

GRUPO I – CLASSE V – Plenário

TC 001.308/2023-8 [Aposos: TC 002.491/2023-0, TC 001.153/2023-4].

Natureza: Relatório de Auditoria.

Órgãos/Entidades: Ministério da Saúde; Secretaria de Saúde Indígena.

Interessada: Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (00.394.544/0173-12).

Representação legal: não há.

SUMÁRIO: RELATÓRIO DE AUDITORIA. SECRETARIA DE SAÚDE INDÍGENA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. AVALIAÇÃO DAS CAUSAS DAS VULNERABILIDADES SOCIOAMBIENTAIS QUE TÊM AFETADO A SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS. DETERMINAÇÕES. RECOMENDAÇÕES.

RELATÓRIO

Transcrevo a seguir, com os ajustes de forma pertinentes, o relatório de auditoria operacional elaborado por auditores das Unidades de Auditoria Especializada em Saúde – AudSaúde e em Agricultura, Meio Ambiente e Desenvolvimento Econômico – AudAgroAmbiental e da Secretaria de Controle Externo de Desenvolvimento Sustentável – SecexDesenvolvimento (peça 311), que teve a anuência do corpo dirigente das unidades técnicas (peças 312-314).

1. Introdução

1. Trata-se de Auditoria Operacional, registro Fiscalis 11/2023, na Secretaria de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (Sesai), com o objetivo de avaliar as causas das vulnerabilidades socioambientais que têm afetado a saúde dos povos indígenas, em especial, do povo Yanomami. A auditoria é decorrente de Comunicação da Presidência e do Acórdão 474/2022-TCU-Plenário, da relatoria do Ministro Vital do Rêgo.
2. O trabalho tem como objetivo identificar as principais falhas na prestação de serviços de saúde atinentes à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi), bem como as principais causas dessas falhas e avaliar possíveis alternativas para correção desses problemas, com foco na Terra Indígena (TI) Yanomami.
3. O escopo desta auditoria compreende avaliar a execução do programa de atenção à saúde da população indígena e com o objetivo de apresentar as causas para a vulnerabilidade da saúde indígena, em especial do povo Yanomami, adstritas à gestão da Sesai. Nesse sentido, foram priorizadas as ações que visem garantir o atendimento da atenção básica de saúde prestado pelo Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Yanomami dentro do território.
4. Diante do escopo voltado para as causas socioambientais, adstritas à gestão da Sesai, que concorreram à crise sanitária e nutricional vivida pelo povo Yanomami, este trabalho não avalia a atuação do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-Yanomami), uma vez que sua criação é voltada à estancar a crise instalada, com atribuição de organizar as estratégias de resposta e medidas a serem empregadas para responder a Emergência em Saúde pública de Importância Nacional (Espin) no Território Yanomami, instituída pela Portaria GM/MS 28, de 20 de janeiro de 2023.
5. Tendo em conta critérios relacionados a desempenho de gestão e viabilidade logística, decidiu-se por realizar análise comparativa da gestão do DSEI Yanomami com a gestão dos DSEIs Alto Rio Negro e Leste de Roraima. O DSEI Alto Rio Negro é vizinho ao DSEI Yanomami na porção do Território Yanomami localizada no Estado do Amazonas, tem população e área territorial

semelhantes ao DSEI Yanomami, mas tem indicadores epidemiológicos e de desempenho de melhor qualidade. O DSEI Leste de Roraima é vizinho ao DSEI Yanomami na porção do Território Yanomami localizada no Estado de Roraima e ambos DSEIs têm sua sede na capital Boa Vista, fator que viabilizou a execução *in loco* simultânea deste trabalho nos dois DSEIs.

6. Não são parte do escopo de análise: ações do Governo Federal relacionadas à pandemia de Covid-19; desmatamento ilegal em território indígena; tampouco avaliar a atuação de outros órgãos no enfrentamento ao garimpo ilegal em território indígena. A prestação de serviço e estrutura física da Casai também está fora do escopo, considerando que o fortalecimento da atividade das equipes de saúde dentro do território tem o potencial de permitir à Casai prestar adequadamente seu serviço de apoio e acolhimento aos indígenas, e seus acompanhantes, referenciados aos demais serviços do SUS.

7. Este relatório não trata da forma de contratação e execução dos convênios que administram a contratação dos profissionais de saúde, tendo em vista que recentes trabalhos, deste Tribunal relatado no Acórdão 1.439/2017-TCU-Plenário (Ministro-Relator Bruno Dantas) e da AudSUS nas Auditorias 19387/2022 e 19209/2022, focaram especificamente nesse assunto. No mesmo sentido não se analisa o contrato de prestação do serviço de horas voo do DSEI Yanomami, objeto do Acórdão 599/2020-TCU-Plenário (Ministro-Relator Benjamin Zymler) e Acórdão 313/2023-TCU-Plenário (Ministro-Relator Vital do Rêgo) e da auditoria da CGU 2638/2019.

8. A auditoria baseou-se em análise documental e de dados fornecidos pelo Ministério da Saúde (MS). Efetuaram-se análise documental nos processos do Sistema Eletrônico de Informações (SEI), em planilhas fornecidas pelos DSEIs e de dados. Foram entrevistados técnicos da Sesai, especialistas e profissionais de saúde que trabalham nos DSEIs Yanomami, Alto Rio Negro e Leste de Roraima. Além disso, foram conduzidas pesquisas eletrônicas com conselheiros presidente e vice-presidente dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi) cujas respostas foram analisadas por meio de tabulações e gráficos. A equipe de auditoria também realizou inspeções *in loco* nas instalações das unidades de saúde em terras indígenas, assim como acompanhou a atuação das equipes de saúde em área.

9. Esta auditoria foi conduzida de acordo com as Normas de Auditoria do Tribunal de Contas da União (NAT) e com o Manual de Auditoria Operacional do Tribunal (BRASIL, 2020e, 2020c), que está alinhado às Normas Internacionais das Instituições Superiores de Controle (ISSAI), emitidas pela Organização Internacional de Instituições Superiores de Controle (Intosai).

