%	9,7%	10,2%
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	13,8%	14,4%	15,2%	15,3%	16,1%	16,7%	17,3%	17,1%	17,8%	18,8%
PARINTINS	10,7%	10,6%	10,8%	10,9%	10,7%	10,5%	9,9%	9,6%	9,8%	9,9%
PERNAMBUCO	25,2%	26,4%	27,6%	29,2%	30,5%	31,0%	30,1%	31,7%	33,7%	35,5%
PORTO VELHO	10,8%	10,9%	10,7%	10,8%	10,8%	10,8%	11,1%	11,2%	11,9%	12,3%
POTIGUARA	19,7%	20,7%	21,4%	22,6%	23,5%	24,4%	24,5%	25,0%	25,8%	27,3%
RIO TAPAJÓS	8,3%	8,6%	8,7%	9,0%	9,1%	9,4%	9,3%	9,7%	9,7%	9,5%
TOCANTINS	9,4%	9,2%	9,0%	8,9%	9,0%	9,0%	8,9%	9,0%	9,3%	9,4%

VALE DO JAVARI	10,6%	10,7%	10,4%	11,0%	11,2%	11,3%	11,4%	11,0%	12,0%	12,5%
VILHENA	9,5%	9,8%	9,8%	10,0%	10,3%	10,3%	11,2%	11,5%	11,8%	11,9%
XAVANTE	9,2%	8,7%	8,4%	8,0%	7,6%	7,2%	7,1%	7,2%	6,7%	6,4%
XINGU	9,2%	9,3%	9,5%	9,8%	10,6%	11,4%	10,5%	11,2%	11,5%	12,2%
YANOMAMI	7,5%	7,7%	7,8%	8,1%	8,2%	8,3%	8,2%	8,1%	8,5%	8,7%
Total	13,2%	13,6%	14,0%	14,5%	15,0%	15,1%	14,8%	14,8%	15,2%	15,5%

Fonte: SIASI/SESAI, elaboração executores IPEA

Os dados de 2012 a 2021 mostram uma evolução do ritmo de envelhecimento da população indígena, marcada de uma forma geral por um aumento gradual da participação crescente de idosos em relação aos jovens. Registrou-se em 2021 15,5 idosos para cada 100 jovens indígenas. No entanto, esses valores não representam a realidade da maioria dos DSEI, que apresentam um índice de envelhecimento menor do que a média nacional, ou seja, trata-se em geral de populações jovens e com esperança de vida baixa.

Assim como outros indicadores, o índice de envelhecimento por DSEI não é homogêneo. Considerando comparativamente os 34 DSEI's, ao se avaliar a tendência da dinâmica demográfica observa-se que um processo de transição demográfica mais acentuado vem ocorrendo na região Nordeste, onde estão localizados o DSEI Bahia (38,2%), DSEI Ceará (38%), DSEI Pernambuco (35,5%) e DSEI Alagoas e Sergipe (29,9%). Os valores acentuados aqui destacados, todos expressivamente acima da média nacional, não apenas corroboram a alta proporção de idosos nesses DSEI's como indicam uma menor quantidade de crianças ou uma possível migração de jovens indígenas para outras regiões por razões socioeconômicas.

Por sua vez, alguns DSEI apresentam valores mais baixos do índice de envelhecimento, como se constata nos DSEI Xavante (6,4%), DSEI Kaiapó do Mato Grosso e DSEI Kaiapó do Pará (ambos com 8,6%), e também nos DSEI Yanomami (8,7%), DSEI Altamira (8,7%) e DSEI Alto Rio Purus (8,8%), todos na região Amazônica.

### Taxa de Fecundidade

**Conceituação:** Número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher ao final do seu período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A taxa é estimada para um ano calendário determinado, a partir de informações retrospectivas obtidas em censos e inquéritos demográficos<sup>34</sup>.

Tabela B. 9 - Taxas de Fecundidade, por DSEI (BRASIL, 2017 a 2021)

DSEI/Anos	Taxas de Fecundidade (NV/mulheres de 14 a 39 anos) x1.000				
	2017	2018	2019	2020	2021
ALAGOAS E SERGIPE	88,3	73,3	82,4	66,1	75,0
ALTAMIRA	181,7	176,7	135,6	170,6	136,1

<sup>34</sup> <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/LivroIDB/2edrev/a05.pdf>

ALTO RIO JURUÁ	120,0	100,4	108,7	120,3	102,4
ALTO RIO NEGRO	90,5	115,0	160,0	147,0	161,4
ALTO RIO PURUS	176,6	201,3	229,0	204,5	204,4
ALTO RIO SOLIMÕES	161,8	149,1	169,3	151,8	157,9
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	121,9	111,8	106,1	100,9	100,7
ARAGUAIA	128,1	104,7	153,0	106,4	117,9
BAHIA	43,6	50,8	56,1	47,5	37,3
CEARÁ	70,8	74,0	71,1	63,1	69,2
CUIABÁ	127,1	142,0	147,0	140,7	136,1
GUAMÁ-TOCANTINS	137,4	99,1	96,4	83,2	73,5
INTERIOR SUL	103,5	96,0	105,4	103,5	112,7
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	170,3	194,4	161,9	148,5	172,1
KAIAPÓ DO PARÁ	209,4	194,2	153,8	165,4	141,6
LESTE DE RORAIMA	157,7	158,3	196,4	183,0	190,3
LITORAL SUL	92,7	100,9	101,1	93,5	87,2
MANAUS	130,8	113,9	111,2	103,8	98,4
MARANHÃO	74,3	108,3	127,0	122,4	174,5
MATO GROSSO DO SUL	95,4	98,4	93,9	93,9	88,0
MÉDIO RIO PURUS	137,2	144,0	137,7	130,7	148,3
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	145,1	166,0	157,6	143,4	149,4
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	102,7	109,2	104,4	102,6	106,5
PARINTINS	159,4	157,6	161,3	156,7	164,7
PERNAMBUCO	76,2	86,6	86,9	81,9	81,7
PORTO VELHO	130,9	124,2	111,9	105,3	115,8
POTIGUARA	98,6	95,2	88,6	79,0	90,9
RIO TAPAJÓS	190,1	185,5	168,8	164,9	176,5
TOCANTINS	175,4	163,2	191,2	169,2	134,1
VALE DO JAVARI	134,8	143,5	123,5	137,6	145,9
VILHENA	149,6	139,3	142,0	117,3	132,2
XAVANTE	211,1	203,0	190,0	177,6	201,3
XINGU	129,1	118,9	132,8	114,1	106,7
YANOMAMI	244,2	275,2	258,7	215,9	219,0
<b>Total</b>	<b>120,0</b>	<b>122,4</b>	<b>127,4</b>	<b>118,8</b>	<b>122,8</b>

Fonte: SIASI/SESAI, elaboração executores IPEA

Esse indicador que representa a condição reprodutiva média das mulheres indígenas, traduz a dinâmica demográfica local de cada DSEI e se associa a vários fatores sociais, entre eles a urbanização, adesão

ao uso de métodos contraceptivos da medicina ocidental, assim como a redução da mortalidade infantil, entre outros fatores socioeconômicos.

No período, a taxa de fecundidade aumentou até 2019, declinou em 2020 e voltou a subir em 2021, recompondo valores próximos a 2018. Observa-se que para muitos dos DSEI's há uma tendência à redução da taxa de fecundidade entre os anos de 2020 e 2021, embora muitos deles tenham chegado ao final o período com taxas de fecundidade anual maior do que as apresentadas no início do período.

A redução da taxa constatada, sobreposta a outros indicadores, projetam uma tendência à redução demográfica em alguns DSEIs. A diminuição da taxa de fecundidade foi observada, em comparação aos anos de 2017 a 2021, com maior intensidade nos DSEI Kaiapó do Pará (de 209,4 para 141,6), DSEI Guamá-Tocantins (137,4 para 73,5) e DSEI Altamira (191,7 para 136,1).

O aumento da taxa de fecundidade, por sua vez, foi observado nos DSEI Maranhão (74,3 para 174,5), DSEI Alto Rio Negro (90,5 para 161,4) e DSEI Leste de Roraima (157,7 para 190,3).

### Taxa Bruta de Natalidade

**Conceituação:** Número de nascidos vivos, por mil habitantes, na população residente dos DSEI's em um ano considerado. Considera-se que taxas elevadas estão associadas tanto a condições socioeconômicas precárias quanto comportamentos culturalmente orientados.

**Tabela B. 10 - Taxa bruta de natalidade, por DSEI (BRASIL, 2017 a 2021)**

DSEI/Anos	Tx Bruta de natalidade				
	2017	2018	2019	2020	2021
ALAGOAS E SERGIPE	24,34	20,44	23,10	18,48	20,82
ALTAMIRA	37,97	37,69	28,96	36,83	30,28
ALTO RIO JURUÁ	28,62	24,00	26,07	29,60	25,98
ALTO RIO NEGRO	22,04	26,53	32,94	30,05	33,08
ALTO RIO PURUS	36,76	40,53	46,15	41,39	41,22
ALTO RIO SOLIMÕES	36,07	33,12	37,24	33,26	34,78
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	30,03	27,99	26,88	25,74	26,14
ARAGUAIA	31,43	26,09	37,86	26,44	29,46
BAHIA	12,52	14,51	16,20	13,89	11,06
CEARÁ	19,83	20,66	19,70	17,51	19,13
CUIABÁ	29,59	32,56	34,00	32,81	32,09
GUAMÁ-TOCANTINS	33,48	24,10	24,50	21,36	19,31
INTERIOR SUL	28,41	26,45	29,05	28,51	30,99
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	37,13	42,81	34,65	32,12	37,77
KAIAPÓ DO PARÁ	45,54	43,27	34,79	38,06	33,44
LESTE DE RORAIMA	34,13	33,59	40,14	37,32	38,90
LITORAL SUL	23,84	25,93	26,18	24,45	23,37
MANAUS	29,75	25,66	26,04	24,84	24,03
MARANHÃO	21,31	30,61	33,12	31,74	43,00

MATO GROSSO DO SUL	24,56	25,07	24,27	24,49	23,38
MÉDIO RIO PURUS	30,12	32,60	31,60	30,51	34,74
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	30,27	33,74	33,89	31,40	33,56
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	26,38	28,20	27,16	26,95	28,23
PARINTINS	35,95	34,72	34,90	34,13	36,39
PERNAMBUCO	20,16	22,33	22,31	21,13	21,16
PORTO VELHO	29,89	28,69	26,39	25,30	28,24
POTIGUARA	26,73	25,95	24,46	21,68	24,78
RIO TAPAJÓS	41,04	39,74	36,70	36,14	39,04
TOCANTINS	38,33	35,85	41,75	37,16	30,35
VALE DO JAVARI	32,68	34,31	28,88	32,37	34,49
VILHENA	33,17	31,67	33,25	27,63	31,73
XAVANTE	46,04	44,38	42,02	39,86	45,66
XINGU	30,81	28,14	32,31	28,16	26,87
YANOMAMI	44,07	54,48	50,09	42,36	44,14
Total	29,13	29,62	30,74	28,81	30,00

Fonte: SIASI/SESAI, elaboração executores IPEA

As mesmas tendências da taxa de fecundidade são reveladas pela taxa bruta de natalidade. A taxa bruta de natalidade aumentou entre os anos de 2017 a 2019, apresentando uma diminuição em 2020, caracterizando esse como o ano com a menor taxa da série histórica analisada, e uma recomposição da taxa em 2021 em valores próximos a 2019.

Apresentam maiores taxas bruta de natalidade os DSEI Yanomami (44,14), seguido pelo DSEI Xavante (45,66), DSEI Maranhão (43,0), DSEI Alto Rio Purus (41,22), DSEI Rio Tapajós (39,4) e DSEI Leste de Roraima (38,9). Esses são os mesmos DSEI que apresentam uma maior taxa de fecundidade: DSEI Yanomami (219,0), DSEI Alto Rio Purus (204,4), DSEI Xavante (201,3), DSEI Leste de Roraima (190,3), DSEI Rio Tapajós (176,5) e DSEI Maranhão (174,5).

### Mortalidade Proporcional por Idade

**Conceituação:** Distribuição percentual dos óbitos por faixa etária, na população dos DSEI's e anos considerados. Mede a participação dos óbitos em cada faixa etária, em relação ao total de óbitos. Elevadas proporções de óbitos de menores de um ano de idade indicam precárias condições de vida e de saúde.

**Tabela B. 11 - Mortalidade proporcional por Idade (BRASIL, 2012 a 2021)**

Ano	< de 1 ano	De 1 a 4 anos	De 5 a 19 anos	De 20 a 49 anos	De 50 e +	Total	< de 1 ano	De 1 a 4 anos	De 5 a 19 anos	De 20 a 49 anos	De 50 e +	% Total
2012	389	117	87	196	483	1272	31%	9%	7%	15%	38%	100%
2013	328	118	86	180	414	1126	29%	10%	8%	16%	37%	100%

2014	385	128	89	189	478	1269	30%	10%	7%	15%	38%	100%
2015	343	92	117	235	618	1405	24%	7%	8%	17%	44%	100%
2016	358	133	100	237	606	1434	25%	9%	7%	17%	42%	100%
2017	367	96	131	305	705	1604	23%	6%	8%	19%	44%	100%
2018	397	97	147	310	676	1627	24%	6%	9%	19%	42%	100%
2019	442	108	121	324	751	1746	25%	6%	7%	19%	43%	100%
2020	394	83	119	324	718	1638	24%	5%	7%	20%	44%	100%
2021	327	107	136	295	768	1633	20%	7%	8%	18%	47%	100%

Fonte: SIASI/SESAI, elaboração executores IPEA

A tabela mostra a queda da taxa de mortalidade proporcional entre menores de 1 ano que era de 31% em 2012 e vai para 20% em 2021, na medida em que a taxa de mortalidade proporcional entre maiores de 50 anos aumentou de 38% em 2012 para 47% em 2021. Esse deslocamento da concentração de óbitos para grupos etários mais elevados reflete a redução da mortalidade em idades jovens - sobretudo na infância - e o conseqüente aumento da expectativa de vida da população. Pode afirmar que os percentuais de óbitos respondem a razões relacionadas a condições socioeconômicas, ambientais e no acesso a serviços e ações de saúde.

**Tabela B. 12 - Proporção de mortalidade por Idade e DSEI (BRASIL, 2012 e 2021)**

Anos	2012				2021			
	Proporção em %				Proporção em %			
	De 0 a 4 anos	De 5 a 29 anos	De 30 a 49 anos	> de 50 anos	De 0 a 4 anos	De 5 a 29 anos	De 30 a 49 anos	> de 50 anos
ALAGOAS E SERGIPE	5,3	5,3	21,1	68,4	11,1	7,4	3,7	77,8
ALTAMIRA	71,4	-	14,3	14,3	80,0	20,0	-	-
ALTO RIO JURUÁ	80,0	10,0	-	10,0	58,8	23,5	-	17,6
ALTO RIO NEGRO	44,0	16,0	12,0	28,0	24,1	17,2	13,8	44,8
ALTO RIO PURUS	71,9	-	6,3	21,9	57,7	11,5	23,1	7,7
ALTO RIO SOLIMÕES	47,9	18,8	9,4	24,0	22,7	27,7	10,1	39,5
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	16,7	33,3	16,7	33,3	46,2	3,8	19,2	30,8
ARAGUAIA	-	66,7	11,1	22,2	33,3	11,1	22,2	33,3
BAHIA	22,2	3,7	29,6	44,4	8,0	16,0	8,0	68,0
CEARÁ	2,0	10,2	10,2	77,6	2,5	16,3	12,5	68,8
CUIABÁ	13,3	6,7	6,7	73,3	9,1	9,1	9,1	72,7
GUAMÁ-TOCANTINS	41,7	8,3	16,7	33,3	34,5	10,3	10,3	44,8
INTERIOR SUL	19,6	3,9	11,8	64,7	17,2	3,2	10,8	68,8
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	33,3	-	-	66,7	12,5	12,5	-	75,0

KAIAPÓ DO PARÁ	81,0	4,8	-	14,3	62,5	12,5	12,5	12,5
LESTE DE RORAIMA	28,3	20,8	5,7	45,3	27,0	15,1	11,1	46,8
LITORAL SUL	24,4	4,4	22,2	48,9	6,4	29,8	19,1	44,7
MANAUS	15,8	-	10,5	73,7	25,0	16,7	8,3	50,0
MARANHÃO	42,4	15,2	12,1	30,3	39,0	14,6	18,3	28,0
MATO GROSSO DO SUL	20,2	27,4	14,3	38,1	7,1	15,7	16,8	60,4
MÉDIO RIO PURUS	22,2	11,1	-	66,7	27,3	54,5	-	18,2
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	67,4	9,3	4,7	18,6	48,1	20,4	7,4	24,1
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	30,6	5,6	22,2	41,7	14,3	11,4	8,6	65,7
PARINTINS	28,6	-	14,3	57,1	28,6	25,0	-	46,4
PERNAMBUCO	8,3	6,7	15,0	70,0	4,6	4,6	14,8	75,9
PORTO VELHO	44,4	-	-	55,6	12,5	12,5	6,3	68,8
POTIGUARA	16,7	6,7	16,7	60,0	21,6	10,8	13,5	54,1
RIO TAPAJÓS	53,8	7,7	-	38,5	65,5	10,3	-	24,1
TOCANTINS	47,8	8,7	8,7	34,8	19,0	14,3	4,8	61,9
VALE DO JAVARI	63,6	9,1	18,2	9,1	37,5	-	12,5	50,0
VILHENA	50,0	-	7,1	42,9	50,0	12,5	6,3	31,3
XAVANTE	78,8	4,7	5,9	10,6	56,0	6,7	12,0	25,3
XINGU	28,6	42,9	-	28,6	44,4	-	33,3	22,2
YANOMAMI	82,2	7,2	2,0	8,6	49,1	13,6	10,1	27,2
<b>Total</b>	<b>39,8</b>	<b>11,6</b>	<b>10,6</b>	<b>38,0</b>	<b>26,6</b>	<b>14,5</b>	<b>11,9</b>	<b>47,0</b>

Fonte: SIASI/SESAI, elaboração executores IPEA

Pode-se afirmar que a população indígena no Brasil apresentou nessa última década (2012 a 2021) uma redução da mortalidade de crianças de 0 a 4 anos (que passou de 39,8 para 26,6) e um aumento da mortalidade de maiores de 05 anos na medida em que a população de 05 a 29 anos passou de 11,6 para 14,5; de 30 a 49 anos, de 10,6 para 11,9; de 50 anos ou mais, de 38,0 para 47,0. Esses números refletem, sobretudo, um aumento na expectativa de vida da população indígena no período analisado, especialmente tendo em consideração que a maior proporção de mortalidade está na população de 50 anos ou mais.