10. Nenhuma restrição de acesso documental ou as estruturas físicas de atendimento de saúde foi imposta a este trabalho. Entretanto, encontrou-se importante divergência de dados entre diferentes fontes de informação, inclusive, há divergência de dados dentro do mesmo sistema, relacionados a anos anteriores ao atual, os quais se esperava que estivessem consolidados. Assim, a depender da data de extração, os resultados obtidos variam.

11. Além desta introdução, o relatório tem outros quatro capítulos. Inicia-se com a visão geral do principal programa que operacionaliza a Pnspi e da forma de estruturação da saúde indígena, contendo relato sobre as consequências do garimpo ilegal relacionadas à saúde da população Yanomami. O capítulo seguinte abrange os sete achados principais constatados neste trabalho. O relatório é finalizado com as considerações finais e a proposta de encaminhamento. Quatro apêndices suplementam o relatório com detalhes sobre a metodologia aplicada pela auditoria, a análise dos comentários dos gestores, a relação do arcabouço legal que envolve o objeto auditado e informações complementares sobre dois dos achados. Por fim, um anexo contém fotografias dos três DSEIs visitados.

2. Visão geral

12. O Programa de Proteção, Promoção e Recuperação da Saúde Indígena que está inserido na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é de responsabilidade da Secretaria de Saúde Indígena – Sesai.

13. Segundo o PPA 2020-2023, a diretriz do programa é a ampliação da cobertura e da resolutividade da atenção primária à saúde, com prioridade na prevenção, e o fortalecimento da

integração entre os serviços de saúde. Os principais indicadores, metas e resultados alcançados pelo programa estão detalhados em tópico específico neste relatório.

2.1. Antecedentes e contexto histórico

14.No início do século XX, a expansão das fronteiras econômicas e o desenvolvimento de linhas telegráficas e de ferrovias causaram um grande impacto nas populações indígenas, levando a um aumento significativo na mortalidade. Em resposta a essa situação, em 1910, o Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPILTN) foi criado, vinculado ao Ministério da Agricultura, com o objetivo de proteger os direitos dos povos indígenas e garantir melhores condições de trabalho para os trabalhadores rurais.

15.Mais tarde, na década de 1950, o Ministério da Saúde criou o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) com o objetivo de fornecer atendimento básico de saúde às populações indígenas e rurais em áreas de difícil acesso. Em 1967, o SPILTN foi extinto e a Fundação Nacional do Índio (Funai) foi criada, vinculada ao Ministério do Interior.

16.Em 1986, na 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio é quando surge a primeira proposição do modelo dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) sob a gerência do Ministério da Saúde. Nela se afirmou:

- a) a necessidade urgente de implantação de um modelo de atenção que garanta aos indígenas o direito universal e integral à saúde;
- b) a importância de respeitar as especificidades étnicas e sócio-culturais e as práticas terapêuticas de cada grupo;
- c) a necessidade de garantir a participação indígena nas políticas de saúde; e
- d) a criação de uma agência de saúde específica para assuntos indígenas, que deveria ter representação indígena.

17.Em 1988, a promulgação da Constituição Federal estabeleceu em seu artigo 198 as regras gerais do Sistema Único de Saúde (SUS). No âmbito da União, a gestão deve ser exercida pelo Ministério da Saúde e fica definido que os direitos indígenas são de competência federal. O caput do artigo 231 reconhece os indígenas em conformidade com suas tradições, usos e costumes instituindo o direito a alteridade, direito a ter uma identidade diferenciada.

18.Em 1990, o Sistema Único de Saúde brasileiro é criado formalmente, regulamentado pelas leis 8.080/90 e 8.142/90.

19.Em fevereiro de 1991, o Decreto 23, de 4/2/1991, no art. 4º, § 1º, cria os distritos sanitários de natureza especial, cujas ações e serviços devem considerar as especificidades das diferentes áreas e comunidades indígenas do país. A competência dos cuidados em saúde é formalmente transferida da Funai a um órgão específico da saúde, o Ministério da Saúde, como havia sido acordado na Primeira Conferência Nacional de Saúde Indígena.

20.Neste mesmo ano, pelo Decreto 100, de 16/4/1991, é criada a Fundação Nacional de Saúde, então denominada como FNS, reconhecendo o direito do indígena a uma assistência adequada que contemple a diversidade cultural. E, pela Portaria Interministerial MS/MJ 316, de 11/4/1991, criou-se o primeiro Distrito Sanitário Especial Indígena, então denominado Distrito Sanitário Yanomami (DSY), a ser administrado pela FNS, com suporte técnico-operacional realizado pela “Unidade MISTA URIHI-YANOMAMI”, uma ONG que já atuava na região prestando serviços de saúde aos indígenas Yanomami.

21.Durante a Cúpula da Terra no Rio de Janeiro, a Eco-92, ocorrida em junho de 1992, e sob a atenção da comunidade internacional, é anunciada a demarcação da TI Yanomami, que havia sido homologada pelo Decreto 780, em 25 de maio de 1992, numa área contínua de 9,6 milhões de hectares. Na TI Yanomami vivem duas etnias principais, sendo elas o Yanomami e o Ye'kuana.

22.Em outubro de 1993, realizou-se a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas. Naquele fórum, definiu-se que a experiência desenvolvida no DSY deveria ser estendida a todos os povos indígenas do Brasil, através de projetos específicos, onde as deliberações seriam aprovadas

pelos Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (NISI), de âmbito estadual, ou pelos Conselhos Distritais, que teriam participação indígena de forma paritária.

23. Dentro da perspectiva de ação descentralizada de saúde junto a populações indígenas, a experiência do DSY, apesar das dificuldades, se constituiu no exemplo pioneiro onde as informações de saúde procuravam se atrelar às demandas de saúde locais.