Contudo, quando verificada a proporção de óbitos da população indígena entre as faixas etárias por DSEI, esses dados tendem a retratar divergências quando comparados à média nacional. Contrariando os valores apresentados na maioria dos DSEI's, alguns DSEI's apresentaram um aumento expressivo da mortalidade de crianças de 0 a 4 anos, como o DSEI Amapá e Norte do Pará que, entre os anos 2012 a 2021 (apresentou uma proporção variando de 16,7 a 46,2), seguido pelo DSEI Xingu (28,6 para 44,4), DSEI Rio Tapajós (de 53,8 para 65,5), DSEI Manaus (15,8 para 25,0), DSEI Altamira (5,3 para 11,1), DSEI Medio Purus (22,2 para 27,3) e DSEI Potiguara (16,7 para 21,6) e DSEI Ceará (2,0 para 2,5). O DSEI Parintins e Vilhena não apresentaram variação.

O aumento da proporção de mortalidade da população indígena entre 05 a 29 anos foi mais expressiva nos DSEI Médio Rio Purus (que apresentou uma variação de 11,1 para 54,5), seguido pelo DSEI Litoral

Sul (de 4,4 para 29,8) e DSEI Alto Rio Juruá (de 10,0 para 23,5), acompanhando a tendência nacional, mesmo acima da média de 2021. Os DSEI's que apresentaram diminuição nessa proporção foi Amapá e Norte do Pará, Araguaia, Interior Sul, Leste de Roraima, Maranhão, Mato Grosso do Sul e Pernambuco.

Considerando a faixa etária de 30 a 49 anos, destaca-se um aumento no DSEI Alto Purus (de 6,3 para 23,1), DSEI Araguaia (de 11,1 para 22,2) e DSEI Yanomami (2,0 para 10,1). A diminuição na proporção de mortalidade foi mais expressiva no DSEI Bahia (de 29,6 para 8), DSEI Alagoas e Sergipe (21,1 para 3,7) e DSEI Minas Gerais (de 22,2 para 8,6).

Por fim, com relação à população de 50 anos ou mais, apresentaram considerável aumento os DSEI Vale do Javari (de 9,0 para 50), DSEI Tocantins (de 34,8 para 61,9), DSEI Bahia (de 44,4 para 68) e DSEI Mato Grosso do Sul (de 38,1 para 60,4). Diminuíram a proporção de mortalidade nessa faixa etária os DSEI Médio Rio Purus (de 66,7 para 18,2), DSEI Manuas (de 73,7 para 50,0) e os DSEI's Rio Tapajós (de 38,5 para 24,1) e Alto Rio Purus (de 21,9 para 7,7).

## INDICADORES SOCIOECONÔMICOS DA POPULAÇÃO INDÍGENA POR DSEI

### Taxa de analfabetismo

**Conceituação:** Percentual de pessoas com 15 anos ou mais de idade que não sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples, no idioma que conhecem, na população total residente da mesma faixa etária, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

**Tabela B. 13 - Taxa de analfabetismo por cor ou etnia (Brasil, 2010)**

	Branca	Negros	Indígenas	Outros
Norte	8,0	11,7	33,2	11,1
Nordeste	14,6	20,2	23,6	18,1
Sudeste	3,7	7,5	9,9	4,8
Sul	3,9	9,2	15,0	5,2
Centro-Oeste	5,0	8,5	20,8	5,7
Brasil	5,8	12,9	23,3	9,1

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2010, elaboração executores IPEA

As taxas de analfabetismo de populações indígenas autodeclaradas, medido por padrões nacionais, era de 23,3%, níveis superiores aos das populações brancas (5,8%) e de negros (12,9%), com variações regionais. Na região norte o analfabetismo atingia 33,2% da população indígena, e da Região Nordeste, 23,6%, ambos acima da média nacional, seguidos da Região Centro-Oeste (20,8%), Sul (15,0%) e Sudeste (9,9%).

### Níveis de escolaridade

**Conceituação:** Distribuição percentual da população residente de 15 e mais anos de idade, por grupos de anos de estudo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. É considerado um indicador central na abordagem nas práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde.

**Tabela B. 14 - Percentual da população indígena por faixas de anos de estudo e região (Brasil, 2010)**

	0 a 3	4 a 8	9 a 11	12 ou +
Norte	57,8	27,0	12,6	2,6
Nordeste	40,2	33,6	20,7	5,5
Sudeste	30,6	34,3	25,9	9,3
Sul	38,9	41,1	16,1	4,0
Centro-Oeste	47,5	34,4	13,9	4,2
Brasil	45,9	32,6	17,0	4,6

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2010, elaboração executores IPEA

A maior parcela de indígenas tem escolaridade entre 0-3 anos de estudo (45,3%) no Censo de 2010, mas assinala-se a participação que seguramente é ascendente, de contingentes maiores com maior nível escolarização. A região sudeste apresenta proporções maiores de indígenas em faixas de maior escolarização e a região norte as menores participações. Na região norte a concentração da população entre 0-3 de estudos era de 57,8%, na região Centro-oeste de 45,5%, enquanto no Nordeste brasileiro essa participação era de 40,2%. Em 2010, a população indígena com mais de 12 anos de estudo era de 4,6%, no Sudeste era de 9,3% e na região Nordeste de 5,5%.

**Tabela B. 15 - Anos médios de estudo por cor ou etnia (Brasil, 2010)**

	Branca	Negros	Indígenas	Outros
Norte	7,8	6,7	3,8	7,3
Nordeste	7,4	6,1	5,6	6,7
Sudeste	8,8	7,1	7,0	9,0
Sul	8,1	6,5	5,5	8,8
Centro-Oeste	8,7	7,3	5,0	8,6
Brasil	8,3	6,7	5,2	8,2

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2010, elaboração executores IPEA

A comparação de escolarização média de indígenas autodeclarados no Censo de 2010 mostra desvantagem em relação à escolarização de outras populações por raça/etnia. A população branca apresenta 8,3 anos médio de estudo, enquanto a população negra 6,7 anos e a população indígena 5,2 anos.

Em todas as regiões os indígenas apresentam menos anos médios de estudo quando comparados à população branca ou negra. Algumas regiões tendem a apresentar uma variação mais elevada que outras nessa comparação. A região norte, a população indígena apresenta menos da metade de anos médio de estudo (3,8) que a população branca (7,8).

As regiões que mais anos de estudo tem os indígenas é Sudeste (7,0), seguida pela região Nordeste (5,6), Sul (5,5), Centro-Oeste (5,0) e Norte (3,8).

## Proporção de pobres

**Conceituação:** Percentual da população residente com renda familiar mensal per capita de até meio salário-mínimo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

**Tabela B. 16 - Proporção de pobres entre indígenas e não indígenas, indígenas em áreas urbanas e rural (Brasil, 2010)**

Brasil e Grandes regiões	Proporção de pobres pop. não indígena	Pobres indígenas	Pobreza indígena urbana	Pobreza indígena rural
Norte	27,0	69,3	36,6	77,5
Nordeste	28,4	42,5	24,0	62,3
Sudeste	8,5	16,5	8,6	50,4
Sul	6,2	35,0	12,1	54,9
Centro-Oeste	8,5	52,1	11,9	66,8
Brasil	15,2	50,1	19,9	69,5

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2010, elaboração executores IPEA

A proporção da pobreza indígena era de 50,1% no Brasil, e entre as regiões: 69,2% no Norte, 52,1% no Centro-oeste, 42,5% no Nordeste, 35% no Sul e 16,5% no Sudeste. Em todas as regiões a proporção de indígenas pobres é expressivamente maior que a de não-indígenas. Na região Centro-Oeste, onde essa diferença é mais acentuada, a proporção de indígenas pobres chega a ser 6 vezes maior que a de não-indígenas.

Por sua vez, considerando o local de domicílio, a pobreza indígena na região rural apresenta valores maiores que na região urbana; enquanto a primeira apresenta um padrão nacional de 69,5%, a segunda, é de 19,9%. Por região, a proporção de pobres entre indígenas e não indígenas em áreas urbanas é maior no Norte (36,6), Nordeste (24,0), Sul (12,1), Centro-Oeste (11,9) e Sudeste (8,6). Nas regiões rurais, os valores são maiores no Norte (77,5) Centro-Oeste (66,8), Nordeste (62,3), Sul (54,9) e Sudeste (50,4).

## Acesso de abastecimento de água

**Conceituação:** Percentual de famílias indígenas no total de famílias indígenas inscritas no Cadastro Único, segundo forma de abastecimento de água no domicílio, no ano considerado.

**Tabela B. 17 - Percentual de famílias indígenas inscritas no Cadastro Único segundo forma de abastecimento de água do domicílio (Brasil, 2019)**

Região	Rede geral de distribuição	Poço ou nascente	Cisterna	Outra forma	Sem informação
Norte	28,1	39,5	0,7	21,8	9,8
Nordeste	40,9	29,3	9,3	16,0	4,4
Sudeste	24,1	54,5	0,9	3,8	16,6
Sul	35,2	49,0	0,4	4,9	10,5

Centro-Oeste	41,4	38,6	0,8	8,1	11,1
Brasil	34,1	37,9	2,9	16,1	8,9

Fonte: Cadastro Único – 2019, elaboração executores IPEA

Observa que há ainda um baixo acesso à rede geral, presente em apenas 34,1% dos domicílios, com a presença de poços ou nascentes em 37,9% dos domicílios, cisterna para 2,9% e outras formas para 16,5%. Do exposto, conhece-se que a forma de abastecimento de água mais utilizada pelas famílias indígenas, conforme o Cadastro Único (CadÚnico) é o poço ou nascente, sendo predominante nas regiões Sudeste (54,5%), Sul (49,0) e Norte (39,5). Nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, por sua vez, predomina a rede geral de distribuição.

### Acesso à coleta de lixo

**Conceituação:** Percentual de famílias indígenas no total de famílias indígenas inscritas no Cadastro Único, segundo forma de coleta de lixo no domicílio, no ano considerado.

**Tabela B. 18 - Percentual de domicílios de famílias indígenas inscritas no Cadastro Único segundo forma de coleta de lixo no domicílio (Brasil, 2019)**

Região	É coletado diretamente	É coletado indiretamente	É queimado ou enterrado na propriedade	É jogado em terreno baldio ou logradouro (rua, avenida, etc.)	É jogado em rio ou mar	Tem outro destino	Sem informação
Norte	23,1	3,1	57,9	3,1	0,5	2,5	9,8
Nordeste	33,6	4,0	51,3	6,1	0,1	0,5	4,4
Sudeste	28,2	9,8	41,8	2,7	0,1	0,8	16,6
Sul	19,5	10,8	55,1	2,5	0,2	1,4	10,5
Centro-Oeste	16,4	1,1	67,4	1,9	0,1	2,0	11,1
Brasil	24,6	3,8	57,0	3,6	0,3	1,8	8,9

Fonte: Cadastro Único – 2019, elaboração executores IPEA

A forma de coleta de lixo no domicílio corresponde à destinação dada aos resíduos. Em 2019, 57% dos domicílios era enterrado ou queimado no local, 3,6% são jogados em terreno baldio ou logradouro, 0,3% no rio ou mar e 1,8% dão outro destino ao “lixo”. Isto é, mais da metade das famílias indígenas não tem coleta de lixo no domicílio seja de forma direta ou indiretamente. Apenas 24,6% são coletados diretamente e 3,8% indiretamente. Chama a atenção o baixo percentual de coleta direta e indireta tomada nas suas diferenças regionais, especialmente para o Centro-oeste, e a ausência de informações para 8,9% dos domicílios. Destaca-se a ausência de informações por região, com 16,6% no Sudeste, 10,5% no Sul e 11% no Centro-oeste.

### Acesso à escoamento sanitário

**Conceituação:** Percentual de famílias indígenas no total de famílias indígenas inscritas no Cadastro Único, segundo forma de escoamento sanitário do domicílio, no ano considerado.

**Tabela B. 19 - Percentual de domicílios de famílias indígenas inscritas no Cadastro Único segundo forma de escoamento sanitário do domicílio (Brasil, 2019)**

Região	Rede coletora de esgoto ou pluvial	Fossa séptica	Fossa rudimentar	Vala a céu aberto	Direto para um rio, lago ou mar	Outra forma	Sem informação
Norte	2,1%	10,0%	37,9%	8,6%	0,4%	2,8%	38,2%
Nordeste	12,0%	10,0%	35,4%	2,6%	0,1%	1,4%	38,5%
Sudeste	10,0%	10,0%	28,7%	0,8%	0,5%	1,5%	48,5%
Sul	3,5%	13,3%	38,8%	1,3%	0,3%	1,4%	41,5%
Centro-Oeste	3,0%	7,3%	28,9%	5,6%	0,0%	6,0%	49,1%
Brasil	4,8%	9,8%	35,6%	6,1%	0,3%	2,9%	40,6%

Fonte: Cadastro Único – 2019, elaboração executores IPEA

A respeito do escoamento sanitário dos domicílios das famílias indígenas, a rede coletora de esgoto ou pluvial tem presença mínima (4,8%), sendo um pouco mais expressiva nas regiões Nordeste (12%) e Sudeste (10%) e baixa na região Norte (2,1%). As fossas sépticas, rudimentares e valas a céu aberto correspondem a 54,6% dos domicílios indígenas. No entanto, havia falta de informações para 40,6% dos domicílios, com variações significativas e maiores entre as grandes regiões.

### Acesso à Iluminação

**Conceituação:** Percentual de famílias indígenas no total de famílias indígenas inscritas no Cadastro Único, segundo tipo de iluminação do domicílio, no ano considerado.

**Tabela B. 20 - Percentual de domicílios de famílias indígenas inscritas no Cadastro Único, segundo tipo de iluminação do domicílio (Brasil, 2019)**

Região	Elétrica com medidor próprio	Elétrica com medidor comunitário	Elétrica sem medidor	Óleo, querosene ou gás	Vela	Outra forma	Sem informação
Norte	40,8%	8,1%	8,2%	16,0%	6,1%	12,9%	7,9%
Nordeste	62,4%	4,5%	20,6%	2,7%	1,9%	3,9%	4,1%
Sudeste	47,9%	17,1%	9,5%	2,9%	2,4%	7,3%	12,9%
Sul	38,9%	13,3%	24,6%	0,8%	9,5%	3,1%	9,8%
Centro-Oeste	44,5%	8,5%	6,2%	3,0%	17,3%	10,2%	10,3%
Brasil	46,2%	8,0%	11,8%	9,5%	7,2%	9,6%	7,7%

Fonte: Cadastro Único – 2019, elaboração executores IPEA

Quanto ao acesso à energia elétrica, deve-se dizer que também é variável do contexto territorial. No Brasil, 66% dos domicílios indígenas do CadÚnico tem acesso à energia elétrica, considerando a presença de medidor próprio, comunitário ou sem medidor. Esse acesso é diferentemente distribuído pelas regiões, conforme se depreende da tabela. Chamamos atenção para o número elevado de domicílios na região Centro-Oeste que ainda dependem de vela (17,3%) e na região Norte, dependente de óleo ou querosene (16%).

## INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DA POPULAÇÃO INDÍGENA POR DSEI

### Taxa de mortalidade infantil

**Conceituação:** Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população dos DSEI's em anos específicos. A taxa de mortalidade estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida, refletindo, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, acesso e qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil. Costuma-se classificar o valor da taxa como alto (50 por mil ou mais), médio (20 a 49) e baixo (menos de 20). Identifica desigualdade e tendências que demanda ações específicas e avalia níveis de saúde e desenvolvimento institucional.

**Tabela B. 21 - Taxa de Mortalidade Infantil, por DSEI (BRASIL, 2017 a 2021)**

DSEI/Ano	2017	2018	2019	2020	2021
ALAGOAS E SERGIPE	10,1	3,8	-	4,1	11,2
ALTAMIRA	32,3	6,1	-	11,5	27,8
ALTO RIO JURUÁ	25,6	44,4	38,4	14,6	16,3
ALTO RIO NEGRO	10,4	15,8	18,9	15,2	7,7
ALTO RIO PURUS	7,9	28,7	24,6	38,4	21,4
ALTO RIO SOLIMÕES	15,3	12,5	15,8	11,2	8,6
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	13,4	5,6	17,1	14,5	28,0
ARAGUAIA	24,0	6,7	19,3	27,0	6,0
BAHIA	16,3	6,3	8,8	8,2	5,1
CEARÁ	5,7	8,9	3,7	12,7	4,0
CUIABÁ	-	29,5	15,4	19,6	3,9
GUAMÁ-TOCANTINS	10,2	7,1	7,2	4,1	20,3
INTERIOR SUL	2,8	4,5	12,8	8,1	11,5
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	-	9,6	23,7	6,3	5,3
KAIAPÓ DO PARÁ	27,7	49,8	37,2	25,9	19,0
LESTE DE RORAIMA	12,3	5,6	5,8	13,1	14,6
LITORAL SUL	21,5	3,0	7,5	14,6	3,5
MANAUS	4,5	6,2	5,0	5,2	8,1
MARANHÃO	33,8	16,5	10,7	16,8	13,8

MATO GROSSO DO SUL	4,9	12,7	12,5	9,8	6,5
MÉDIO RIO PURUS	14,3	19,4	3,7	11,2	10,0
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	43,8	46,1	33,2	28,7	30,3
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	9,0	12,3	31,9	6,3	6,1
PARINTINS	21,8	15,8	14,5	9,0	6,6
PERNAMBUCO	11,1	9,0	11,8	6,7	4,5
PORTO VELHO	13,1	16,6	3,5	10,7	6,3
POTIGUARA	13,0	2,5	7,3	8,2	19,3
RIO TAPAJÓS	24,9	15,7	28,2	17,8	28,4
TOCANTINS	8,8	6,8	9,6	4,2	5,0
VALE DO JAVARI	60,6	37,6	33,5	19,8	9,4
VILHENA	17,2	11,1	14,7	23,4	34,5
XAVANTE	22,1	20,0	37,5	24,1	25,8
XINGU	4,4	9,1	15,4	17,2	17,7
YANOMAMI	55,4	68,1	77,4	92,3	40,6
Total	16,9	17,4	18,5	17,5	14,2

Fonte: SIASI/SESAI, elaboração executores IPEA

A Taxa de mortalidade infantil indígena é o número de óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos em determinado espaço geográfico (DSEI's, Grande região, Estado, município etc.) em determinado ano. Abrange a mortalidade neonatal precoce (0-6 dias de vida), neonatal tardio (7-27 dias) e pós-neonatal (28 dias e mais) .

A TMI, portanto, é um indicador geral que não capta componentes da mortalidade infantil pós-neonatal (primeiras semanas de vida). As taxas de mortalidade infantil refletem níveis de saúde, mas podem invisibilizar desigualdades entre grupos.

Registre-se, há tendência consistente de redução da mortalidade infantil indígena de menores de 1 ano no Brasil. A TMI cai de 16,9 óbitos de menores de 1 ano por mil nascidos vivos (2017) a 14,2 (2021). A TMI do DSEI Yanomami também tem se reduzido, mas mantém-se acima de 40 óbitos por mil nascidos vivos. Os DSEI's Vilhena, Médio Solimões, Rio Tapajós, Xavantes, Altamira e Amapá e Norte do Pará mantem taxas acima de 25 óbitos/por mil nascidos vivos (2021) e convivem no limite oposto com taxas bastante reduzidas. Note-se, entretanto, variações muito marcantes no comportamento das taxas que decorrem tanto de determinantes de saúde, quanto da notificação e da sensibilidade das taxas às variações decorrente do tamanho das populações.

### Mortalidade proporcional por grupos de causas

**Conceituação:** Distribuição percentual de óbitos por grupos de causas definidas na população dos DSEI's e em anos definidos. O indicador mede a participação relativa dos principais grupos de causas de morte no total de óbitos com causa definida e reflete de forma complexa os fatores como perfil demográfico, serviços públicos, especialmente de saúde, permitindo interpretar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade e mapear situações de desigualdades.

A causas de mortalidade e morbidade são organizadas pela CID 10<sup>35</sup>. O quadro faz traz uma síntese:

**Quadro B. 1 - Capítulos da CID 10**

I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias
II	Neoplasias [tumores]
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
V	Transtornos mentais e comportamentais
VI	Doenças do sistema nervoso
VII	Doenças do olho e anexos
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastoide
IX	Doenças do aparelho circulatório
X	Doenças do aparelho respiratório
XI	Doenças do aparelho digestivo
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
XIV	Doenças do aparelho geniturinário
XV	Gravidez, parto e puerpério
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal
XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade
XXI	Fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e o contato com serviços de saúde
XXII	Códigos para propósitos especiais a exemplo da Síndrome respiratória aguda grave (Severe acute respiratory syndrome) [SARS]

Fonte CID-10; <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/mxqid10lm.htm>

A tabela abaixo apresenta os DSEI's e as diferentes composições de causa de mortalidade pela CID 10.

**Tabela B. 22 - Proporções (%) de mortalidade entre indígenas por causa (capítulos CID 10) e por DSEI (BRASIL, 2012 a 2021)**

DSEI/Capítulos CID 10	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo IV	Capítulo IX	Capítulo V	Capítulo VI	Capítulo X	Capítulo XVI	Capítulo XX
-----------------------	------------	-------------	-------------	-------------	------------	-------------	------------	--------------	-------------

<sup>35</sup> Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, frequentemente designada pela sigla CID (em inglês: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD).

ALAGOAS E SERGIPE	1,1%	15,6%	7,4%	52,8%	0,4%	0,0%	10,0%	7,4%	5,2%
ALTAMIRA	33,7%	4,1%	7,1%	8,2%	0,0%	0,0%	23,5%	19,4%	4,1%
ALTO RIO JURUÁ	12,0%	10,9%	5,5%	16,4%	0,0%	0,0%	20,2%	27,3%	7,7%
ALTO RIO NEGRO	14,8%	5,2%	6,8%	23,4%	0,4%	0,0%	20,0%	12,0%	17,3%
ALTO RIO PURUS	32,5%	4,6%	7,7%	12,4%	0,3%	0,0%	21,4%	12,1%	9,0%
ALTO RIO SOLIMÕES	8,3%	7,6%	6,2%	23,9%	0,1%	0,0%	17,1%	14,0%	22,9%
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	0,6%	12,9%	7,6%	27,5%	0,0%	0,6%	14,0%	32,7%	4,1%
ARAGUAIA	2,5%	9,8%	7,4%	24,6%	0,8%	0,0%	12,3%	6,6%	36,1%
BAHIA	1,2%	17,1%	3,6%	55,2%	0,4%	0,0%	6,0%	10,7%	6,0%
CEARÁ	0,9%	20,7%	4,5%	40,9%	0,7%	0,0%	10,8%	6,5%	15,0%
CUIABÁ	4,1%	13,0%	8,9%	21,9%	3,6%	0,0%	33,1%	11,2%	4,1%
GUAMÁ-TOCANTINS	2,3%	12,4%	7,3%	34,5%	0,0%	0,0%	14,7%	20,3%	8,5%
INTERIOR SUL	2,3%	17,7%	5,4%	45,2%	0,4%	0,0%	11,9%	11,9%	5,2%
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	4,3%	18,8%	2,9%	24,6%	1,4%	0,0%	21,7%	24,6%	1,4%
KAIAPÓ DO PARÁ	14,2%	7,7%	5,9%	21,9%	0,0%	0,6%	27,8%	19,5%	2,4%
LESTE DE RORAIMA	2,9%	16,4%	6,8%	26,7%	0,1%	0,1%	22,1%	13,3%	11,5%
LITORAL SUL	2,8%	13,1%	4,7%	39,5%	0,5%	0,0%	11,7%	11,0%	16,8%
MANAUS	3,3%	9,1%	8,8%	44,5%	0,4%	0,0%	14,6%	13,1%	6,2%
MARANHÃO	5,3%	8,1%	7,5%	30,3%	0,1%	0,0%	17,9%	20,9%	9,8%
MATO GROSSO DO SUL	2,9%	6,8%	4,8%	36,8%	1,2%	0,1%	14,0%	10,5%	22,9%
MÉDIO RIO PURUS	2,8%	12,1%	7,5%	24,3%	0,0%	0,0%	11,2%	15,9%	26,2%
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	16,9%	5,4%	7,1%	11,1%	1,3%	0,2%	18,2%	19,1%	20,7%
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	7,8%	14,6%	3,5%	30,5%	1,1%	0,0%	21,6%	11,6%	9,4%
PARINTINS	1,8%	7,8%	1,8%	48,2%	0,0%	0,0%	11,4%	21,7%	7,2%
PERNAMBUCO	1,0%	17,4%	6,1%	55,7%	0,9%	0,0%	6,1%	7,2%	5,6%
PORTO VELHO	4,7%	16,5%	3,1%	30,7%	0,0%	0,0%	14,2%	25,2%	5,5%
POTIGUARA	0,6%	13,0%	9,1%	48,6%	0,3%	0,3%	8,8%	10,8%	8,6%
RIO TAPAJÓS	9,3%	9,8%	7,0%	15,4%	0,0%	0,0%	22,9%	32,2%	3,3%
TOCANTINS	5,9%	10,3%	6,9%	34,0%	0,5%	0,0%	13,8%	16,7%	11,8%
VALE DO JAVARI	7,6%	4,8%	11,7%	21,4%	0,0%	0,0%	22,1%	20,0%	12,4%
VILHENA	7,1%	14,3%	5,4%	18,5%	0,0%	0,6%	20,2%	26,8%	7,1%
XAVANTE	16,2%	4,5%	23,4%	11,9%	0,0%	0,6%	24,6%	18,1%	0,7%
XINGU	1,1%	11,5%	3,4%	23,0%	0,0%	0,0%	19,5%	32,2%	9,2%
YANOMAMI	6,8%	2,0%	11,2%	3,9%	0,1%	0,0%	18,6%	13,1%	44,5%
Total	6,7%	9,9%	7,6%	29,1%	0,5%	0,1%	16,3%	14,0%	16,0%

Fonte: SIASI/SESAI/MS

Considerando o recorte das 5 faixas etárias (< de 1 ano, de 1 a 4 anos, de 5 a 19 anos, de 20 a 49 anos e de 50 a anos ou mais), algumas considerações:

Quanto às causas de mortalidade por causa entre menores de 1 ano, na totalidade do período (2012 a 2021), as causas concentram-se no capítulo XVI (42,6%), capítulo X (23,8%) e capítulo XX (12,5%). Para a faixa de 1 a 4 anos, o capítulo X (36,4%), é seguido pelo capítulo I (28,7%) e IV (20,5%). Para crianças e adolescentes da faixa de 5 a 19, predominam as causas externas (61,5%), no capítulo XX e 11,3% do capítulo IX. Para jovens adultos da faixa de 20 a 49 anos predominam as causas externas, capítulo XX, com 42,1% e começam a aparecer as doenças do aparelho circulatório (26,4%) e as neoplasias (13,5%), percentuais que crescem como causa de mortalidade entre os maiores de 50 anos, com 53% e 16,4%, respectivamente.

Em síntese, 67% da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (1.016 mortes no período) concentra-se em crianças recém-nascidas até 4 anos, mas 19,5% dos maiores de 50 anos foram acometidos e morreram por essas causas.

As neoplasias (capítulo II), com registro de 1.513 mortes no período, atingem os maiores de 50 anos (68,2%) e adultos jovens (23,2%)<sup>36</sup>.

As doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (capítulo IV) e 1.050 mortes no período acometem pessoas maiores de 50 anos (mais de 50%) e adultos jovens (11,2%).

Isso vale para o capítulo V (transtornos mentais e comportamentais). Aqui estão transtornos relacionados ao uso do álcool e outras substâncias psicoativas. São 73 mortes no período sendo que a quase totalidade das mortes observadas para maiores de 20 anos.

O capítulo X se refere a doenças do aparelho respiratório. Foram 2.470 mortes distribuídas entre crianças até 1 ano (36%), de 1 a 4 anos (16%) e maiores de 50 anos (37,3%).

A mortalidade relacionada no período perinatal (capítulo XVI) concentram-se naturalmente nos menores de 1 ano.

A morte por causas externas (capítulo XX, em torno de 2.425 no período, concentra-se em jovens adultos (45,6%) e jovens de jovens de 15 a 19 anos (28,75). Registre-se, entretanto, a morte de 19,2% de crianças menores de 1 ano por causas externas.

Houve diminuição de 50% da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias entre menores de 4 anos e aumento da mortalidade por doenças que acometem pessoas mais velhas, como neoplasias e que são apenas em parte preveníveis e dependem de tratamentos de maior complexidade (a mortalidade é maior em quase 50% no final do período); em 2021 a mortalidade por doenças nutricionais e metabólicas em 79% em relação a 2012. A mortalidade relacionada a afecções do período perinatal também declinou, sendo em 2021, 20% menor do que em 2012. Entretanto, a mortalidade por causas externas aumentou em quase 23%.

As doenças infecciosas têm posição importante no conjunto de doenças que acometem os Povos Indígenas, ou seja, no perfil epidemiológico. Entretanto, já se pode ver a emergência de doenças crônicas não transmissíveis (obesidade, diabetes, hipertensão), bem como as formas de violências, acidentes etc. no perfil de morbidade e mortalidade.

Como a composição populacional, por sexo e etária, bem como as condições ambientais e institucionais afetam a distribuição de probabilidade da mortalidade, o quadro deve ser lido em conjunto com as

---

<sup>36</sup> Não aparecem registros das doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos, entre eles anemia e outros transtorno imunitários (capítulo III).

tabelas a seguir, onde se apresentam quantitativos da mortalidade e a distribuição da mortalidade de cada causa-CID 10 pelos DSEI's.

Na interpretação das informações é possível verificar que, a exemplo, o capítulo I é responsável por 33,7% da mortalidade do distrito Altamira, mas apenas 3,2% da mortalidade ou 33 casos entre todos os distritos pela causa apontada. A mesma CID corresponde a 13% da mortalidade no distrito Xavante, mas se refere a 134 casos, maior número do período entre os DSEI's. No DSEI Yanomami, por sua vez, as causas externas são causas importantes de mortalidade, ou seja, 44,5% e correspondem a quase 30% do total ou a 701 casos.

**Tabela B. 23 - Mortalidade entre indígenas por causa (capítulos CID 10) e por DSEI, em números absolutos (BRASIL, 2012 a 2021)**

DSEI/ Capítulos CID 10	Capítul o I	Capítul o II	Capítul o IV	Capítul o IX	Capítul o V	Capítul o VI	Capítul o X	Capítul o XVI	Capítul o XX	Total Geral
ALAGOAS E SERGIPE	3	42	20	142	1		27	20	14	269
ALTAMIRA	33	4	7	8			23	19	4	98
ALTO RIO JURUÁ	22	20	10	30			37	50	14	183
ALTO RIO NEGRO	102	36	47	161	3		138	83	119	689
ALTO RIO PURUS	105	15	25	40	1		69	39	29	323
ALTO RIO SOLIMÕES	96	88	72	277	1		199	162	266	1.161
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	1	22	13	47		1	24	56	7	171
ARAGUAIA	3	12	9	30	1		15	8	44	122
BAHIA	3	43	9	139	1		15	27	15	252
CEARÁ	7	157	34	310	5		82	49	114	758
CUIABÁ	7	22	15	37	6		56	19	7	169
GUAMÁ-TOCANTINS	4	22	13	61			26	36	15	177
INTERIOR SUL	12	92	28	235	2		62	62	27	520
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	3	13	2	17	1		15	17	1	69
KAIAPÓ DO PARÁ	24	13	10	37		1	47	33	4	169
LESTE DE RORAIMA	22	123	51	200	1	1	166	100	86	750
LITORAL SUL	12	56	20	169	2		50	47	72	428
MANAUS	9	25	24	122	1		40	36	17	274
MARANHÃO	36	55	51	205	1		121	141	66	676
MATO GROSSO DO SUL	54	125	88	679	22	1	259	194	423	1.845
MÉDIO RIO PURUS	3	13	8	26			12	17	28	107
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	107	34	45	70	8	1	115	121	131	632

MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	29	54	13	113	4		80	43	35	371
PARINTINS	3	13	3	80			19	36	12	166
PERNAMBUCO	11	195	68	626	10		69	81	63	1.123
PORTO VELHO	6	21	4	39			18	32	7	127
POTIGUARA	2	47	33	176	1	1	32	39	31	362
RIO TAPAJÓS	20	21	15	33			49	69	7	214
TOCANTINS	12	21	14	69	1		28	34	24	203
VALE DO JAVARI	11	7	17	31			32	29	18	145
VILHENA	12	24	9	31		1	34	45	12	168
XAVANTE	134	37	194	99		5	204	150	6	829
XINGU	1	10	3	20			17	28	8	87
YANOMAMI	107	31	177	61	1		293	206	701	1.577
Total	1.016	1.513	1.151	4.420	74	12	2.473	2.128	2.427	15.214

Fonte: SIASI/SESAI/MS

**Tabela B. 24 - Mortalidade proporcional (%) entre indígenas, por causa (capítulos CID 10) e por DSEI (BRASIL, 2012 a 2021)**

DSEI/ Capítulos CID 10	Capítulo I	Capítulo II	Capítulo IV	Capítulo IX	Capítulo V	Capítulo VI	Capítulo X	Capítulo XVI	Capítulo XX	Total Geral
ALAGOAS E SERGIPE	0,3%	2,8%	1,7%	3,2%	1,4%	0,0%	1,1%	0,9%	0,6%	1,8%
ALTAMIRA	3,2%	0,3%	0,6%	0,2%	0,0%	0,0%	0,9%	0,9%	0,2%	0,6%
ALTO RIO JURUÁ	2,2%	1,3%	0,9%	0,7%	0,0%	0,0%	1,5%	2,3%	0,6%	1,2%
ALTO RIO NEGRO	10,0%	2,4%	4,1%	3,6%	4,1%	0,0%	5,6%	3,9%	4,9%	4,5%
ALTO RIO PURUS	10,3%	1,0%	2,2%	0,9%	1,4%	0,0%	2,8%	1,8%	1,2%	2,1%
ALTO RIO SOLIMÕES	9,4%	5,8%	6,3%	6,3%	1,4%	0,0%	8,0%	7,6%	11,0%	7,6%
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	0,1%	1,5%	1,1%	1,1%	0,0%	8,3%	1,0%	2,6%	0,3%	1,1%
ARAGUAIA	0,3%	0,8%	0,8%	0,7%	1,4%	0,0%	0,6%	0,4%	1,8%	0,8%
BAHIA	0,3%	2,8%	0,8%	3,1%	1,4%	0,0%	0,6%	1,3%	0,6%	1,7%
CEARÁ	0,7%	10,4%	3,0%	7,0%	6,8%	0,0%	3,3%	2,3%	4,7%	5,0%
CUIABÁ	0,7%	1,5%	1,3%	0,8%	8,1%	0,0%	2,3%	0,9%	0,3%	1,1%
GUAMÁ-TOCANTINS	0,4%	1,5%	1,1%	1,4%	0,0%	0,0%	1,1%	1,7%	0,6%	1,2%
INTERIOR SUL	1,2%	6,1%	2,4%	5,3%	2,7%	0,0%	2,5%	2,9%	1,1%	3,4%
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	0,3%	0,9%	0,2%	0,4%	1,4%	0,0%	0,6%	0,8%	0,0%	0,5%
KAIAPÓ DO PARÁ	2,4%	0,9%	0,9%	0,8%	0,0%	8,3%	1,9%	1,6%	0,2%	1,1%
LESTE DE RORAIMA	2,2%	8,1%	4,4%	4,5%	1,4%	8,3%	6,7%	4,7%	3,5%	4,9%

LITORAL SUL	1,2%	3,7%	1,7%	3,8%	2,7%	0,0%	2,0%	2,2%	3,0%	2,8%
MANAUS	0,9%	1,7%	2,1%	2,8%	1,4%	0,0%	1,6%	1,7%	0,7%	1,8%
MARANHÃO	3,5%	3,6%	4,4%	4,6%	1,4%	0,0%	4,9%	6,6%	2,7%	4,4%
MATO GROSSO DO SUL	5,3%	8,3%	7,6%	15,4%	29,7%	8,3%	10,5%	9,1%	17,4%	12,1%
MÉDIO RIO PURUS	0,3%	0,9%	0,7%	0,6%	0,0%	0,0%	0,5%	0,8%	1,2%	0,7%
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	10,5%	2,2%	3,9%	1,6%	10,8%	8,3%	4,7%	5,7%	5,4%	4,2%
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	2,9%	3,6%	1,1%	2,6%	5,4%	0,0%	3,2%	2,0%	1,4%	2,4%
PARINTINS	0,3%	0,9%	0,3%	1,8%	0,0%	0,0%	0,8%	1,7%	0,5%	1,1%
PERNAMBUCO	1,1%	12,9%	5,9%	14,2%	13,5%	0,0%	2,8%	3,8%	2,6%	7,4%
PORTO VELHO	0,6%	1,4%	0,3%	0,9%	0,0%	0,0%	0,7%	1,5%	0,3%	0,8%
POTIGUARA	0,2%	3,1%	2,9%	4,0%	1,4%	8,3%	1,3%	1,8%	1,3%	2,4%
RIO TAPAJÓS	2,0%	1,4%	1,3%	0,7%	0,0%	0,0%	2,0%	3,2%	0,3%	1,4%
TOCANTINS	1,2%	1,4%	1,2%	1,6%	1,4%	0,0%	1,1%	1,6%	1,0%	1,3%
VALE DO JAVARI	1,1%	0,5%	1,5%	0,7%	0,0%	0,0%	1,3%	1,4%	0,7%	1,0%
VILHENA	1,2%	1,6%	0,8%	0,7%	0,0%	8,3%	1,4%	2,1%	0,5%	1,1%

Fonte: SIASI/SESAI/MS

### Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente (Suicídio/causas externas)

**Conceituação:** Número total de óbitos, por cem mil habitantes (100.000 habitantes), na população indígena dos DSEI's em anos considerados.