24. Em 1999, a Lei 9.836, de 24 de setembro daquele ano, também conhecida como Lei Arouca, devido à atuação do Deputado Federal Sérgio Arouca na sua aprovação, acrescentou dispositivos à Lei Orgânica do SUS (Lei 8.080/1990) para incluir no Sistema Único de Saúde um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), projetado para garantir que as populações indígenas tivessem acesso à atenção primária, secundária e terciária à saúde.

25. Nos termos da Lei Arouca, a União é responsável pelo financiamento do SasiSUS, mas os Estados, Municípios e outras instituições governamentais e não-governamentais podem atuar de forma complementar tanto no custeio quanto na execução das ações. Além disso, o SasiSUS é baseado nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que foram criados para fornecer atendimento descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

26. Em 2001, a competência para o desenvolvimento de ações relacionadas à saúde indígena foi transferida para o Ministério da Saúde por meio da Medida Provisória 2.216-37, e os recursos humanos, bens, postos de saúde, Casas dos Índio, equipamentos e acervo documental necessários foram transferidos da Funai para a Funasa. Isso fez com que o Ministério da Saúde, por meio da mencionada fundação, assumisse a responsabilidade de estruturar o SasiSUS.

27. Em 2002, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi) foi instituída pela Portaria GM/MS 254, ratificando a necessidade da adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços, voltados à proteção, promoção e recuperação da saúde. Atualmente, essa política é encontrada na Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017.

28. Com o advento da Lei 12.314, de 19 de agosto de 2010, as competências relativas ao atendimento de atenção básica do Departamento de Saúde Indígena da Funasa foram transferidas ao Ministério da Saúde.

2.2. Secretaria de Saúde Indígena (Sesai)

29. A partir da publicação do Decreto 7.336, de 19 de outubro de 2010, a responsabilidade pela saúde indígena passou à então Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), órgão vinculado diretamente ao Ministério da Saúde e constituído, à época, por três departamentos: Departamento de Gestão da Saúde Indígena (DGESI), Departamento de Atenção à Saúde Indígena (Dasi) e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

30. Dessa forma, desde a promulgação da Lei 12.314 em 2010, a Sesai é responsável por coordenar a Pnaspi e gerenciar o SasiSUS em todo o país. A Sesai tem como missão implantar um novo modelo de gestão e atenção à saúde indígena, em conjunto com o SUS, descentralizado e com a participação dos 34 DSEI, que são subunidades da mencionada Secretaria.

31. Com a publicação do Decreto 9.795/2019, o Departamento de Gestão da Saúde Indígena (DGESI) da Sesai foi extinto, e suas competências foram transferidas para o Departamento de Atenção à Saúde Indígena (Dasi). Atualmente, é o Decreto 11.358, de 1º/1/2023, vigente a partir de 24/1/2023, que define a estrutura regimental do Ministério da Saúde, com as competências da Sesai, do DAPSI e dos DSEIs determinados nos artigos 46 a 49 do Anexo I.

32. Os setores da Sesai, responsáveis pela implementação da Pnaspi, têm as seguintes atribuições:

- a) Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena (DAPSI) é 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 interfederativa, ou seja, articulação com os demais gestores do SUS para provimento das ações complementares e especializadas;
- b) Departamento de Determinantes Ambientais da Saúde Indígena (DEAMB) é responsável pelas ações de saneamento básico e ambiental das áreas indígenas, 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, 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;

c) Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) é a unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Promove a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolve atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com o Controle Social; e

d) Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento (CGPO) é subdividida em cinco áreas temáticas: Orçamento: análise de processos voltados a aquisições de Distritos, análise de disponibilidade e descentralização de créditos orçamentários, alimentação do monitoramento. Planejamento: coleta e tratamento de informações das áreas técnicas da SESAI (departamentos) e envio para a Coordenação Geral de Planejamento (CGPL)/SPO, coleta e validação das informações inseridas no Siplan (Sistema de Planejamento), e apoio na elaboração do Relatório de Gestão e Relatório Anual de Gestão. Financeiro: análise e consolidação das solicitações de recursos financeiros dos Distritos e envio ao Fundo Nacional de Saúde (FNS). Convênios: execução dos 35 convênios celebrados pelo Ministério da Saúde junto a 08 entidades conveniadas, para atuação em caráter complementar no atendimento dos povos indígenas. E Monitoramento: acompanhamento da execução orçamentária dos DSEI, alinhamento do teto orçamentário, realização da descentralização orçamentária.

Figura 1 - Estrutura da Secretaria de Saúde Indígena



Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/estrutura>. Acesso em 14/7/2023

33. Os 34 DSEIs são unidades gestoras descentralizadas da Sesai, divididas por critérios territoriais e não necessariamente por estados, com base na ocupação geográfica das comunidades indígenas. Eles são responsáveis por promover a saúde indígena em seus territórios e executar as ações previstas para alcançar esse objetivo.

34. No território dos DSEIs, a estrutura de atendimento é composta por Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI), Polos Base e Casas de Saúde Indígena (Casai). Há 376 Polos Base, 67 Casas de Saúde Indígena e 1.000 UBSI em todo o país, com a atuação de mais de 700 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), formadas por 22 mil profissionais, sendo a maioria, 52% de indígenas.

2.3. Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI)

35. Os DSEIs são responsáveis por oferecer serviços de atenção básica de saúde indígena e saneamento básico, respeitando os saberes e práticas tradicionais, em uma determinada área geográfica que pode abranger mais de um município ou estado. Os polos-base são subdivisões dos DSEIs e constituem a primeira referência para os agentes indígenas de saúde e saneamento. Existem dois tipos de polos-base, Tipo I (localizado em aldeias) e Tipo II (localizado em área urbana). Além disso, há as UBSIs, que oferecem serviços de saúde em aldeias com diferentes populações e distâncias dos polos-base.

36. Por fim, a Casai oferece serviços complementares de atenção básica aos indígenas referenciados à Rede de Serviços do SUS, bem como seus acompanhantes, quando necessário. Destaque-se que a qualidade das edificações da Casai não está no escopo do presente trabalho.

Figura 2 - Organização do Distrito Sanitário Especial Indígena e Modelo Assistencial

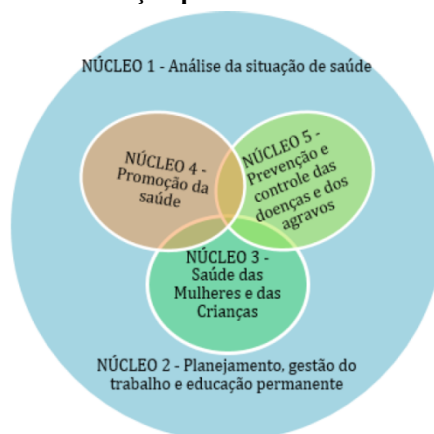


Fonte: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2017/agosto/unidades-da-saude-indigena-contam-com-nova-classificacao-para-subtipos-de-estabelecimentos-no-cnes> >. Acessado em 17/7/2023

37. Os DSEIs são constituídos pelos seguintes setores: Seção de Apoio Administrativo (SAA), Serviço de Orçamento e Finanças (Seofi), Serviço de Recursos Logísticos (Selog), Serviço de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena (Sesani) e Divisão de Atenção à Saúde Indígena (Diasi), que possui sob sua subordinação a Casa de Saúde Indígena (Casai). As atribuições de cada setor estão definidas na Portaria GM/MS 1.419/2017, arts. 18 a 25.

38. Por meio da Nota Técnica 17/2018-DIASI/CGAPSI/DASI/SESAI/MS, de 20/8/2018, a Sesai aprovou a reorganização dos processos de trabalho das Diasi dos DSEIs, no qual preconiza a distribuição das atividades em cinco núcleos, sendo dois estruturantes e três temáticos. Resumidamente, o Núcleo 1 faz a vigilância em saúde e alimenta os sistemas informatizados; o Núcleo 2 faz o planejamento do trabalho e das entradas em área das EMSIs e da educação permanente; o Núcleo 3 planeja ações em saúde das mulheres e das crianças; o Núcleo 4 é responsável pela promoção da saúde bucal, mental, sexual, imunização, medicina tradicional e outros; e o Núcleo 5 faz a prevenção e controle das doenças e agravos transmissíveis, como tuberculose, malária e DST, e das doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e hipertensão.

Figura 3 - Núcleos da atenção primária à saúde nas Diasi dos DSEIs



Fonte: Nota Técnica 17/2018-DIASI/CGAPSI/DASI/SESAI/MS (peça 271).

39. Nos termos da Portaria SAS/MS 1.317, de 3/8/2017, a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) corresponde a um conjunto de profissionais responsáveis pela atenção básica à saúde indígena na área do território indígena, sob gestão do SasiSUS.

40. As EMSIs são responsáveis por prestar assistência e cuidados de saúde às comunidades indígenas, considerando suas especificidades culturais, sociais e territoriais. Essas equipes são compostas por profissionais de diferentes áreas da saúde, como médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, assistentes sociais, entre outros, que trabalham de forma integrada para oferecer uma

abordagem holística e abrangente aos cuidados de saúde.

41.O trabalho das EMSIs é realizado principalmente por meio de ações de atenção básica à saúde, priorizando a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos indivíduos e comunidades indígenas. Essas equipes atuam em territórios indígenas, estabelecendo uma relação de proximidade e confiança com as comunidades, o que é fundamental para o desenvolvimento de um trabalho efetivo.

42.As EMSIs realizam visitas regulares às aldeias e comunidades indígenas, levando serviços de saúde até esses locais. Durante essas visitas, são oferecidos atendimentos médicos, consultas de enfermagem, cuidados odontológicos, acompanhamento pré-natal, vacinação, ações de educação em saúde, entre outros serviços de acordo com as necessidades da comunidade.

43.A equipe tem diversas atividades voltadas à Atenção Básica, destacando-se, de acordo com Portaria 2.436, de 21/9/2017, em relação ao enfermeiro:

II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

44.Além disso, as EMSIs também desempenham um papel importante na identificação e encaminhamento de casos que requerem tratamentos mais especializados, como consultas com especialistas, exames laboratoriais e de imagem, e até mesmo encaminhamento para hospitais de referência, quando necessário.

45.Os principais tratamentos realizados pelas EMSIs englobam diversas áreas da saúde, incluindo o tratamento de doenças comuns, como infecções respiratórias, doenças gastrointestinais, doenças de pele, malária, entre outras. Também são realizados tratamentos odontológicos, acompanhamento de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, atenção à saúde da mulher, saúde mental, cuidados com a saúde infantil e atendimento às necessidades específicas das populações indígenas.

46.As ações preventivas realizadas pelas EMSI visam reduzir doenças e promover a saúde nas comunidades indígenas. Essas ações incluem educação em saúde, vacinação, tratamento e controle de doenças endêmicas, cuidados odontológicos, acompanhamento de doenças crônicas, atenção à saúde da mulher, cuidados com a saúde mental e cuidados com a saúde infantil.

47.Através da educação em saúde, são fornecidas orientações sobre medidas preventivas, como higiene pessoal, saneamento básico e uso de mosquiteiros. A imunização é promovida por meio de campanhas de vacinação.

2.4. Controle Social

48.A Lei 9.836/1999, que instituiu o SasiSUS, determina que as populações indígenas têm direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Portanto, é necessário haver controle e participação social no âmbito da saúde indígena.

49.O controle e a participação social são exercidos por conselhos em diversos níveis: Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI), composto apenas por indígenas e de caráter permanente e consultivo; Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi), estabelecido no âmbito de cada DSEI, sendo permanente, deliberativo e paritário, com participação de usuários (indígenas), trabalhadores (profissionais que atuam na saúde indígena) e governos; e Fórum de Presidentes dos Condisi (FPCondisi), de caráter permanente e consultivo. Há também a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), que assessora o Conselho Nacional de Saúde (CNS) em relação às políticas públicas atinentes aos povos indígenas.