**Tabela B. 25 - Taxa de mortalidade por suicídio, por DSEI (BRASIL, 2012 a 2021)**

DSEI/Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ALTAMIRA	29,1	28,4	-	-	-	-	-	-	-	-
ALTO RIO JURUÁ	6,2	-	-	-	-	-	22,4	16,7	-	10,6
ALTO RIO NEGRO	12,2	2,4	16,4	23,7	14,5	40,9	44,6	38,0	63,4	29,2
ALTO RIO PURUS	-	-	-	7,8	22,4	36,1	31,1	24,4	8,4	26,5
ALTO RIO SOLIMÕES	24,8	39,0	30,6	18,5	18,2	42,4	44,1	51,7	27,2	37,1
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	18,5	9,0	-	8,5	-	8,1	-	7,7	-	-
ARAGUAIA	127,8	-	80,7	177,0	153,7	150,6	34,8	18,3	53,6	-
BAHIA	-	-	-	-	-	-	6,0	-	2,9	-
CEARÁ	10,3	-	6,9	-	11,3	3,8	-	10,8	7,4	3,8
CUIABÁ	-	13,3	13,1	-	14,5	-	-	-	12,9	-
GUAMÁ-TOCANTINS	-	-	12,1	-	-	-	-	-	13,1	4,4

INTERIOR SUL	-	-	-	-	-	5,2	-	17,4	5,1	2,7
KAIAPÓ DO PARÁ	-	19,7	-	-	-	-	-	-	-	-
LESTE DE RORAIMA	8,4	4,1	2,0	17,3	20,7	20,1	1,7	7,1	17,4	16,5
LITORAL SUL	8,3	-	-	12,7	-	8,6	15,6	7,9	23,8	61,7
MANAUS	-	-	3,3	-	-	-	3,2	9,7	-	9,7
MARANHÃO	5,7	8,5	19,6	14,0	8,4	16,6	2,4	10,4	6,4	17,3
MATO GROSSO DO SUL	23,5	24,3	33,5	23,7	7,2	37,4	53,3	41,7	37,9	30,5
MÉDIO RIO PURUS	12,5	-	-	63,5	76,0	-	12,6	23,7	11,4	34,7
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	13,6	30,8	13,2	38,3	12,6	33,2	82,4	20,5	20,0	29,0
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	18,4	12,1	-	-	-	17,9	5,8	5,8	17,1	11,5
PARINTINS	-	-	-	6,4	-	-	-	-	-	18,1
PERNAMBUCO	-	2,5	10,0	-	4,9	-	7,5	7,2	4,7	9,6
PORTO VELHO	-	-	-	-	-	-	-	-	9,0	-
POTIGUARA	-	-	-	-	-	-	-	-	17,7	-
TOCANTINS	-	28,3	9,1	17,7	17,3	16,8	8,1	24,0	23,3	7,6
VALE DO JAVARI	18,7	-	35,5	-	50,4	82,5	16,1	16,1	16,0	-
VILHENA	-	-	-	-	-	-	35,2	-	48,5	15,6
XAVANTE	-	-	-	-	5,0	-	-	-	4,4	4,2
XINGU	30,7	-	-	-	-	13,5	12,8	-	-	-
YANOMAMI	9,2	22,2	8,6	32,8	31,5	19,4	14,7	21,5	20,9	13,8
<b>Total</b>	<b>10,4</b>	<b>10,3</b>	<b>11,7</b>	<b>13,0</b>	<b>10,6</b>	<b>18,4</b>	<b>18,3</b>	<b>17,0</b>	<b>16,3</b>	<b>16,3</b>

Fonte: SIASI/SESAI, elaboração executores IPEA

Ao se analisar as tendências de mortalidade por suicídio entre indígenas, verifica-se um aumento do risco de morte nessa última década. Os dados informam uma oscilação da taxa de mortalidade entre os anos de 2012 a 2021, quando a taxa passou de 10,4 em 2012, apresentando os maiores valores em 2017 e 2018 (18,4 e 18,3, respectivamente), seguido de um decréscimo nos anos de 2019 a 2021, registrando nesse último ano uma taxa nacional de 16,3 óbitos por cem mil habitantes.

A evolução dessas taxas por DSEI demonstra que, mesmo com variações, alguns DSEI's se sobressaem pela expressividade das taxas de mortalidade acumuladas no período. É o caso do DSEI Araguaia, DSEI Alto Rio Solimões, DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes, DSEI Alto Rio Negro, DSEI Vale do Javari e DSEI Médio Rio Purus. Ao passo que, ao se comparar os dados de 2012 a 2021, outros DSEI se destacam pela intensidade do aumento de casos, como o DSEI Litoral Sul que registrou uma taxa de 8,3 em 2012 e 61,7, em 2021. No entanto, a ausência de informações implica numa limitação desse acompanhamento em todos os DSEI's.

### Incidência de Helminthíases

**Conceituação:** número notificado de casos novos confirmados de helmintíases, classificadas no livro CID 10, grupo B65-B83, por DSEI. As helmintíases são parasitoses provocadas por vermes que, geralmente, habitam o intestino. Estão incluídas sobre essa análise as infecções por esquistossomose e outras infestações por trematódeos (opistorquíase, clonorquíase, dicrocélie, fasciolíase, paragonimíase, fasciolopsíase, entre outras), Equinococose, Infestação por Taenia, Cisticercose,

Difilobotríase e esparganose, outras infestações por cestóides, Dracontíase, Oncocercose, Filariose, Triquinose, Ancilostomíase, Ascaridíase, Estrongiloidíase, Tricuríase, Oxiuríase, assim como outras helmintíases intestinais e parasitose intestinal não especificada

**Tabela B. 26 - Número notificado de casos novos confirmados de helmintíases (B65-B83), por DSEI (BRASIL, 2012 a 2021)**

DSEI/Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ALAGOAS E SERGIPE	4	28	36	33	158	157	118	275	58	157
ALTAMIRA			14	1	6	6	5	107	93	104
ALTO RIO JURUÁ										2
ALTO RIO NEGRO			1	378	1.513	1.026	978	1.618	1.864	2.386
ALTO RIO PURUS	4	162	193	185	251	1.060	837	828	1.072	1.038
ALTO RIO SOLIMÕES	1.902	398	424	703	2.332	4.976	5.086	4.741	3.591	1.347
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	1	290	377	164	32	11	1.011	731	374	222
ARAGUAIA						35	18	16	41	55
BAHIA					15	18	44	190	234	131
CEARÁ	405	1.220	1.520	421	264	481	438	1.015	6	2
CUIABÁ		61	438	765	404	180	338	90	52	66
GUAMÁ-TOCANTINS		164	471	317	268	257	250	231	574	399
INTERIOR SUL	15	1	3	33	60	52	147	347	176	217
KAIAPÓ DO MATO GROSSO		122	538	455	358	273	255	410	152	77
KAIAPÓ DO PARÁ	3	127	64	163	110	114	230	180	235	926
LESTE DE RORAIMA	3	1.564	2.008	2.848	3.305	4.586	3.666	1.188	622	693
LITORAL SUL		1	4	2		61	165	33	30	48
MANAUS	6	1.025	1.278	1.462	2.418	1.213	1.146	4.692	2.993	590
MARANHÃO									42	141
MATO GROSSO DO SUL				450	754	1.049	1.170	651	573	610
MÉDIO RIO PURUS	3	698	908	1.154	2.822	2.370	2.100	4.990	2.819	1.351
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	519	154	1.475	1.818	1.367	2.997	2.447	3.993	1.230	299
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	2	318	1.069	779	763	617	449	344	351	306
PARINTINS		13	15	109	292	339	462	687	448	859
PERNAMBUCO	2	266	515	78	111	116	127	246	177	261
PORTO VELHO			296	529	635	598	680	1.277	815	460
POTIGUARA		551	1.012	530	514	450	487	465	198	250
RIO TAPAJÓS	1	350	1.547	2.160	1.800	805	626	747	37	89
TOCANTINS				1		8	50	68	30	56
VALE DO JAVARI			74	19	39	12	11	41	126	291
VILHENA	90	43	255	104	416	237	329	119	93	81
XAVANTE		285	365	180	316	238	466	575	291	209
XINGU				1			64	658	382	283
YANOMAMI	5	453	299	117	29	17	210	139	89	2.200
<b>Total</b>	<b>2.965</b>	<b>8.294</b>	<b>15.199</b>	<b>15.959</b>	<b>21.352</b>	<b>24.359</b>	<b>24.410</b>	<b>31.692</b>	<b>19.868</b>	<b>16.206</b>

Fonte: SIASI/SESAI, elaboração executores IPEA

A incidência de Helmintíase na população indígena cresceu progressivamente entre os anos de 2012 a 2019, ano em que configura o ápice da série histórica, quando registrou 31.692 casos. Nos anos últimos em análise, a notificação dos casos apresenta um declínio, alcançando o patamar de 16.206 em 2021.

A região com maior incidência de casos de helmintíases é a região Norte, onde se localizam os 5 DSEI's com o maior número de casos acumulados nessa última década. São eles: DSEI Alto Rio Solimões, DSEI Leste de Roraima, DSEI Médio Rio Purus, DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes e DSEI Manaus.

## Incidência de Doenças Infecciosas Intestinais

**Conceituação:** número notificado de casos novos confirmados de doenças infecciosas intestinais por DSEI. As doenças infecciosas intestinais tratam de doença causada por um agente infeccioso ou suas toxinas que ocorre através da transmissão direta ou indireta deste agente infeccioso ou de seus produtos, de uma pessoa infectada ou via um animal infectado, um vetor, ou através do meio ambiente inanimado até um animal susceptível ou hospedeiro humano. Compreendem diversas categorias, como: amebíase, cólera, diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível, febres tifóide e paratifóide, Shigelose, infecções intestinais virais (outras e as não especificadas), outras doenças intestinais por protozoários, infecções intestinais bacterianas, infecções por Salmonella e intoxicações alimentares bacterianas, não classificadas em outra parte.

**Tabela B. 27 - Incidência de doenças infecciosas intestinais, por DSEI (BRASIL, 2012 a 2021)**

DSEI/Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ALAGOAS E SERGIPE	2	5	73	69	121	161	86	197	117	46
ALTAMIRA			36	1	93	71	88	73	68	8
ALTO RIO JURUÁ									1	
ALTO RIO NEGRO			3	22	126	128	366	764	293	76
ALTO RIO PURUS	2	28	33	32	34	280	359	374	459	23
ALTO RIO SOLIMÕES	2.270	710	1.406	1.051	2.475	4.364	4.341	4.835	4.302	176
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	1	53	70	170	155	172	197	353	108	40
ARAGUAIA				8	2	110	165	125	31	3
BAHIA					46	15	46	127	237	16
CEARÁ	65	281	500	184	234	283	426	438	18	
CUIABÁ		115	211	174	355	236	196	105	141	12
GUAMÁ-TOCANTINS	1	57	163	83	132	324	227	464	413	28
INTERIOR SUL	200	17	1	111	236	449	642	952	603	42
KAIAPÓ DO MATO GROSSO		78	330	394	292	171	183	74	128	8
KAIAPÓ DO PARÁ		256	325	255	217	163	74	112	465	1
LESTE DE RORAIMA		505	356	635	978	100	595	1.739	725	77
LITORAL SUL			4		13	81	142	167	219	3
MANAUS	2	82	333	419	455	367	348	615	453	101
MARANHÃO									61	1
MATO GROSSO DO SUL		4	1	843	1.256	1.962	3.032	1.878	1.034	71
MÉDIO RIO PURUS	4	125	204	237	201	144	77	83	130	12
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	206	78	361	212	31	101	384	1.486	1.829	144
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	15	774	1.638	1.143	1.438	1.662	1.672	642	728	75
PARINTINS			23	169	701	235	297	285	264	3

PERNAMBUCO	45	108	64	129	260	210	360	261	5	
PORTO VELHO		111	41	361	560	925	783	353	21	
POTIGUARA	270	222	125	184	171	173	191	117	39	
RIO TAPAJÓS	118	1.145	997	1.217	1.366	784	1.177	981	114	
TOCANTINS	27	3	2	3	23	119	77	29	8	
VALE DO JAVARI		96	90	35	13	140	326	418	7	
VILHENA	295	202	244	43	166	182	77	215	110	
XAVANTE	3	113	463	743	907	1.414	2.214	2.384	1.891	
XINGU				2		19	219	698	600	
YANOMAMI	10	894	1.588	1.477	848	730	2.232	2.416	1.220	
<b>TOTAL</b>	<b>3.076</b>	<b>4.837</b>	<b>10.051</b>	<b>9.796</b>	<b>13.441</b>	<b>16.317</b>	<b>21.036</b>	<b>24.515</b>	<b>18.807</b>	<b>8.407</b>

Fonte: SIASI/SESAI, elaboração executores IPEA

A maior incidência de casos de doenças infecciosas intestinais registradas no período, considerando o acumulado nacional, foi entre os anos de 2018 a 2020, quando chegaram a registrar um aumento de 8 vezes em comparação a 2012. Entre 2020 e 2021 houve uma considerável diminuição de casos. Nesse último ano, 2021, foram registrados 8.407 casos de doenças infecciosas intestinais, dos quais 57% referiam-se a um único DSEI, o DSEI Yanomami (4.838).

Na análise por DSEI, o comportamento de casos registrados não é homogêneo, assim como verificado em outros indicadores, demonstrando oscilações positivas e negativas no período. No acumulado, registram os maiores números de ocorrências os DSEI Alto Rio Solimões, seguido pelo DSEI Yanomami, DSEI Xavante e DSEI Mato Grosso do Sul.

### Incidência de Tuberculose

**Conceituação:** número notificado de casos novos confirmados de tuberculose por DSEI.

**Coefficiente de incidência:** Número de casos por 100.000 habitantes

**Tabela B. 28 - Incidência de casos novos de Tuberculose, por DSEI (BRASIL, 2012 a 2021)**

DSEI's/ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ALAGOAS E SERGIPE	3		2	1		5	3	3	1	5
ALTAMIRA	3	2	3		1	8	1	11	7	5
ALTO RIO JURUÁ			4		4	8	4	8	5	
ALTO RIO NEGRO	9	6	10	28	18	34	33	10	28	12
ALTO RIO PURUS	1	1	2	4	7	11	18	3	2	12
ALTO RIO SOLIMÕES	12	11	5	22	26	27	27	23	27	25
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	1	1					9	11	2	
ARAGUAIA	31	20	6	1	9	6	9	16	9	12
BAHIA		1	1	1	2	2	9	20	17	8
CEARÁ	1	2	13	9	11	5	6	7	4	6
CUIABÁ	9	5		9	6	9	7	9	1	
GUAMÁ-TOCANTINS	3	6	5	9	8	10	10	11	2	10
INTERIOR SUL		2	3	8	24	37	15	17	6	8

KAIAPÓ DO MATO GROSSO	10	8	41	12	25	39	33	26	3	4
KAIAPÓ DO PARÁ	20	15	8	25	20	16	23	23	34	35
LESTE DE RORAIMA	11	7	2	9	10	11	6	9	11	12
LITORAL SUL	4	1	5	5	5	5	3	15	4	4
MANAUS	8	1	9	14	26	19	11	22	15	6
MARANHÃO		2	8	16	45	39	37	28	12	22
MATO GROSSO DO SUL	54	33	2	17	98	110	131	114	76	53
MÉDIO RIO PURUS	2	1	7	13	7	10	5	7	8	2
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	1	14	27	21	19	15	34	16	12	12
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	4	9	6		4	5	7	2	6	3
PARINTINS	7	5		7	12	10	13	8	2	6
PERNAMBUCO	2	4	1	5	4	6	11	5	7	4
PORTO VELHO	11	9	3	3	11	10	7	7	7	4
POTIGUARA	1	5	2	1	2	1	2	4	3	5
RIO TAPAJÓS	19	6	7	22	28	29	13	40	15	7
TOCANTINS	8	1	3	4	9	11	14	7	12	4
VALE DO JAVARI	8		1	5	2	3	7	4	1	2
VILHENA	48	40	14	15	12	15	7	8	21	10
XAVANTE	31	10	56	205	180	14	37	34	37	30
XINGU	9	1	4	6	8	5	1	4	3	
YANOMAMI	8	1	17	13	15	24	29	23	18	16
Total Geral	339	230	277	510	658	559	582	555	418	344

Fonte: SIASI/SESAI, elaboração executores IPEA

Foram notificados 344 casos novos confirmados de tuberculose em indígenas durante o ano de 2021 em todo o país, aproximando-se de valores equivalentes a 2012 (339). O número de casos novos havia diminuído entre os anos de 2013 e 2014, quando comparados ao ano de 2012, seguidos por um aumento entre os anos 2015 e 2019 e um gradual declínio dos casos em 2020 e 2021. Em 2013 registrou o menor número, 230 casos notificados, e em 2016, o maior número, 658 casos notificados.

No acumulado da série histórica, o DSEI Mato Grosso do Sul (688) e o DSEI Xavante (634), demonstraram ser as regiões com o maior risco de um indígena vir a desenvolver tuberculose, mesmo com uma tendência de diminuição de casos novos notificados.

A tabela abaixo apresenta os coeficientes de incidência de tuberculose por DSEI. A despeito das flutuações e o coeficiente relativamente baixo para a totalidade, as taxas de incidência da tuberculose corroboram o peso significativo da doença em alguns dos distritos como já assinalado.

**Tabela B. 29 - Coeficiente de incidência de Tuberculose, por DSEI (BRASIL, 2012 a 2021)**

DSEI's/ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ALAGOAS E SERGIPE	25	-	16	8	-	41	23	22	8
ALTAMIRA	87	57	82	-	25	196	23	240	148
ALTO RIO JURUÁ	-	-	24	-	23	45	22	44	27
ALTO RIO NEGRO	22	14	23	66	44	87	92	35	99
ALTO RIO PURUS	9	8	16	31	52	79	140	24	17
ALTO RIO SOLIMÕES	19	17	7	31	36	38	37	33	39
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	9	9	-	-	-	-	71	84	15

ARAGUAIA	660	414	121	20	173	113	157	293	161
BAHIA	-	3	3	3	7	7	27	57	49
CEARÁ	3	7	45	33	41	19	22	25	15
CUIABÁ	123	67	-	128	87	132	96	118	13
GUAMÁ-TOCANTINS	38	74	61	107	94	114	57	49	9
INTERIOR SUL	-	6	8	21	62	97	36	42	15
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	176	137	810	229	511	783	676	533	61
KAIAPÓ DO PARÁ	403	295	154	464	359	288	381	372	558
LESTE DE RORAIMA	23	14	4	17	19	20	10	16	19
LITORAL SUL	17	4	21	21	21	21	12	59	16
MANAUS	27	3	30	46	87	63	35	71	48
MARANHÃO	-	6	22	45	127	108	89	58	26
MATO GROSSO DO SUL	67	40	2	20	117	133	166	144	96
MÉDIO RIO PURUS	25	13	88	165	89	143	63	83	91
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	5	62	119	89	80	62	156	82	60
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	25	54	36	-	24	30	41	12	34
PARINTINS	49	34	-	45	74	60	79	51	12
PERNAMBUCO	5	10	2	13	10	15	28	12	16
PORTO VELHO	122	97	31	30	109	98	67	65	63
POTIGUARA	7	35	14	7	13	7	13	24	18
RIO TAPAJÓS	180	55	62	187	228	228	101	295	107
TOCANTINS	78	9	27	35	78	93	113	56	93
VALE DO JAVARI	150	-	18	86	34	50	113	65	16
VILHENA	761	616	210	220	172	214	123	130	339
XAVANTE	180	56	301	1.068	906	68	173	153	161
XINGU	138	15	58	84	111	68	13	50	36
YANOMAMI	37	4	73	53	59	93	107	83	63
Total Geral	48	32	38	69	89	75	75	71	54

Fonte: SIASI/SESAI, elaboração executores IPEA

### Taxa de Prevalência de Diabetes

**Conceituação:** Número de casos de diabetes mellitus, por 1.000 habitantes, existentes em cada DSEI, no ano considerado.