2.5. Fundação Nacional do Índio (Funai)

50.A Fundação Nacional do Índio (Funai) é o órgão do governo brasileiro responsável por coordenar a política indigenista no país, com vista à proteção e promoção dos direitos dos povos indígenas e à preservação de sua diversidade cultural. Dentro de suas atribuições, está a proteção

territorial e a garantia da segurança alimentar das comunidades indígenas.

51.A proteção territorial das terras indígenas consiste no monitoramento territorial para garantia da posse plena e do usufruto exclusivo que o art. 231 da Constituição Federal concede aos povos indígenas. Essa atribuição é desenvolvida por meio da informação territorial, da fiscalização e da prevenção de ilícitos.

52.A fiscalização de terras indígenas é implementada por ações de comando e controle atribuídas ao Estado, com objetivo de coibir atividades ilícitas, e são desenvolvidas com o apoio de órgãos parceiros. Entre os órgãos parceiros com competências específicas, destacam-se a Polícia Federal, nas atribuições de polícia judiciária; o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama), nas ações de competência ambiental; o Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade (ICMBio), nas áreas sobrepostas à Unidades de Conservação; e as Polícias Militares dos estados, na ocorrência de crimes contra indivíduos. Ações de controle são atribuídas diretamente ao Estado pela legislação brasileira, e atendem às situações em que as condições territoriais e ambientais das Terras Indígenas foram alteradas, interferindo no uso tradicional destinado a elas. As principais atividades de controle realizadas pela fiscalização são: (i) combate ao desmatamento e ao corte seletivo das florestas; (ii) combate à mineração – que não está regulamentada pela legislação brasileira; (iii) repressão à caça e pesca ilegal; e (iv) extrusão de invasores. As ações de fiscalização nas terras indígenas são realizadas somente por servidores da Funai e órgãos com competências específicas, sem a participação de indígenas, e elas são planejadas, coordenadas e monitoradas pela Funai, como órgão responsável pela execução da política indigenista.

53.A promoção de ações que visem a segurança alimentar das comunidades indígenas ocorre por meio de políticas e programas que contemplem o fortalecimento de produção de alimentos, promoção de práticas alimentares saudáveis e garantia de acesso a alimentos de qualidade. Também compete à Funai, promover o acesso aos recursos naturais, como água, terra e florestas, por meio do incentivo a conservação e recuperação desses recursos. Para isso, a Funai deve desenvolver programas de educação em saúde e nutrição, incentivar adoção de hábitos alimentares saudáveis, e combater práticas alimentares que coloquem em risco a saúde de comunidades indígenas. A Fundação é ainda responsável por promover a segurança sanitária por meio da prevenção e controle das doenças transmitidas por alimentos.

2.6. Ministério da Justiça e Segurança Pública

54.Nos termos do Decreto 11.348/2023, no que se refere aos povos indígenas, compete ao Ministério da Justiça e Segurança Pública promover ações que contribuam para a redução da violência contra esses povos; “coordenar a política nacional de prevenção e mediação de conflitos (...) indígenas”; bem como atuar junto aos diversos órgãos do Estado brasileiro de maneira a buscar a prevenção e resolução desses conflitos.

55.Ademais, consoante o disposto no Decreto 11.226/2022, a Funai vinculava-se ao Ministério da Justiça. Com a edição do Decreto 11.355/2023, de 1º de janeiro de 2023, essa Fundação passou a se vincular ao Ministério dos Povos Indígenas.

56.Diante das atribuições do Ministério da Justiça em relação aos povos indígenas e considerando a competência de supervisão ministerial que possuía sobre a Funai até o final de 2022, conclui-se que a pasta detém papel relevante quanto ao tema objeto da presente fiscalização.

57.Por não constituir clientela das Unidades Técnicas que participam da presente fiscalização, a atuação do Ministério da Justiça não constituirá escopo desta auditoria. Isso, todavia, não impede que esta Corte de Contas realize trabalhos futuros e complementares ao presente, de forma a verificar a atuação do referido Ministério.

2.7. O garimpo ilegal na Terra Indígena Yanomami

58.Inicialmente, cabe esclarecer que a mineração em terras indígenas é considerada ilegal no Brasil, de acordo com a Constituição Federal de 1988. O artigo 231 da Constituição estabelece que as terras tradicionalmente ocupadas pelos povos indígenas são destinadas à sua posse permanente e

que a exploração dos recursos naturais dessas terras só pode ser realizada com autorização do Congresso Nacional, ouvidas as comunidades afetadas, e desde que seja para o benefício da população brasileira e com respeito ao meio ambiente.

59.O Plenário do STF, provocado pelo Ministro Relator, Edson Fachin, em 22/2/2019 reconheceu a existência de repercussão geral da controvérsia referente à definição do estatuto jurídico-constitucional das relações de posse das áreas de tradicional ocupação indígena, à luz das regras dispostas no art. 231 do texto constitucional, erigindo o recurso como paradigma do tema 1.031. Essa decisão reforça a proteção das terras indígenas e impede que empresas mineradoras possam explorá-las sem a devida autorização.

60.Apesar disso, a invasão de garimpeiros às terras onde vive o povo Yanomami, que se distribui entre o oeste de Roraima e o norte do Amazonas, não é um fenômeno novo. Na década de 1970, iniciativas governamentais estimularam o garimpo na região. Na década de 1980, veio a “corrida do ouro”.

61.De 1973 a 1976, houve a construção da Rodovia Perimetral-Norte (BR 210), cujo traçado planejado atravessaria os estados do Amapá, Pará, Amazonas e Roraima, cruzando grande extensão da porção sudoeste da atual Terra Indígena Yanomami. Eram indígenas em situação de isolamento e contato inicial. Um trecho da estrada entrava pela aldeia Ajarani, na fronteira leste da terra indígena em Roraima e chegava até a comunidade indígena Missão Catrimani.

62.A construção da estrada causou o primeiro grande impacto epidemiológico e nas condições de existência daquela população indígena. Foram introduzidas doenças como o sarampo, a gripe, a malária, as doenças sexualmente transmissíveis (DST).