**Tabela B. 30 - Taxa de prevalência de Diabetes, por DSEI (BRASIL, 2012 a 2021)**

DSEI's/ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ALAGOAS E SERGIPE	-	1,0	10,5	4,1	3,3	7,7	10,0	6,3	9,0	14,4
ALTAMIRA	-	-	1,4	-	1,0	0,2	0,9	1,5	3,6	0,8

ALTO RIO JURUÁ	-	-	-	-	-	-	-	1,9	-	0,2
ALTO RIO NEGRO	-	-	-	0,1	0,6	0,1	1,5	1,5	0,8	1,2
ALTO RIO PURUS	-	-	0,2	0,4	0,5	0,3	1,0	0,7	0,9	1,5
ALTO RIO SOLIMÕES	0,1	0,1	0,5	0,1	0,6	0,7	0,5	0,4	0,5	0,9
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	-	-	-	1,7	1,6	0,9	3,9	5,0	4,0	8,4
ARAGUAIA	0,4	0,2	0,4	0,4	0,2	-	0,2	-	0,5	2,1
BAHIA	-	-	-	0,1	1,9	3,1	4,2	4,9	4,2	1,9
CEARÁ	3,2	15,0	23,8	6,7	3,6	3,0	7,2	9,8	4,3	3,0
CUIABÁ	-	-	10,3	3,8	5,5	6,2	6,6	5,4	9,4	8,7
GUAMÁ-TOCANTINS	0,1	0,2	2,5	1,4	1,1	2,2	1,0	1,2	3,4	1,4
INTERIOR SUL	0,6	0,1	0,2	0,5	0,4	0,5	1,6	8,7	5,9	10,2
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	-	-	2,0	0,6	0,6	1,0	3,1	1,0	1,6	0,8
KAIAPÓ DO PARÁ	-	-	0,2	0,4	-	-	0,2	0,6	1,1	0,3
LESTE DE RORAIMA	-	0,9	1,2	0,4	1,5	0,2	2,3	3,5	2,6	3,7
LITORAL SUL	-	-	-	-	0,0	0,2	0,5	2,2	1,4	2,3
MANAUS	-	0,5	2,5	0,6	1,1	0,9	1,5	2,5	3,0	3,1
MARANHÃO	0,1	0,1	1,7	0,0	0,0	0,0	0,3	-	0,5	5,0
MATO GROSSO DO SUL	-	-	0,0	0,7	1,2	2,2	5,5	7,6	6,6	7,9
MÉDIO RIO PURUS MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	-	0,1	1,3	0,4	1,3	1,6	0,8	1,4	1,5	3,2
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	0,6	0,3	0,3	0,1	1,5	2,5	0,7	0,3	0,4	0,3
PARINTINS	-	0,4	11,1	2,5	7,4	7,2	11,9	8,0	5,7	6,6
PERNAMBUCO	-	-	0,1	0,1	1,1	1,3	0,7	1,4	0,6	0,6
PORTO VELHO	-	0,9	5,3	3,3	6,4	3,8	5,8	7,5	5,7	5,6
POTIGUARA	-	-	0,7	0,2	1,3	1,6	0,7	0,6	0,6	0,7
RIO TAPAJÓS	-	4,1	12,7	3,0	7,1	8,1	9,4	13,9	11,4	17,7
TOCANTINS	-	0,1	-	-	0,2	0,7	0,5	0,5	0,4	0,8
VALE DO JAVARI	0,1	0,5	1,2	0,4	0,1	1,2	0,2	3,0	3,9	10,2
VILHENA	-	-	0,7	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3	-
XAVANTE	3,2	6,2	1,8	0,9	1,0	2,8	4,9	1,3	1,3	0,8
XINGU	-	1,4	21,2	14,1	3,4	0,9	10,2	2,3	7,5	9,8
YANOMAMI	-	-	1,0	0,3	-	-	1,8	0,5	0,7	1,2
<b>Total</b>	<b>0,2</b>	<b>1,0</b>	<b>3,0</b>	<b>1,3</b>	<b>1,6</b>	<b>1,6</b>	<b>3,0</b>	<b>3,8</b>	<b>3,3</b>	<b>4,3</b>

Fonte: SIASI/SESAI, elaboração executores IPEA

Verifica-se, a partir das taxas de prevalência de Diabetes apresentada, um aumento na média nacional, que passa de 0,2, em 2012, para 4,3, em 2021. Tendência essa que se reflete em diversos DSEI's, com potencial para configurar um problema de saúde pública em alguns deles. Destacam-se, a partir dos

dados 2021, os DSEI Potiguara (17,7), DSEI Alagoas e Sergipe (14,4), DSEI Tocantins e DSEI Interior Sul (ambos com uma taxa de 10,2), DSEI Xavante (9,8), DSEI Cuiabá (8,7), DSEI Pará (8,4), DSEI Mato Grosso do Sul (7,9), DSEI Minas Gerais e Espírito Santo (6,6), DSEI Pernambuco (5,6) e DSEI Maranhão (5,0), todos acima da média nacional.

Um dos fatores possíveis que explicam esse aumento é o envelhecimento progressivo da população indígena, que acaba condicionando uma tendência ascendente da taxa e, ainda, questões relacionadas à insegurança nutricional, acessando alimentos externos aos hábitos locais. Esse contexto traz a demanda não apenas por maior eficiência no diagnóstico laboratorial, do qual a confirmação diagnóstica é dependente, como impõe desafios para a realização de inquéritos populacionais com maior constância.

### Taxa de Prevalência de Hipertensão Arterial

**Conceituação:** Percentual de casos na população que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, por DSEI, no período considerado.

**Tabela B. 31 - Taxa de Prevalência de Hipertensão Arterial, por DSEI (BRASIL, 2012 a 2021)**

DSEI/Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ALAGOAS E SERGIPE	-	1,2	38,0	11,4	11,0	19,7	26,6	16,5	21,9	35,4
ALTAMIRA	-	-	12,6	0,3	4,1	5,1	2,5	10,0	10,2	0,2
ALTO RIO JURUÁ	-	-	-	-	-	-	0,6	8,7	-	0,5
ALTO RIO NEGRO	0,0	-	0,0	0,5	5,2	6,0	9,9	13,2	6,4	6,1
ALTO RIO PURUS	-	0,1	0,5	0,4	2,2	2,9	15,8	7,2	16,1	18,1
ALTO RIO SOLIMÕES	0,6	0,2	2,8	0,7	2,1	3,3	1,7	1,8	1,7	1,4
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	-	0,2	-	-	0,3	0,8	1,2	0,8	7,3	13,4
ARAGUAIA	0,9	-	0,4	0,6	0,4	1,5	1,6	0,7	1,8	6,2
BAHIA	-	-	-	0,3	7,4	9,0	14,1	17,9	11,8	5,5
CEARÁ	4,5	35,2	63,1	18,6	8,9	9,5	20,6	23,2	8,4	5,8
CUIABÁ	-	0,5	35,9	6,4	13,4	13,9	19,0	17,6	39,6	19,8
GUAMÁ-TOCANTINS	-	0,2	4,0	1,0	2,6	6,7	3,3	3,2	9,2	4,7
INTERIOR SUL	2,7	0,2	0,5	1,1	1,4	1,4	6,4	27,2	17,9	31,5
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	-	-	11,1	1,9	4,1	6,2	11,7	12,7	15,7	6,4
KAIAPÓ DO PARÁ	-	0,6	2,7	3,7	-	0,9	1,8	2,8	3,4	1,6
LESTE DE RORAIMA	-	6,4	3,8	2,1	3,2	0,6	3,3	4,2	4,2	2,2
LITORAL SUL	-	-	0,4	0,0	-	0,8	0,6	10,1	4,9	4,0
MANAUS	-	2,3	9,2	2,0	5,3	3,3	5,3	6,3	9,1	14,4
MARANHÃO	-	0,0	0,2	0,5	0,0	0,0	1,1	0,1	1,7	16,7
MATO GROSSO DO SUL	-	-	-	2,1	3,4	6,0	10,7	15,4	10,4	9,4
MÉDIO RIO PURUS	-	4,2	19,9	3,7	5,7	9,3	7,3	12,2	13,5	16,7
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	2,5	1,5	6,7	1,7	1,9	9,1	1,6	0,7	1,2	1,3
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	-	1,5	28,8	9,0	15,9	19,4	23,6	26,1	9,1	9,7
PARINTINS	-	-	0,5	0,6	6,6	6,3	4,0	5,8	4,6	4,1
PERNAMBUCO	-	1,5	25,0	17,5	19,4	15,8	25,3	26,9	16,7	12,9
PORTO VELHO	-	0,2	9,0	1,5	6,2	8,7	6,5	9,3	7,6	5,6
POTIGUARA	-	7,9	47,6	7,6	10,9	11,1	16,6	24,0	26,1	46,9
RIO TAPAJÓS	-	0,3	0,6	-	8,9	6,0	2,3	3,0	1,9	3,0
TOCANTINS	0,1	0,5	3,1	1,7	0,8	4,6	1,8	10,7	9,0	11,1
VALE DO JAVARI	-	-	2,1	0,5	1,8	-	0,6	-	0,6	0,5
VILHENA	3,5	6,5	8,1	3,4	2,7	4,6	4,6	3,3	5,0	0,8

XAVANTE	-	1,9	24,1	11,2	4,9	1,7	15,2	2,7	3,4	9,9
XINGU	-	-	15,4	0,1	-	-	6,9	0,6	3,2	3,8
YANOMAMI	-	0,0	0,1	0,0	0,1	0,8	1,4	0,2	0,2	2,1
<b>Total</b>	0,5	2,5	9,2	3,4	4,8	5,4	8,2	10,5	8,1	9,6

Fonte: SIASI/SESAI, elaboração executores IPEA

A frequência de adultos indígenas que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial variou entre 0,2% no DSEI Altamira e 46,9% no DSEI Potiguara. Observa-se que a prevalência aumentou desde o início da série histórica, mesmo oscilando durante o período, que registrou em 2012, 0,5%, alcançando o ápice em 2019 (10,5%), chegando em 2021 com 9,6%.

Com relação à distribuição da prevalência de indivíduos com diagnóstico médico de hipertensão arterial na população indígena adulta, as maiores frequências foram observadas na região Nordeste. É conhecido que a prevalência elevada de hipertensão arterial está associada à maior frequência de outras doenças crônicas não transmissíveis.

### Incidência de Desnutrição

**Conceituação:** número notificado de agravos de Desnutrição, classificadas no livro CID 10 no grupo E40 a E46, por DSEI. Inclui as seguintes categorias: Kwashiorkor, Marasmo nutricional, Kwashiorkor marasmático, Desnutrição protéico-calórica grave não especificada, Desnutrição protéico-calórica de graus moderado e leve, Atraso do desenvolvimento devido à desnutrição protéico-calórica e Desnutrição protéico-calórica não especificada.

O grau de desnutrição é usualmente medido em termo de peso, expresso em desvio-padrão da média na população de referência relevante. Quando uma ou mais medidas prévias são disponíveis, a falta de ganho de peso em crianças, ou a evidência de perda de peso em crianças ou adultos, é geralmente indicador de desnutrição. Quando somente uma medida é disponível, o diagnóstico se baseia em probabilidades e não é definitivo sem outros testes clínicos ou laboratoriais. Nas circunstâncias excepcionais em que não se dispõe de medidas de peso, deve-se confiar na evidência clínica.

**Tabela B. 32 - Incidência de desnutrição (E40-E46), por DSEI (BRASIL, 2012-2021)**

DSEI/Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ALAGOAS E SERGIPE	-	-	-	3	5	6	7	2	-	-
ALTAMIRA	-	-	23	1	8	1	1	12	8	2
ALTO RIO NEGRO	-	-	-	4	8	4	12	163	224	475
ALTO RIO PURUS	-	-	2	-	5	1	7	9	8	14
ALTO RIO SOLIMÕES	15	-	21	10	35	22	24	30	31	26
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	-	-	2	1	-	-	2	11	9	2
ARAGUAIA	-	-	-	-	-	3	2	1	1	3
BAHIA	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-
CEARÁ	-	2	17	2	1	4	4	14	-	-
CUIABÁ	-	1	6	11	20	2	6	3	5	5
GUAMÁ-TOCANTINS	-	4	2	1	5	2	6	4	5	1
INTERIOR SUL	2	1	-	-	1	-	4	2	5	17
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	-	-	9	2	4	9	11	-	-	1
KAIAPÓ DO PARÁ	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-

LESTE DE RORAIMA	-	4	6	6	2	1	4	11	6	5
LITORAL SUL	-	-	-	-	-	3	7	20	8	11
MANAUS	-	-	4	1	6	7	2	26	2	3
MARANHÃO	-	-	-	-	-	-	-	-	4	5
MATO GROSSO DO SUL	-	1	-	37	39	26	19	18	68	58
MÉDIO RIO PURUS	-	6	1	14	50	1	6	7	12	13
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	516	3	7	11	52	49	12	146	81	78
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	-	60	127	71	21	14	40	17	23	13
PARINTINS	-	-	-	-	3	6	11	2	2	1
PERNAMBUCO	-	2	19	15	37	47	13	16	3	4
PORTO VELHO	-	-	6	-	20	6	4	7	3	-
POTIGUARA	-	20	18	5	7	2	5	3	4	1
RIO TAPAJÓS	-	-	5	-	8	13	7	8	15	7
TOCANTINS	-	-	-	-	1	-	-	2	1	1
VALE DO JAVARI	-	-	1	1	-	-	-	-	1	4
VILHENA	16	8	105	10	35	19	7	4	4	3
XAVANTE	-	23	33	26	27	11	136	272	196	288
XINGU	-	-	-	-	-	-	2	-	1	2
YANOMAMI	-	20	22	13	14	31	29	65	18	37
<b>Total</b>	<b>549</b>	<b>155</b>	<b>437</b>	<b>245</b>	<b>414</b>	<b>290</b>	<b>391</b>	<b>875</b>	<b>749</b>	<b>1080</b>

Fonte: SIASI/SESAI, elaboração executores IPEA

Os agravos referentes à desnutrição da população indígena no país apresentaram um acentuado aumento nos anos de 2020 e 2021, registrando o ápice de casos em 2021 (1.080). Os DSEI's que mais agravos foram notificados foram: DSEI Alto Rio Negro (475) e DSEI Xavante (288), que juntos representam 70% de todos os casos notificados no país.

Embora os comportamentos dos DSEI's variem, verifica-se que em comum, a maioria dos DSEI teve um agravamento da situação nesses últimos anos, demonstrando os impactos da pandemia na vulnerabilidade alimentar e nutricional desse grupo populacional.

### Mortalidade por causas evitáveis<sup>37</sup>

**Conceituação:** número notificado de óbitos que possuem a característica de que poderiam total ou parcialmente terem sido evitados pela presença do serviço público de saúde, por DSEI. As tabelas apresentam valores correlacionados à uma classificação de evitabilidade.

**Tabela B. 33 - Redutíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido, por DSEI (BRASIL, 2012-2021)**

DSEI/Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ALAGOAS E SERGIPE			1	2	2	2				1
ALTAMIRA		4	3			1				2
ALTO RIO JURUÁ	1					4	7	4		1
ALTO RIO NEGRO	1			2	3	4	4	5	2	1
ALTO RIO PURUS		1		1	4		2	1	2	1
ALTO RIO SOLIMÕES	8	5	3	2		3	5	4	2	2
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	1	1	2	1	2	2	2	1		4
ARAGUAIA									1	
BAHIA	1						1	1	1	
CEARÁ	1	2	1	2			4			1
CUIABÁ		1	1	1					1	
GUAMÁ-TOCANTINS		1		1	3		2	1	1	
INTERIOR SUL	5	2		1		2		4	4	2
KAIAPÓ DO MATO GROSSO				2				1		
KAIAPÓ DO PARÁ		2			1	1	1	1	1	
LESTE DE RORAIMA	1		2	6	4	2	1	2	6	6
LITORAL SUL	2		1	1	2	1			2	
MANAUS		1	3	2		2	2	1	1	1
MARANHÃO			5		8	6	5	2	3	4
MATO GROSSO DO SUL	20	8	5	6	5	3	8	6	2	2
MÉDIO RIO PURUS		1			3		1			
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES			1		6	10	5	2	5	3
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO		2	2	1	4			1		
PARINTINS	3			1			1	1	3	
PERNAMBUCO	1	2	3	2	2	4	8	4	2	1
PORTO VELHO	4	3	4	1		1			1	
POTIGUARA	3	1		2	3	2	1			3

<sup>37</sup> MALTA, D<C et al Lista de causas de mortes evitáveis por intervenção do Sistema único de Saúde do Brasil. Epidemiologia e serviço de saúde, 16:233-44, 2007.

RIO TAPAJÓS	1	3	1	1		2		1	1	1
TOCANTINS	2	2	2	1	1			1		
VALE DO JAVARI		1				2	2			
VILHENA	3	2	2	1	2			1	1	1
XAVANTE		6	11	5	5	4	6	4	7	2
XINGU			1			1			2	1
YANOMAMI	30	30	13	4	4	2	2	1	13	3
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>81</b>	<b>67</b>	<b>49</b>	<b>64</b>	<b>61</b>	<b>70</b>	<b>50</b>	<b>64</b>	<b>43</b>

Fonte: SIASI/SESAI, elaboração executores IPEA

Em relação ao número das notificações de mortalidade relacionadas às redutíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido, verifica-se uma tendência à diminuição, que registrou 88 casos em 2012, passaram por algumas oscilações no período, e terminou o ano de 2021 com 41 casos notificados. Entre os DSEI's, verifica-se uma variação pequena desses agravos. O DSEI Amapá e Norte do Pará foi o que apresentou maior número em 2021, totalizando 4 registros.