63.Em 1988, o Governo Federal editou a Portaria Interministerial 160, demarcando a Terra Indígena Yanomami e dividindo-a em 19 “ilhas” em meio a duas florestas nacionais e um parque nacional. Esse formato abria espaço para a exploração econômica das áreas demarcadas como floresta e parque. No ano seguinte, o Ministério Público Federal instruiu medida cautelar solicitando a interdição e reconhecimento da posse imemorial de cerca de 9.400.000 ha da área indígena Yanomami e a retirada cautelar de terceiros estranhos da área.

64.Um dos documentos que embasaram a peça dos procuradores federais é um parecer antropológico elaborado em agosto de 1989 por antropóloga indicada pela Associação Brasileira de Antropologia (ABA). O documento demonstrava a necessidade de se demarcar a área contínua no tamanho pleiteado, para não descaracterizar a forma de organização social daquele povo, que ocorreria com o desmembramento de seu território (peça 64).

65.Conforme dados indicados no parecer antropológico que embasa a petição do Ministério Público Federal (MPF), de 1989, a depopulação na região de Ajarani (RR) foi da ordem de 22 % entre os anos de 1973 e 1975, chegando a 83,5 % nos quinze anos subsequentes. Em 1978 a população na região do Alto Catrimani foi reduzida em 50 % numa epidemia de sarampo.

66.Em 1975, o projeto de levantamento dos recursos amazônicos Radambrasil detectou a existência de importantes jazidas minerais na região e constatou a falta de fertilidade da maioria dos solos da região. A publicidade dada ao potencial mineral do território Yanomami resultou no aparecimento de garimpos clandestinos de cassiterita na Serra de Surucucu.

67.Em 1980, houve outra invasão, desta vez por ouro, no alto rio Uraricoera que continuou durante toda a década de 1980 e teve o ápice em 1989, culminando no que o Instituto Socioambiental (ISA), uma organização não governamental (ONG) que desenvolve ações socioambientais em comunidades indígenas, chamou de “corrida do ouro”, entre 1987 e 1990.

68.Conforme relata o citado parecer antropológico de 1989 (peça 64, p. 3):

A situação alcançou um estado extremamente crítico a partir de agosto de 1987, com a chegada de milhares de garimpeiros que se utilizaram primeiro dos campos de pouso das missões e da FAB, para depois abrirem um número de pistas que, em junho de 1989, estava estimado em mais de 80, incluindo algumas na Venezuela. No primeiro semestre de 1989, o número de invasores em busca de ouro era estimado em quase 50.000, espalhados por toda a região central

das terras Yanomami no Brasil, atravessando a fronteira e causando problemas diplomáticos com a Venezuela. O rio Mucajai ficou poluído por mercúrio e pelos efeitos de assoreamento em toda a sua extensão; os rios Uraricoera, Catrimani e Couto de Magalhães, contaminados de mercúrio e óleo, deixaram de produzir peixes. A constante decolagem e aterrissagem de aviões e helicópteros nas inúmeras pistas de pouso, oficiais e ilegais, afugentou a caça, deixando os Yanomami na intolerável situação de depender dos garimpeiros para comer. É desconhecido o número de índios mortos em conflitos armados e por doenças contagiosas trazidas pelos invasores, pois, desde agosto de 1987, a Funai e o Conselho de Segurança Nacional (convertido mais tarde na Saden) vedaram a pesquisadores, jornalistas e outros profissionais a entrada em território Yanomami.

69. A extrusão dos garimpeiros ocorreu em operações realizadas pela Polícia Federal, então denominadas “Operação Selva Livre”, com apoio do Exército, Funai e Ibama, que perduraram pelos anos de 1990 a 1992 e, aos poucos foi conseguindo desmontar as estruturas de garimpo ilegal.

70. Mesmo após a demarcação oficial da T.I. Yanomami com a área contínua de 9,6 milhões de hectares, no ano de 1992, durante o governo do Presidente Fernando Collor, o garimpo continuou ocorrendo. Ainda que em escala bastante inferior, núcleos de garimpagem continuaram encravados na área Yanomami onde seguiram causando violências e problemas sanitários.

71. Uma nova explosão na atividade de garimpo ilegal veio a ocorrer de forma recente, tendo iniciado um crescimento exponencial em 2018, ano em que o Projeto MapBiomas apontou uma área ocupada de 363 ha. No ano anterior, a área era de 104 ha.

72. O Projeto MapBiomas é uma iniciativa multi-institucional para gerar mapas anuais de uso e cobertura da terra a partir de processos de classificação automática aplicada a imagens de satélite. Neste trabalho se optou por utilizá-lo ante a qualidade reconhecida dos dados disponibilizados publicamente e cobertura temporal das informações. A descrição completa do projeto encontra-se em <http://mapbiomas.org>.

73. Em 2019, a ocupação cresceu para 678 ha e, no ano de 2020, ocorreu novo crescimento, alcançando 921 ha. Em 2021, a área ocupada atingiu 1.557 ha. Comparativamente ao que ocorreu na década de 80, percebe-se um possível dano ainda maior, pois, no auge da primeira grande invasão, no ano de 1989, a área ocupada correspondia a 351 ha.

Figura 4 - Série histórica da área ocupada pelo garimpo ilegal na T.I. Yanomami (em ha)



Fonte: Elaborado com base nos dados do Projeto MapBiomas (Coleção 7 da Série Anual de Mapas de Uso e Cobertura da Terra do Brasil).

74. Corroborando as informações do MapBiomas, o Laudo 004/23-DITEC/PF, produzido pelo Instituto Nacional de Criminalística da Polícia Federal (peça 272), utilizando metodologia baseada em observação e interpretação visual de imagens de satélite de alta resolução, apresenta dados das áreas alcançadas pelo garimpo ainda maiores, bem como, a continuidade da expansão no ano de 2022. Esses dados estão presentes no

75.

76.

77.

78.Quadro 1 extraído do laudo.