**Tabela B. 34 - Redutíveis por ações intersetoriais adequadas de promoção e prevenção e atenção a causas externas, por DSEI (BRASIL, 2012-2021)**

DSEI/Anos	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ALTAMIRA	1	1								
ALTO RIO JURUÁ	1						5	3		2
ALTO RIO NEGRO	5	1	7	10	7	16	17	13	19	8
ALTO RIO PURUS				1	3	5	4	3	1	3
ALTO RIO SOLIMÕES	16	26	21	13	14	31	32	36	19	28
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	2	1		1		1		1		
ARAGUAIA	6		4	9	8	8	2	1	3	
BAHIA							2		1	
CEARÁ	3		2		3	1		3	3	1
CUIABÁ		1	1		1				1	
GUAMÁ-TOCANTINS			1						3	1
INTERIOR SUL						2		7	2	1
KAIAPÓ DO MATO GROSSO									1	
KAIAPÓ DO PARÁ		1								
LESTE DE RORAIMA	4	2	1	9	11	11	1	4	10	9
LITORAL SUL	2			3		3	4	2	6	15
MANAUS			1				1	3		3
MARANHÃO	2	3	7	5	3	6	1	5	3	7
MATO GROSSO DO SUL	19	20	28	20	6	32	42	33	30	25
MÉDIO RIO PURUS	1			5	6		1	5	1	3
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	3	9	4	9	5	13	22	6	4	6
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	3	2	1			3	1	2	3	2
PARINTINS				1						3
PERNAMBUCO		1	4		2		3	3	2	4
PORTO VELHO									1	
POTIGUARA									3	
RIO TAPAJÓS		1			1					
TOCANTINS		3	1	2	2	2	1	3	3	1
VALE DO JAVARI	1		3		3	5	1	1	1	
VILHENA							2		3	1

XAVANTE					1				1	1
XINGU	2					1	1			
YANOMAMI	2	5	2	8	8	5	4	6	7	6
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>77</b>	<b>88</b>	<b>96</b>	<b>84</b>	<b>145</b>	<b>147</b>	<b>140</b>	<b>131</b>	<b>130</b>

Fonte: SIASI/SESAI, elaboração executores IPEA

Ao se observar o comportamento de cada DSEI em relação à mortalidade por causas evitáveis, considerando as redutíveis por ações intersetoriais adequadas de promoção e prevenção e atenção a causas externas, destaca-se o DSEI Mato Grosso do Sul (255) e o DSEI Alto Rio Solimões (236) que apresentam um número mais expressivo em relação aos outros DSEI's. Esses valores não apenas os colocam em evidência no acumulado desses últimos dez anos, como permanecem no ano de 2021.

No total, dentre as causas de mortalidade evitáveis aqui verificadas, essa acumula o segundo maior número de notificações acumuladas no período (1111 casos).

**Tabela B. 35 - Redutíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento, por DSEI (BRASIL, 2012-2021)**

DSEI/Anos	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ALAGOAS E SERGIPE	2	2	1	2	2	1	3	3	1	2
ALTAMIRA	3	2	2	2	1	1			1	1
ALTO RIO JURUÁ	1	2			1		1		1	1
ALTO RIO NEGRO	2	1	3	3	5	6	9	11	11	6
ALTO RIO PURUS	1	8	4	8	9	3	4	1	3	2
ALTO RIO SOLIMÕES	13	14	14	11	12	12	17	12	3	4
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ				1					1	2
ARAGUAIA							2			
BAHIA				1		1		2		
CEARÁ	4		2	2	3	6	3	5		
CUIABÁ	2	4	2	4	1		2	2	3	4
GUAMÁ-TOCANTINS		1	4		1	1	1	2	3	
INTERIOR SUL	2	3			3		4	6		9
KAIAPÓ DO MATO GROSSO			2	1		1		1		
KAIAPÓ DO PARÁ	1	2	3	2	2		3	3	3	1
LESTE DE RORAIMA	1	1	3	1	6	10	10	9	9	11
LITORAL SUL	3	1	4		5	2	6	4	1	
MANAUS		2		2	1	2	4	5	1	1
MARANHÃO	1	1	1	4	2	7	3	4	9	5
MATO GROSSO DO SUL	4	8	5	18	24	23	27	30	24	16
MÉDIO RIO PURUS							3		3	2
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	1	3	3	1	4		14	4	6	2
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	2	1		1	3	2	4	5	4	

PARINTINS	2				2	1	2	1		
PERNAMBUCO	1	2	1		4	3	1	5	2	
PORTO VELHO		1	2	1	1		3		1	
POTIGUARA	1		1		2	1	2	5	2	
RIO TAPAJÓS	1		1	1	1		2	3		
TOCANTINS	3	1	1	1	1	3	1	4	1	
VALE DO JAVARI	1	1	4	2		2	2	6		
VILHENA						1			2	
XAVANTE	2	3	9	8	2	1	4	11	13	
XINGU		2	4				1	2	2	
YANOMAMI		1		1	4	2	1	2	2	
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>67</b>	<b>76</b>	<b>78</b>	<b>100</b>	<b>93</b>	<b>137</b>	<b>148</b>	<b>114</b>	<b>103</b>

Fonte: SIASI/SESAI, elaboração executores IPEA

Considerando os casos de mortalidade por causas evitáveis, em específico as redutíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento, os DSEI anteriormente mencionados, DSEI Mato Grosso do Sul (179) e DSEI Alto Rio Solimões (112) também se destacam com o maior número de casos acumulados nessa última década. Em 2021, dos 103 casos notificados, 16 foram no DSEI Mato Grosso do Sul, 12 no DSEI Xavante, 11 no DSEI Leste de Roraima, 10 no DSEI Yanomami e 9 no DSEI Interior Sul. Todos os outros DSEI, quando existente o dado, tiveram números inferiores a 6.

**Tabela B. 36 - Reduzíveis por ações adequadas de promoção da saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção, por DSEI (BRASIL, 2012-2021)**

DSEI/Anos	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ALAGOAS E SERGIPE	1	1	-	-	2	-	-	-	-	-
ALTAMIRA	2	3	8	5	9	5	2	1	-	1
ALTO RIO JURUÁ	1	1	-	1	2	2	9	12	-	4
ALTO RIO NEGRO	4	3	17	18	15	10	10	16	16	6
ALTO RIO PURUS	13	16	17	12	6	5	7	13	18	8
ALTO RIO SOLIMÕES	17	26	20	19	7	19	9	15	8	9
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	-	-	-	-	1	-	-	1	-	1
ARAGUAIA	-	2	-	2	2	1	-	1	1	2
BAHIA	-	-	1	-	1	1	-	-	1	1
CEARÁ	-	-	2	1	-	-	1	1	-	1
CUIABÁ	2	-	-	2	1	1	-	1	-	1
GUAMÁ-TOCANTINS	-	4	-	-	2	2	1	-	-	-
INTERIOR SUL	3	-	-	-	1	1	1	4	-	-
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-
KAIAPÓ DO PARÁ	9	6	3	3	5	-	3	1	-	2
LESTE DE RORAIMA	4	-	1	2	5	5	3	1	7	5
LITORAL SUL	5	3	-	2	2	2	-	1	1	1
MANAUS	-	1	2	2	-	-	1	2	1	1
MARANHÃO	2	4	3	3	7	5	4	4	3	6
MATO GROSSO DO SUL	10	7	4	7	14	3	5	12	5	7
MÉDIO RIO PURUS	1	1	2	-	-	-	-	1	-	-
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	17	18	16	10	18	14	15	13	4	8
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	4	2	2	5	1	5	2	5	2	3
PARINTINS	-	-	-	-	-	1	-	-	1	2
PERNAMBUCO	5	3	3	-	2	4	2	1	3	1
PORTO VELHO	1	-	-	-	1	-	1	-	-	1
POTIGUARA	-	3	-	1	2	-	1	-	-	-
RIO TAPAJÓS	4	1	1	1	4	5	1	6	3	1
TOCANTINS	4	-	1	-	2	1	3	-	1	2
VALE DO JAVARI	2	8	2	2	1	2	4	2	1	-
VILHENA	3	-	4	2	1	5	-	-	-	-
XAVANTE	27	29	35	27	31	22	8	21	10	15
XINGU	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-
YANOMAMI	16	23	9	7	17	21	18	48	50	63

Total	158	165	154	135	162	142	113	183	136	152
-------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Fonte: SIASI/SESAI, elaboração executores IPEA

Dos casos de mortalidade por causas evitáveis, as reduzíveis por ações adequadas de promoção da saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção são a que totalizam o maior número de casos verificados nessa última década. Foram registradas 1.500 ocorrências entre os anos de 2012 a 2021, havendo pouca variação do número de casos entre esses anos. Em 2012 foram notificados 158 casos, em 2021, 152.

Nessa última década, destaca-se o número de casos nos DSEI Yanomami (272), DSEI Xavante (225), DSEI Alto Rio Solimões (149), DSEI Alto Rio Negro e Alto Rio Purus (ambos com 115 casos).

**Tabela B. 37 - Reduzíveis por ações de imuno-prevenção, por DSEI (BRASIL, 2012-2021)**

DSEI/Anos	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ALAGOAS E SERGIPE	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
ALTAMIRA	-	1	-	1	-	-	-	2	-	-
ALTO RIO NEGRO	2	-	2	3	-	6	5	2	-	3
ALTO RIO PURUS	1	1	-	1	1	-	1	2	2	1
ALTO RIO SOLIMÕES	2	1	1	-	1	-	1	-	1	1
ARAGUAIA	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
BAHIA	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
CEARÁ	-	-	-	1	2	-	-	-	2	1
CUIABÁ	3	-	-	2	1	-	-	-	-	-
INTERIOR SUL	-	1	1	-	1	1	1	-	2	1
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-
LESTE DE RORAIMA	-	-	1	-	-	1	-	-	1	1
LITORAL SUL	1	1	-	1	-	-	1	1	-	-
MANAUS	-	-	-	1	1	-	-	1	-	-
MARANHÃO	2	3	3	3	2	1	1	3	1	2
MATO GROSSO DO SUL	5	1	5	3	1	1	2	4	2	-
MÉDIO RIO PURUS	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	-	-	-	2	1	2	1	1	2	1
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	-	-	-	1	1	-	1	1	1	-
PARINTINS	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-
PERNAMBUCO	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-
PORTO VELHO	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-
POTIGUARA	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
RIO TAPAJÓS	-	-	-	-	1	2	2	1	-	-

TOCANTINS	-	-	-	-	-	1	-	-	2	-
VALE DO JAVARI	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
VILHENA	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-
XAVANTE	4	2	1	4	4	2	2	1	3	4
XINGU	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
YANOMAMI	1	-	-	1	-	1	4	1	-	-
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>29</b>	<b>21</b>	<b>19</b>	<b>25</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>15</b>

Fonte: SIASI/SESAI, elaboração executores IPEA

Por último, dos casos de mortalidade por causas evitáveis, considerando-se as reduzíveis por ações de imuno-prevenção, há poucos DSEI com informações, registrando valores que variam de 1 a 4 casos, esse último referindo-se ao DSEI Xavante. No total geral, observa-se uma pequena variação de casos entre os anos de 2012 a 2021 que apresentaram números variando de 24, em 2012, a 29 em 2015. Em 2021 foram registrados 15 casos em todo o país, demonstrando uma pequena queda dos casos no último ano da série histórica.

### Pediculose, escabiose e outras infestações

**Conceituação:** número notificado de casos de pediculose, escabiose e outras infestações, classificadas no livro CID 10 no grupo B85-89, por DSEI. Trata-se de doenças transmitidas por artrópodes. Popularmente, a Pediculose e a Ftíriase têm causa na infestação por piolhos e a escabiose refere-se à sarna. Dentre as outras infecções em consideração está a Míase, conhecido como “berne” (infestação por larvas das moscas), assim como dermatites devida a ácaros (acaríases) e infestações pela pulga da areia, sanguessugas e doenças parasitárias não especificadas.

**Tabela B. 38 - Número de casos notificados de pediculose, escabiose e outras infestações (B85-89), por DSEI (BRASIL, 2012-2021)**

DSEI/Anos	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ALAGOAS E SERGIPE			3		1	5		1	3	
ALTAMIRA			4		3					
ALTO RIO NEGRO						2	26	18	73	11
ALTO RIO PURUS				1			11	358	170	59
ALTO RIO SOLIMÕES	2		5	45	10	22	169	11	8	8
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ		2	1		1			1	3	
BAHIA							8	10	4	
CEARÁ	12	142	18	1	4	2	7	8		
CUIABÁ								10		
GUAMÁ-TOCANTINS		2	42	125	491	370	390	483	596	485
INTERIOR SUL	1				3	1	3	90	3	2
KAIAPÓ DO MATO GROSSO			1				2			
KAIAPÓ DO PARÁ										2
LESTE DE RORAIMA		3			10	48	2	4	4	2
LITORAL SUL							2	1	1	
MANAUS		1	25	18	11	1	3	21	24	48
MARANHÃO										6
MATO GROSSO DO SUL				4	3	5	5		10	6
MÉDIO RIO PURUS		1	3							3
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES			1			56	4			1
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO		2				1	1		2	1
PARINTINS				1	4	2			15	38
PERNAMBUCO									1	3

PORTO VELHO				1		3	3			
POTIGUARA		14	7	38	23		3			
RIO TAPAJÓS									19	3
TOCANTINS										18
VALE DO JAVARI							2		1	
VILHENA	122	41			3	21	4		6	
XAVANTE		106	98	22	92	46	145		68	37
XINGU							9		3	
YANOMAMI				1					1	2
<b>Total</b>	<b>137</b>	<b>314</b>	<b>209</b>	<b>256</b>	<b>659</b>	<b>585</b>	<b>799</b>	<b>1.016</b>	<b>1.015</b>	<b>735</b>

Fonte: SIASI/SESAI, elaboração executores IPEA

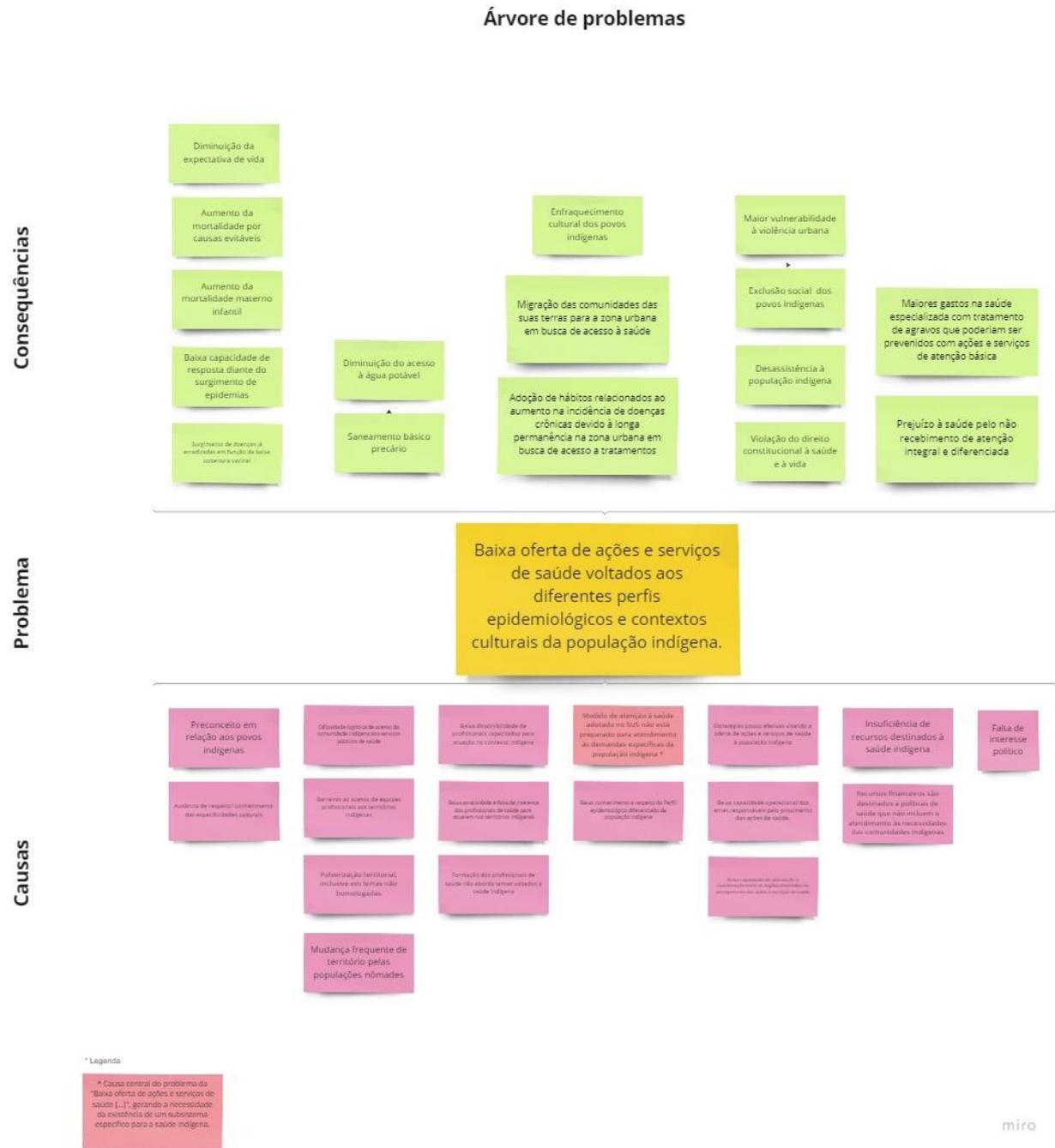
A ocorrência dessas doenças específicas apresentou uma tendência de crescimento progressivo até 2019, mantendo-se em 2020 e decaindo em 2021 em valores próximos a 2018. O maior número de casos notificados desses agravos foi no ano de 2019, quando registrou 1.016 casos, decaindo para 1.015 em 2020 e 735 em 2021.

O comportamento de cada DSEI com relação a esse agravo é variado. O DSEI que registrou o maior número de casos notificados nessa última década foi o DSEI Guamá-Tocantins (2.984), seguido pelo DSEI Xavante (614) e DSEI Alto Rio Purus (599). Em 2021, o DSEI Guamá-Tocantins teve uma participação de 65% dos casos notificados, indicando um problema de saúde mais acentuado nessa região.

A pediculose, escabiose e essas outras infestações a que se referem tem impactos de relevância social e sanitária à população acometida por essas doenças, demandando ações efetivas de educação, promoção e prevenção para evitar o aumento da transmissão dos agravos.

# APENDICE C

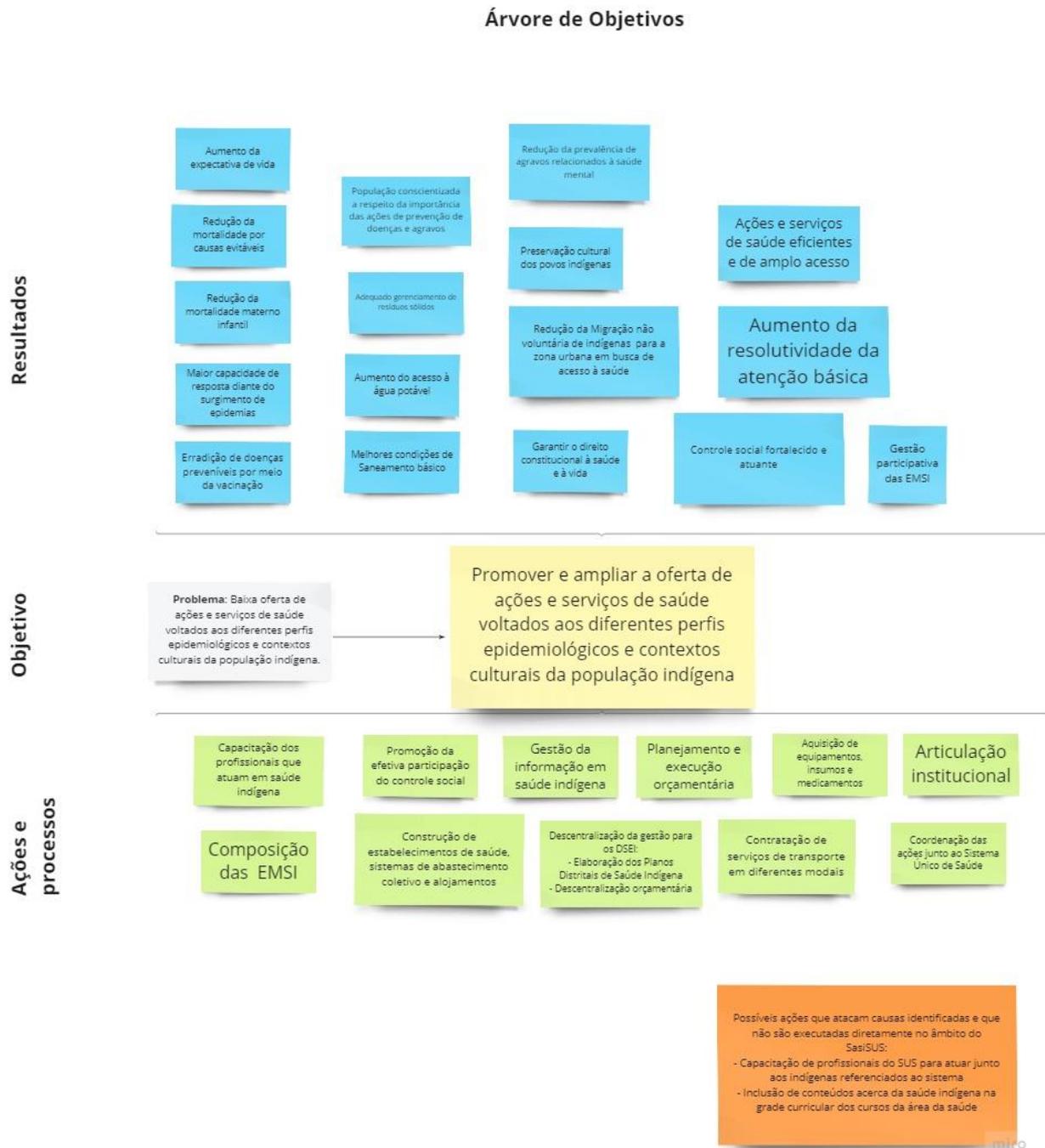
Figura C.1 - Árvore de problema



Fonte: Elaboração própria

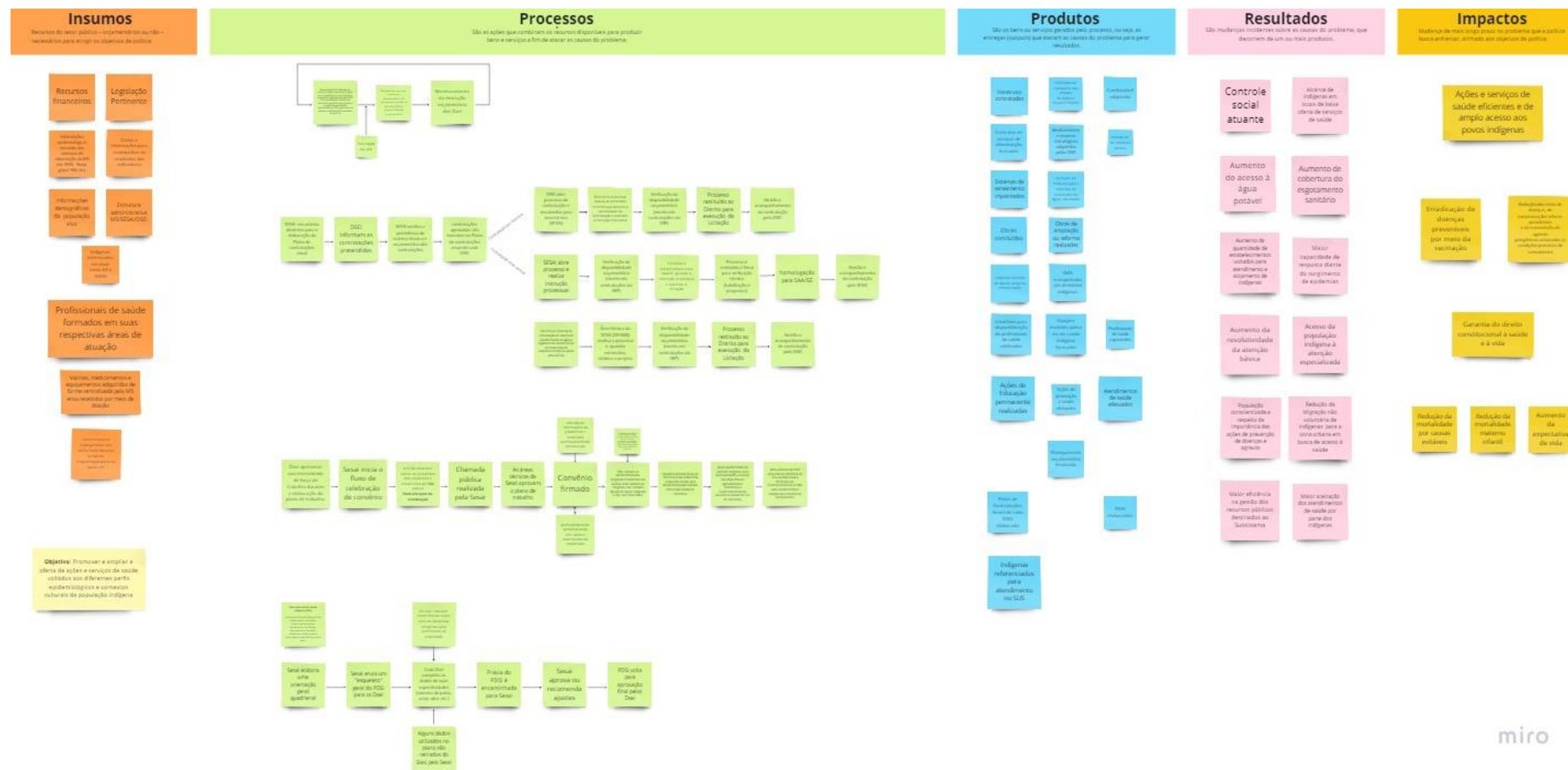
miro

Figura C.2 - Árvore de objetivos



Fonte: Elaboração própria

Figura C.3 - Modelo Lógico



Fonte: Elaboração própria

Figura C.4 - Teoria do Programa  
Teoria do Programa



Fonte: Elaboração própria

## Avaliação de contratos e convênios

**Quadro C. 5 - Boas práticas verificadas em editais e termos de referência de licitações conduzidas pela Sesai (CGMAP) e pelos Dsei.**

Unidade Licitante	Tópico do Documento	Boas Práticas
<b>EDITAL</b>		
Sesai	DESCRIÇÃO OBJETO	Descrição do objeto com riqueza de detalhes, esclarecendo resumidamente ao licitante interessado, além do objeto em si, como por exemplo contratação de transporte e fornecimento de alimentação para as Casai, também os objetivos e os insumos necessários/exigidos para sua execução, facilitando o entendimento do objeto logo na leitura inicial do instrumento convocatório da licitação.
Sesai	DA PARTICIPAÇÃO NO PREGÃO	Inclusão de itens advindos da IN SEGES 05/2017 e Acórdão TCU 1.406/2017-P, que versam sobre a participação no certame de organizações sem fins lucrativos (Art. 12, § único, IN 05/2017), participação das organizações sociais (Acórdão nº 1.406/2017- TCU- Plenário) e sociedades cooperativas (art. 10, IN 05/2017).
Dsei	DA HABILITAÇÃO	Para a contratação de empresa para fornecimento de alimentação para as Casai, o edital estabelece a possibilidade de os atestados de capacidade técnica serem apresentados em nome da matriz ou filial da empresa licitante, ampliando a competitividade do certame.
<b>TERMO DE REFERÊNCIA</b>		
Sesai	MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO	Para contratação de transporte aéreo, foram estabelecidos os prazos mínimos de antecedência para que os Dsei solicitem a disponibilização de aeronaves para atendimentos de missões aéreas de rotina e pré-planejadas, missões aéreas de remoção de pacientes que necessitem de atendimento emergencial e missões de transporte aéreo que configure em urgência e/ou emergência.
Dsei	MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO	Para contratação de fornecimento de alimentação para as Casai, a execução do objeto foi detalhada na forma do Anexo V da IN 05/2017, tratando com clareza a descrição da dinâmica do contrato e materiais específicos
Sesai	SISTEMA DE MONITORAMENTO	Para contratação de transporte aéreo, no que se refere ao Sistema de Monitoramento, estabelece regramentos para garantir a boa utilização e regularidade dos serviços de transporte aéreo, bem como para permitir controle e aferição dos trajetos percorridos pelas aeronaves, tais como, entre outros: o sistema de rastreamento deve ser aprovado previamente pela Sesai; permitir o controle e aferição dos trajetos percorridos pelas aeronaves em tempo real; possibilitará emissão de relatórios diários individualizados para cada aeronave (distância total percorrida no dia, trajetos efetuados); informar o n.º de série do rastreador instalado; os equipamentos permanecerão instalados nas aeronaves ao longo da prestação dos serviços.
Sesai	MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO E CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO	Transporte aéreo - Cuidado em garantir, numa eventual auditoria, a comprovação do acompanhamento efetivo da fiscalização, estabelecendo que a execução dos contratos deverá ser acompanhada e fiscalizada por meio de instrumentos de controle, Livro de Ocorrências, planilhas contendo a distribuição de horas voo e o registro dos períodos de disponibilização e/ou não das aeronaves, entre outros definidos a critério da fiscalização.
Sesai	MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO E	Transporte rodoviário: Inclusão de itens tratando da disponibilização pela Sesai de sistema de rastreamento e controle da frota de veículos, de modo a garantir a boa utilização e

	CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO	regularidade dos serviços de transportes, bem como do controle e aferição dos trajetos percorridos pelos veículos.
Sesai	MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO E CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO	Fornecimento de alimentação para as Casai: Inclusão dos itens previstos no Anexo V da IN 05/2017, onde foram tratados os seguintes assuntos, dentre outros: fiscalização e gestor do contrato; designação de preposto pela contratada; atribuições do preposto; utilização do IMR; acompanhamento do desempenho da contratada; vistorias aleatórias realizadas pela fiscalização; avaliação de indicadores; registros de ocorrências; mapa de risco; elaboração de relatórios pelos fiscais e gestor do contrato; Relatório Mensal de Avaliação dos Serviços Prestados e Relatório Mensal de Avaliação de Qualidade dos Serviços Prestados.
Dsei	MATERIAIS A SEREM DISPONIBILIZADOS	Nas contratações de fornecimento de alimentação para as Casai, observou-se a inclusão de itens dispondo que a contratada deverá disponibilizar os materiais, equipamentos, ferramentas e utensílios necessários, nas quantidades estimadas e qualidades estabelecidas, apresentando extensa lista de insumos/itens de cozinha.
Sesai	CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DA EXECUÇÃO	Transporte aéreo - inclusão de itens que definem os métodos e processos de coordenação e controle do emprego de recursos e meios aéreos, tais como: Conhecimento, avaliação e aprovação prévia dos formulários de Ordem de Missão Aérea; Conferência dos Relatório de Missão Aérea e Extrato Executivo de Missão Aérea em consonância com as Ordens de Missão Aérea; A OMA, o RMA, o EEMA e a Nota Fiscal de prestação de serviço são os documentos que atestam a real e correta prestação do serviço de transporte aéreo, o que permite o seu fiel pagamento; Utilização de um método padrão para classificação do tipo de voo; Utilização de tecnologias de sistemas informatizados (Ferramentas de T.I) que permitam monitorar e coletar dados e informações de voo em tempo real; Emissão sistemática de relatórios circunstanciados sobre a execução dos serviços de transporte aéreo
Sesai	CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DA EXECUÇÃO	Transporte aéreo - Previsão de implantação e disponibilização pela Sesai aos Dsei e empresas contratadas de uma ferramenta de TI (planilha ou banco de dados automatizados), com o objetivo de permitir o Controle Gerencial, o Controle Operacional e a Fiscalização Contratual.
Sesai	CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DA EXECUÇÃO	Transporte rodoviário - definição dos métodos e processos de coordenação e controle do emprego de recursos e meios de transporte terrestre.
Sesai	CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DA EXECUÇÃO	Transporte rodoviário - Além da previsão de utilização de tecnologias de sistemas informatizados que permitam monitorar e coletar dados e informações do trajeto em tempo real para garantir a rastreabilidade dos veículos, avaliação das missões realizada e medição dos serviços prestados de acordo com as ordens de serviços expedidas, existe ainda a definição da funcionalidade desta tecnologia
Sesai	CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DA EXECUÇÃO	Transporte rodoviário - Previsão de a Sesai implantar e disponibilizar para seus colaboradores, inclusive para as empresas contratadas, uma Plataforma Digital (Software), com o objetivo de permitir a Coordenação, o Controle e a Fiscalização das atividades de transporte e apoio terrestre
Sesai	ANTECIPAÇÃO DE PAGAMENTO	Transporte aéreo – No tópico “ANTECIPAÇÃO DE PAGAMENTO”, além de enfatizar que o pagamento antecipado não se aplica à contratação, estabelece que o pagamento será mensal relativo aos voos executados e que tenham passado pelas etapas de recebimento e liquidação das Notas Fiscais e respectiva conferência com a Ferramenta de TI, sistema de rastreamento, Ordem de Missão

		Aérea, Relatório de Missão Aérea e Extrato Executivo de Missão Aérea.
Dsei	REGISTRO E CONTROLE DAS HORAS DE VOO	Transporte Aéreo – Identificação das informações que devem constar nas Ordens de Missão, bem como detalhamento da documentação que dará suporte à comprovação das horas de voo.
Sesai	REGISTRO E CONTROLE DAS HORAS DE VOO	Transporte aéreo - As situações de priorização para utilização das aeronaves foram elencadas na seguinte sequência: I - remoções aeromédicas; II - Troca de Equipes de Saúde Indígena; III - Logística de suporte exclusivamente dedicada à saúde indígena; e IV - Transporte de pacientes indígenas para consultas e/ou procedimentos médicos eletivos ou de rotina.
Sesai	REGISTRO E CONTROLE DAS HORAS DE VOO	Transporte aéreo - detalhamento referente ao registro da hora de voo, como: O registro das horas de voo será feito no diário de bordo de cada aeronave; a responsabilidade pela correta apuração das horas voadas é do piloto que estiver exercendo as atribuições de Comandante da Aeronave; o acionamento do horímetro deverá ser automático, estando acoplado a circuitos da aeronave que o disparem no momento da partida da turbina ou motor cessando por ocasião do seu corte; a SESAI fornecerá uma plataforma informatizada de gestão de meios e recursos aéreos; a responsabilidade de inserção destas horas de voo é da contratada usando como base de dados o Diário de Bordo da Aeronave e o contratante se reserva o direito de realizar a conferência do horímetro de voo de cada uma das aeronaves no início e no final de cada prestação de serviços ou a qualquer tempo, para a realização do pagamento da fatura e/ou fiscalização.
Sesai	REGISTRO E CONTROLE DAS HORAS DE VOO	Transporte aéreo - Dispõe sobre o sistema de rastreamento a ser providenciado pela contratada, estabelecendo seu conteúdo mínimo, como rastreamento e monitoramento, em tempo real, de helicópteros e aviões e consulta do histórico dos voos rastreados e monitorados pela ferramenta de T.I da SESAI para acompanhamento e gestão dos voos, e conteúdo preferencial, como elaboração do Plano de Voo Virtual com base nos dados e informações constantes das solicitações e ordens de serviços constantes da plataforma de gestão de meios e recursos aéreos (ferramenta de T.I da SESAI) e preenchimento de Diário Eletrônico de Bordo homologado pela Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC).
Sesai	ESTIMATIVA DE PREÇOS E PREÇOS REFERENCIAIS	Identificação das fontes e metodologia utilizados para estimar o custo da contratação de transporte aéreo contidos no termo de referência do PE 11/2021 – Sesai e a inclusão da memória de cálculo da estimativa de preços para contratação de fornecimento de alimentação para as Casai no termo de referência do PE 08/2021 – Sesai.
Sesai	SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO	Transporte aéreo - inclusão do tópico “Serviços de Manutenção” no termo de referência do PE 11/2021, onde são dispostos 16 itens tratando do assunto, bem como a inclusão do tópico “Compromisso Mútuo a Segurança Operacional”, estabelecendo que é obrigação compartilhada que tanto a(s) contratada(s) quanto a contratante devem assumir uma postura voltada para a manutenção do mais elevado grau de segurança operacional no solo, em voo e na manutenção das aeronaves. O tópico possui 10 itens tratando de segurança operacional.

Fonte: Editais e termos de referência dos Pregões Eletrônicos n.º 08/2022 – Dsei Xingu, 11/2021 – CGMAP, 08/2020 – CGMAP, 01/2022 – Dsei Bahia, 01/2022 – Dsei Alto Purus, 08/2021 – CGMAP e 14/2022 – Dsei Xingu.