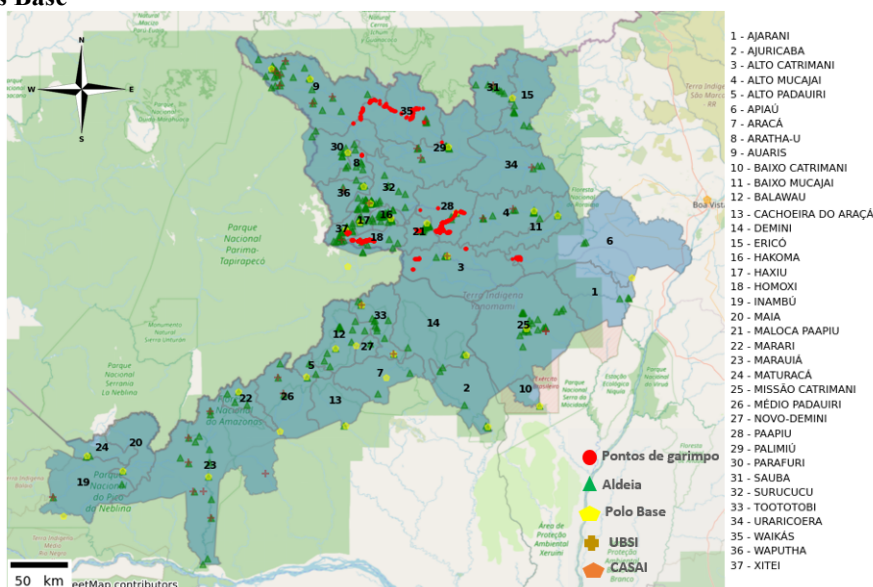
Quadro 1 - Área de garimpo na TI Yanomami até maio/2023

ANO	ÁREA (KM²)	PERCENTUAL AUMENTO OU REDUÇÃO	SATÉLITE
2015	0,40	-	LANDSAT 8
2020	14,00	3391%	PLANET
2021	23,73	69%	PLANET
2022	41,83	76%	PLANET
2023	41,14	-2%	PLANET

Fonte: Laudo 004/23-DITEC/PF (peça 272)

79.Utilizando informações do MapBiomias em conjunto com arquivos vetoriais com os limites geográficos dos Polos Base da TI Yanomami, bem como das aldeias e das unidades de atendimento (Polos Base e UBSI), é possível localizar áreas de garimpo e os polos mais afetados, na Figura 5.

Figura 5 - Localização de focos de mineração, de acordo com o Projeto MapBiomias, na TI Yanomami identificando as regiões dos Polos Base



Fonte: Elaboração própria utilizando dados do Projeto MapBiomias (Coleção 7 da Série Anual de Mapas de Uso e Cobertura da Terra do Brasil) e arquivos vetoriais disponibilizados pela Sesai.

80.Essa atividade irregular tem o efeito direto de desmatamento, mas há efeitos indiretos que têm o potencial de causar vários impactos ambientais duradouros, como fragmentação e degradação florestal em áreas relativamente intocadas, com impactos negativos sobre a biodiversidade. Outros impactos socioambientais graves são a contaminação de solo e corpos d'água por resíduos tóxicos e, consequentemente, a contaminação da fauna e flora locais e das populações indígenas que ali vivem. Além disso, a mineração irregular também é responsável por diversas situações de conflito e violência nas terras indígenas (Rorato, A. C., 2021). Ademais, é amplamente relatado por instituições que trabalham diretamente com a temática indígena que essa atividade proporciona a introdução de drogas, bebidas alcoólicas e armas de fogo para os indígenas.

81.A Sesai disponibilizou à equipe de auditoria uma série de painéis, acessados por um link fechado com uso de login e senha, nos quais, a partir da base de dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi), os DSEIs são ranqueados com relação a indicadores monitorados pela secretaria.

82. Neles se observa que, mesmo no intervalo de anos em que o garimpo esteve em baixa atividade na T.I. Yanomami, os índices do DSEI Yanomami estão entre os piores de todos os 34 DSEI.

83. No painel da Sesai que monitora a quantidade de casos de Doenças Diarreicas Agudas (DDA), o DSEI Yanomami começou a ter seus dados monitorados em 2013 e desde então é, ano após ano, o primeiro ou segundo com maior número de casos. Em adição a isso, o Relatório Missão Yanomami, de janeiro/2023, com relação à desnutrição, apontou que a frequência de baixo peso em crianças cresceu de 49,3% em 2015 para 56,5% em 2021 (peça 63, p. 23).

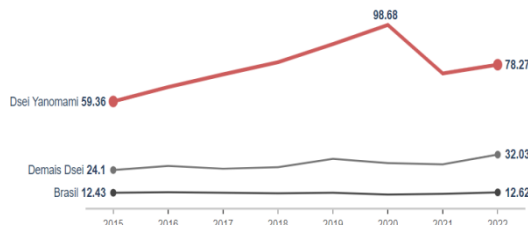
84. Estudos apontam que uma criança com desnutrição aguda grave (SAM - *severe acute malnutrition*) corre um risco até 12 vezes maior de morte devido a doença diarreica do que crianças mais bem nutridas. Da mesma forma, a desnutrição crônica (retardo de crescimento) é outro importante indicador prognóstico de morte durante e após um episódio de diarreia moderada a grave (Kirkby, 2017).

85. A contribuir com o quadro, desde 2019 o DSEI Yanomami não tem atingido a meta de cumprir o Esquema Vacinal Completo (EVC) em suas crianças menores de cinco anos, que inclui as vacinas BCG, Hepatite B, Pentavalente, VIP/VOP, Pneumocócica 10v, Rotavírus Humano (VRH), Meningocócica C, Varicela, Hepatite A, Tríplice Viral, Tetra Viral (peça 63, p. 79).

86. A Tríplice Viral imuniza contra sarampo, caxumba e rubéola, sendo que, a Organização Mundial de Gastroenterologia (WGO) afirma que a imunização contra o sarampo pode reduzir substancialmente a incidência e a gravidade das doenças diarreicas e que toda criança deve ser imunizada contra o sarampo na idade recomendada (Farthing, 2013).