**Quadro C. 6 - Fragilidades verificadas em editais e termos de referência de licitações conduzidas pela Sesai e pelos Dsei.**

Unidade Licitante	Tópico do Documento	Fragilidades
<b>EDITAL</b>		
Sesai e Dsei	DO PREENCHIMENTO DA PROPOSTA	Item estabelecendo que nos valores propostos estarão inclusos todos os custos operacionais, encargos previdenciários, trabalhistas, tributários, comerciais e quaisquer outros que incidam direta ou indiretamente na prestação dos serviços, <b>apurados mediante o preenchimento do modelo de Planilha de Custos e Formação de Preços em anexo ao edital</b> , sendo que esta planilha não foi disponibilizada como anexo.
Sesai e Dsei	DA ABERTURA DA SESSÃO, CLASSIFICAÇÃO DAS PROPOSTAS E FORMULAÇÃO DE LANCES	Os editais elaborados pela Sesai (CGMAP) estabelecem que o intervalo mínimo de diferença de valores entre os lances deverá ser de 0,05% (cinco centésimos por cento), já nos editais elaborados pelos Dsei o licitante somente poderá oferecer lance de valor inferior ou percentual de desconto superior ao último por ele ofertado ou, como verificado no PE 01/2022 – Dsei Bahia, intervalo mínimo de R\$ 100,00 (cem reais) entre os lances.
	DA ABERTURA DA SESSÃO, CLASSIFICAÇÃO DAS PROPOSTAS E FORMULAÇÃO DE LANCES	O modo de disputa das licitações realizadas pela Sesai é “aberto” e pelos Dsei é “aberto” e “aberto e fechado”, inclusive verificou-se modos de disputa diferenciados em licitações com o mesmo objeto (transporte aéreo e fornecimento de alimentação para as Casai).
Sesai e Dsei	DA HABILITAÇÃO	Para qualificação técnica, com referência a comprovação de aptidão para a prestação dos serviços mediante a apresentação de atestados fornecidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado, verificou-se nos editais uma diversidade de tempo/período mínimo de experiência exigido na prestação dos serviços, ou seja, períodos de 3 anos, 12 meses e até mesmo casos em que os períodos não foram especificados. Destaca-se que a grande maioria das ocorrências foram para o mesmo objeto.
Sesai e Dsei	DA HABILITAÇÃO	Para contratação de transporte aéreo, no PE 11/2021 – Sesai foi verificada como critério de qualificação técnica a exigência de comprovação de quantitativo mínimo de 20% dos serviços, enquanto para o mesmo objeto, o Dsei Xingu no PE 08/2022 não estipulou comprovação de quantitativo mínimo a ser comprovado.
Sesai e Dsei	DO TERMO DE CONTRATO	Prazos diferenciados para a assinatura do termo de contrato, destacando que para contratação de transporte aéreo e fornecimento de alimentação para as Casai as diferenças acontecem dentro do mesmo objeto.
Sesai e Dsei	DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS	Percentuais de multa diferenciados a serem aplicados sobre o valor estimado do(s) item(s) prejudicado(s) pela conduta do licitante.
<b>TERMO DE REFERÊNCIA</b>		
Sesai e Dsei	REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO	Para contratação de transporte rodoviário, conforme Termos de Referência dos PE 08/2020 – Sesai e PE 01/2022 – Dsei Bahia, na descrição dos itens “Veículo tipo A” (PICK-UP), em um documento é solicitado transmissão manual e no outro a transmissão é automática, revelando deficiência na definição das características do objeto a ser contratado.
Sesai e Dsei	MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO	Para contratação de transporte rodoviário, foi verificado, tanto no PE 08/2020 – Sesai, como no PE 01/2022 – Dsei Bahia, que a execução do objeto seguirá a dinâmica definida “DETALHAMENTO

		DOS SERVIÇOS A SEREM EXECUTADOS” dos Estudos Técnicos Preliminares, quando as informações relativas à esta dinâmica já poderiam estar transcritas no próprio Termo de Referência, facilitando a leitura e entendimento da execução do objeto.
Sesai e Dsei	INFORMAÇÕES RELEVANTES PARA O DIMENSIONAMENTO DA PROPOSTA	Transporte rodoviário - Foram verificadas fragilidades nos dois processos analisados, visto que embora ambos estabeleçam que os veículos serão equipados com sistema de rastreamento via telefone e/ou satélite, no PE 08/2020 – Sesai a instalação ocorrerá sem ônus para a contratada, já no PE 01/2022 – Dsei Bahia a instalação ocorrerá com ônus para a contratada, ou seja, não existe definição de qual procedimento seria o mais adequado.
Dsei	INFORMAÇÕES RELEVANTES PARA O DIMENSIONAMENTO DA PROPOSTA	Transporte fluvial - inclusão de item estabelecendo que os serviços serão realizados sempre que houver necessidade, não sendo a Administração obrigada a contratar, pois estará condicionado à quando houver aporte de recurso. O texto não é claro, uma vez que trata ao mesmo tempo de necessidade de execução dos serviços com a condicionante para a contratação.
Dsei	INFORMAÇÕES RELEVANTES PARA O DIMENSIONAMENTO DA PROPOSTA	Alimentação para as Casai – Inclusão de item estabelecendo que a contratada também será responsável pela manutenção predial da área utilizada, bem como das instalações hidráulicas e elétricas vinculadas ao serviço. Ressalte-se que a prestação dos serviços será realizada nas dependências das Casai, ou seja, atribuir à terceiros a responsabilidade das manutenções hidráulicas e elétricas de dependência do imóvel onde está estabelecida a Casai não parece razoável e pode ter causado obstáculo à competitividade do certame.
Sesai e Dsei	DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA	Transporte rodoviário - prazos diferenciados para substituição dos veículos em serviço em caso de pane, sendo no PE 08/2020 - Sesai estipulado o prazo de 72 horas, independentemente de a localidade ser de difícil acesso ou não e no PE 01/2022 – Dsei Bahia foi definido o prazo máximo de 24(vinte e quatro) horas para locais de fácil acesso e 72 (setenta e duas) horas para locais de difícil acesso.
Sesai e Dsei	DA SUBCONTRATAÇÃO	Transporte rodoviário - ausência de definição de qual seria o posicionamento da administração quanto à possibilidade ou não da subcontratação do objeto, visto que em um termo de referência é permitida e em outro não.
Sesai e Dsei	DO RECEBIMENTO E ACEITAÇÃO DO OBJETO	Em todos os termos de referência examinados, verificou-se a inclusão de item estipulando o prazo de até 5 dias corridos do adimplemento da parcela para a contratada entregar toda a documentação comprobatória do cumprimento da obrigação contratual, contudo não foram identificados quais seriam estes documentos, o que pode fragilizar o processo de fiscalização contratual.
Sesai e Dsei	DO RECEBIMENTO E ACEITAÇÃO DO OBJETO	Foram verificados em todos os termos de referência analisados, com exceção do referente ao PE 08/2021 – Sesai para fornecimento de alimentação para as Casai, a inclusão de item estabelecendo que o recebimento provisório do objeto contratado também ficará sujeito, quando cabível, à conclusão de todos os testes de campo e à entrega dos Manuais e Instruções exigíveis, contudo não foram identificados que testes seriam estes e nem quais seriam os manuais e instruções.
Sesai	ANTECIPAÇÃO DE PAGAMENTO	Transporte aéreo – As informações relevantes sobre o pagamento contidas no tópico “ANTECIPAÇÃO DE PAGAMENTO” não foram dispostas no tópico “DO PAGAMENTO” do Termo de Referência.
Sesai e Dsei	GARANTIA DA EXECUÇÃO	Transporte aéreo - prazos diferenciados para reposição do valor da garantia e recolhimento das multas, enquanto no PE 11/2021

		– Sesai os prazos são respectivamente de 10 dias úteis e 10 dias corridos, no PE 08/2022 – Dsei Xingu os prazos são de 90 dias e 5 dias.
Sesai e Dsei	GARANTIA DA EXECUÇÃO	Alimentação para as Casai - foram estabelecidos prazos diferenciados para reposição da garantia contratual em caso de utilização total ou parcial em pagamentos de qualquer obrigação, onde no termo de referência do PE 08/2021 - Sesai foi definido o prazo de 10 dias úteis e no PE 14/2022 – Dsei Xingu o prazo foi de 15 dias úteis.
Dsei	CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR	Transporte rodoviário – No tópico “CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR” foi exigida comprovação de aptidão para a prestação dos serviços por período não inferior a três anos e comprovação de quantitativo mínimo de serviço de 50% dos veículos de cada item, exigências estas que não foram relacionadas dentre as estabelecidas para comprovação de qualificação técnica para habilitação no certame.
Sesai	CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR	Alimentação para as Casai - No tópico “CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR” foi exigida a comprovação do percentual mínimo de 50% (cinquenta por cento) dos quantitativos estimados para o almoço e jantar de cada grupo, quando no tópico que trata de qualificação técnica não consta comprovação de percentual mínimo, apenas três anos de experiência.
Sesai e Dsei	REGISTRO E CONTROLE DAS HORAS DE VOO	Transporte aéreo - critérios diferentes para a contagem de horas de voo, sendo no PE 11/2021 - Sesai a diferença do horário de decolagem e o horário do pouso da aeronave e no PE 08/2022 – Dsei Xingu a partir do acionamento ao corte do motor. Tal divergência merece uma avaliação criteriosa para definição de qual modelo para cômputo de horas é o mais adequado.

Fonte: Editais e termos de referência dos Pregões Eletrônicos n.º 08/2022 – Dsei Xingu, 11/2021 – CGMAP, 08/2020 – CGMAP, 01/2022 – Dsei Bahia, 01/2022 – Dsei Alto Purus, 08/2021 – CGMAP e 14/2022 – Dsei Xingu.

### Quadro C. 7 - Tópicos e itens selecionados de cada Termos de Referência para servir como critério de avaliação.

PE 11/2021 – Sesai (25000.158788/2020-25)	PE 08/2022 – Dsei Xingu (25051.000137/2022-11)
15. CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DA EXECUÇÃO	8. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO
15.19. Os métodos e processos de coordenação e controle do emprego de recursos e meios aéreos serão realizados mediante adoção e execução das seguintes medidas: 15.19.1. Conhecimento, avaliação e aprovação prévia dos formulários de Ordem de Missão Aérea (similares a Ordens de Serviço) de acordo com as necessidades e demandas dos territórios indígenas sob a responsabilidade da SESAI e dos seus respectivos DSEI para o cumprimento de missões de movimentação de passageiros, cargas e remoção aeromédica de pacientes que necessitem de assistência e socorro emergencial; 15.19.2. Conferência dos Relatório de Missão Aérea e Extrato Executivo de Missão Aérea em consonância com as Ordens de Missão Aérea com o objetivo de possibilitar a fiscalização do voo e a verificação se o cumprimento da missão foi feito de	8.1.10. Todo deslocamento das aeronaves deverá ser precedido de Ordem de Missão originária do DSEI/XINGU, que conterà o tipo de aeronave, prefixo ANAC, o mês, o número da missão em uma ordem sequencial para o ano todo, o ano, o trecho para fretamento, data e hora da decolagem, número de passageiros, carga para ser transportada nos bagageiros. Essa documentação é de caráter OBRIGATÓRIO e deverá fazer parte da documentação comprobatória da realização do voo (evidências da realização do voo) e ser anexada a Nota Fiscal atestada pelo DSEI/XINGU; 8.1.11. O registro das horas de voo deverá ser feito através da apresentação de 02(duas) vias de cada um dos documentos abaixo referidos, assinadas pelo piloto e/ou representante da empresa, para serem avisadas pelo DSEI/XINGU, os quais, por este ato,

<p>acordo com as necessidades dos usuários, na data e horários planejados, total de horas voadas, origem e destino do voo, passageiros embarcados, natureza e volume de carga transportada;</p> <p>15.19.3. A Ordem de Missão Aérea (OMA) é o documento que consolida a necessidade operacional de um determinado DSEI (transporte de passageiros, carga, transporte de enfermos, remoção aeromédica de urgência de baixa complexidade, entre outros listados neste Termo de Referência);</p> <p>15.19.4. A OMA representa a solicitação do voo e contém as informações básicas para o acionamento do mesmo, bem como sua posterior rastreabilidade documental;</p> <p>15.19.5. O Relatório de Missão Aérea (RMA) é o documento que comprova a realização do voo e fornece os detalhes do mesmo com fins de rastreabilidade documental e pagamento da hora voada;</p> <p>15.19.6. O RMA deve fazer referência ao número da respectiva OMA e ao Extrato Executivo de Missão Aérea (EEMA) preenchido pelo Comandante da Aeronave que realizou o trecho de voo;</p> <p>15.19.7. A OMA, o RMA, o EEMA e a Nota Fiscal de prestação de serviço são os documentos que atestam a real e correta prestação do serviço de transporte aéreo, o que permite o seu fiel pagamento;</p> <p>15.19.8. A OMA, o RMA, o EEMA e a Nota Fiscal devem ser expedidos por trecho (do local de decolagem para o local do pouso), independentemente da duração do voo ou do número de trechos realizados no dia;</p> <p>15.19.9. Os modelos de OMA, RMA e EEMA encontram-se nos Anexos C, D e E deste Termo de Referência, respectivamente;</p>	<p>tornam-se documentos hábeis para as comprovações das horas de voo efetuadas;</p> <p>8.1.11.1. Diário de Bordo da aeronave, conforme estabelecido pela Legislação da ANAC, onde as várias etapas entre uma partida e corte do motor serão sintetizadas em apenas uma linha, colocando-se o total de pouso e o total de horas voadas entre a partida e corte;</p> <p>8.1.11.2. Relatório de Voo produzido pelo Sistema Informatizado de Controle e Supervisão de Transporte Aéreo, a ser fornecido pela Licitada, o qual detalhará o que foi realizado em várias etapas sem corte de motor;</p> <p>8.1.11.3. Relatório do Sistema de Rastreamento, de cada voo realizado, da partida ao corte, o qual deverá estar funcionando sempre, como sistema auxiliar de fiscalização;</p> <p>8.1.11.4. Outros documentos comprobatórios, como cópia dos Comprovantes de Entrega de Combustível (CE), cópia dos Planos de voo, Ordem de Missão, etc;</p> <p>8.1.12. Todos os registros dos voos realizados deverão estar em conformidade com o que for registrado pelo Sistema de Rastreamento;</p> <p>(...)</p> <p>8.1.14. As horas voo serão contabilizadas a partir do seu acionamento ao corte. O tempo de voo será registrado em horas e décimos de hora. As horas de voo devem ser registradas após o término de cada missão ou operação de transporte aéreo, independentemente da sua duração;</p>
<p>27. REGISTRO E CONTROLE DAS HORAS DE VOO (apenas para o PE 11/2021 – Sesai)</p>	
<p>27.4. No caso de aeronaves de asas fixas, a contagem do esforço aéreo será efetuada pela diferença do horário de decolagem e o horário do pouso em sincronia com o relógio-cronômetro de bordo (analógico ou digital) e o horário do Sistema de Posicionamento Global (GPS) e/ou inercial (INS). horímetro de voo de cada aeronave, sendo considerado o tempo de voo a ser ressarcido, a marcação em horas e minutos. As horas de voo devem ser registradas no formulário devidamente padronizado pela SESAI logo após o término de cada voo ou operação de apoio aéreo, independentemente da sua duração. Além disso, a duração do voo deve ser compatível (menor) com o valor total do(s) horímetro(s) do(s) motor(es), o(s) qual(is) são acionados no momento da partida e parados no corte.</p>	<p>Não possui este tópico. O critério estabelecido para a contagem de horas de voo consta do item 8.1.14 do tópico MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO, registrado acima.</p>
<p>DO RECEBIMENTO E ACEITAÇÃO DO OBJETO (Para ambos os Termos de Referência)</p>	

16.3.2. No prazo de até 10 dias corridos a tido recebimento dos documentos da CONTRATADA, cada fiscal ou a equipe de fiscalização deverá elaborar Relatório Circunstanciado em consonância com suas atribuições, e encaminhá-lo ao gestor do contrato;

16.3.2.1. Quando a fiscalização for exercida por um único servidor, o relatório circunstanciado deverá conter o registro, a análise e a conclusão acerca das ocorrências na execução do contrato, em relação à fiscalização técnica e administrativa e demais documentos que julgar necessários, devendo encaminhá-los ao gestor do contrato para recebimento definitivo;

16.3.2.2. Será considerado como ocorrido o recebimento provisório com a entrega do relatório circunstanciado ou, em havendo mais de uma ser feito, com a entrega do último; e

16.3.2.2.1. Na hipótese de a verificação a que se refere o parágrafo anterior não ser procedida tempestivamente, reputar-se-á como realizada, consumando-se o recebimento provisório no dia do esgotamento do prazo.

16.4. No prazo de até 10 (dez) dias corridos a partir do recebimento provisório dos serviços, o Gestor do contrato deverá providenciar o recebimento definitivo, ato que concretiza o ateste da execução dos serviços, obedecendo as seguintes diretrizes:

16.4.1. Realizar a análise dos relatórios e de toda a documentação apresentada pela fiscalização e, caso haja irregularidades que impeçam a liquidação e o pagamento da despesa, indicar as cláusulas contratuais pertinentes, solicitando à CONTRATADA, por escrito, as respectivas correções;

16.4.2. Emitir Termo Circunstanciado para efeito de recebimento definitivo dos serviços prestados, com base nos relatórios e documentações apresentadas; e

16.4.3. Comunicar a empresa para que emita a Nota Fiscal ou Fatura, com o valor exato dimensionado pela fiscalização, com base no Instrumento de Medição de Resultado (IMR), ou instrumento substituto.

Fonte: Termos de Referência dos Pregões Eletrônicos n.º 11/2021 – CGMAP e 08/2022 – Dsei Xingu.

## AVALIAÇÃO DE GOVERNANÇA DO SASISUS

Quadro C. 8 - Desempenho dos DSEI, segundo percentual de alcance da meta anual 2021 dos indicadores do PDSI

Nº	DSEI	Ótimo ≥ 91,0	Bom ≥ 70,0 ≤ 90,9	Regular ≥ 50,0 ≤ 69,9	Ruim ≤ 49,9	Total	Observação
1	ALAGOAS SERGIPE	9	2	1	1	13	Não registrou novos casos de malária, óbito materno e suicídio.
2	ALTAMIRA	3	3	3	4	13	Não registrou óbito materno e suicídio.
3	ALTO JURUÁ	5	2		6	13	Não registrou novos casos de tuberculose e óbito materno.
4	ALTO NEGRO	8	3		2	13	Não registrou óbito materno.
5	ALTO PURUS	5	3		5	13	Não registrou óbito materno.
6	ALTO SOLIMÕES	11			2	13	
7	AMAPÁ NORTE PARÁ	4	3		6	13	Não registrou novos casos de tuberculose, óbito materno e óbitos por suicídio.

8	ARAGUAIA	6	2	1	4	13	Não registrou novos casos de malária e óbitos por suicídio.
9	BAHIA	6	1	3	3	13	Não registrou novos casos de malária e óbitos por suicídio.
10	CEARÁ	8	1	1	3	13	Não registrou novos casos de malária.
11	CUIABÁ	8		1	4	13	Não registrou novos casos de tuberculose e óbitos por suicídio.
12	GUAMÁ-TOCANTINS	3	1	5	4	13	
13	INTERIOR SUL	8	1	2	2	13	Não registrou novos casos de malária e óbitos por suicídio.
14	KAIOPÓ DO MATO GROSSO	8	1	1	3	13	Não registrou óbitos por suicídio.
15	KAIAPÓ DO PARÁ	7	1	1	4	13	Não registrou óbitos por suicídio.
16	LESTE DE RORAIMA	4	1	1	7	13	
17	LITORAL SUL	7	2	1	3	13	Não registrou novos casos de malária.
18	MANAUS	6	3	1	3	13	
19	MARANHÃO	9	1		3	13	
20	MATO GROSSO DO SUL	6	1	2	4	13	Não registrou novos casos de malária.
21	MÉDIO RIO PURUS	7	2	1	3	13	Não registrou óbitos por suicídio.
22	MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	7	2	2	2	13	
23	MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	6	3	1	3	13	Não registrou novos casos de malária.
24	PARINTINS	7		1	5	13	
25	PERNAMBUCO	10	1		2	13	Não registrou novos casos de malária.
26	PORTO VELHO	7	2		4	13	
27	POTIGUARA	8	2	1	2	13	Não registrou novos casos de malária e óbitos por suicídio.
28	RIO TAPAJÓS	6	1	1	5	13	Não registrou óbitos por suicídio.
29	TOCANTINS	8	2		3	13	Não registrou novos casos de malária.
30	VALE DO JAVARI	4	4	1	4	13	Não registrou óbitos por suicídio.

31	VILHENA	9			4	13	Não registrou óbitos por suicídio.
32	XAVANTE	5	1	1	6	13	Não registrou novos casos de malária.
33	XINGU	5	2	1	5	13	Não registrou novos casos de tuberculose e malária e sem registro de óbitos por suicídio.
34	YANOMAMI	4	1	2	6	13	

Obs.: Os resultados foram apresentados em ordem alfabética dos DSEI.

Fonte: Processo SEI nº 00190.107948/2022-19 – item 5.6 – pg 23.