87. Com acesso a base de dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi), que agrupa os dados epidemiológicos dos 34 distritos sanitários, a análise constata que a Taxa de Mortalidade Infantil (número de óbitos de residentes com menos de 1 ano de idade por mil nascidos vivos de mães residentes) do DSEI Yanomami é frequentemente a mais alta entre todos os DSEIs e está bem acima da média dos demais distritos e do Brasil. Em acréscimo a isso, observa-se um novo crescimento dessa taxa desde 2015, coincidindo com a nova onda de invasão do garimpo.

Figura 6 - Série histórica da Taxa de Mortalidade Infantil

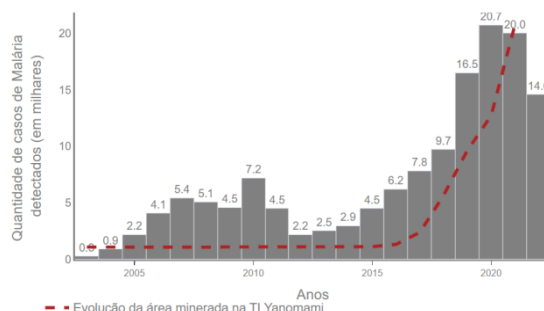


Fonte: Elaboração própria utilizando, para a população indígena, os dados do Siasi, sendo que os óbitos foram extraídos em 24/4/2023 e os nascidos vivos em 19/4/2023; e para a população geral, dados de óbitos e nascidos vivos até 2022, extraídos, respectivamente, nos Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), ambos com acesso em 28/6/2023; e <https://datasus.saude.gov.br/paineis-de-monitoramento-svs/>, com acesso em 28/6/2023, para os dados de 2022.

88. A Figura 7 indica os números históricos da malária e se mostra emblemático para demonstrar como a gestão do DSEI Yanomami não tem conseguido controlar a contaminação da população, mesmo nos anos em que não ocorreu a intervenção massiva do garimpo.

89. Em que pese a dificuldade de gestão do DSEI Yanomami em controlar os casos de malária, observa-se nos últimos anos um grande crescimento do número de casos, que coincide com o crescimento da área ocupada pelo garimpo.

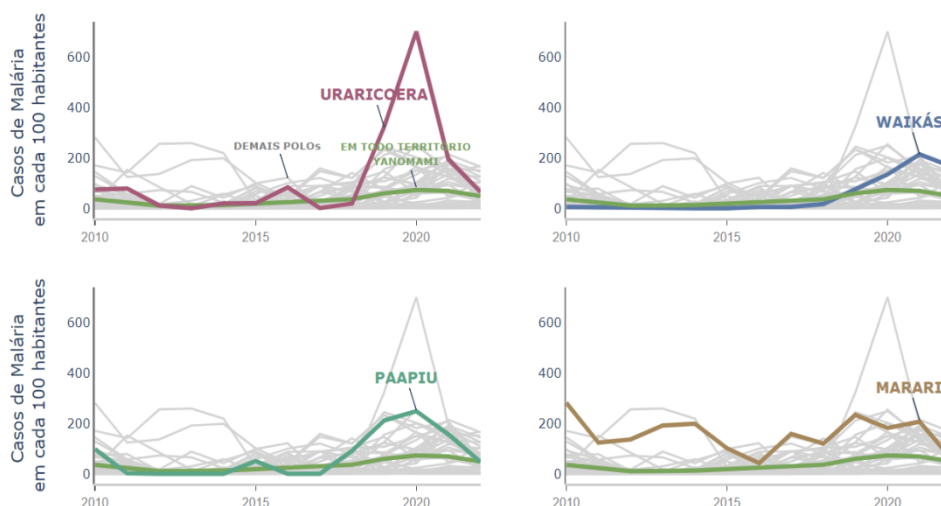
Figura 7 - Série histórica de quantidade de casos de malária x área ocupada pelo garimpo



Fonte: Elaborado utilizando dados do Sivep Malária, extraídos em 20/4/2023, e do Projeto MapBiomas (Coleção 7 da Série Anual de Mapas de Uso e Cobertura da Terra do Brasil)

90. Os dados da malária por Polo Base em conjunto com o mapa de distribuição do garimpo (Figura 8) apresentam correlação de crescimento no número de casos nas aldeias próximas às áreas invadidas nos últimos anos, apontando uma tendência de que a expansão do garimpo ilegal tenha relação com o aumento dos casos da doença.

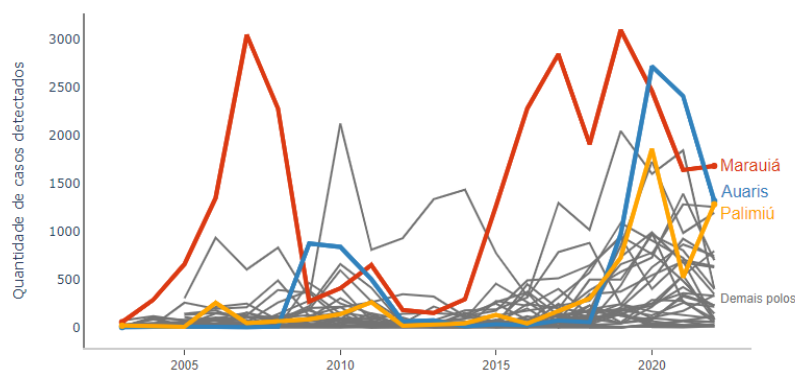
Figura 8 - Evolução dos casos de malária por 100 habitantes em diferentes Polos Base localizados na TI Yanomami



Fonte: Elaborado utilizando dados do Sivep Malária, extraídos em 20/4/2023 e do Siasi extraídos em 24/4/2023.

91. Na Figura 9, que apresenta a quantidade de casos por polo base do DSEI Yanomami no período entre 2003 e 2022, observa-se que o Polo Base Marauíá, representado em vermelho, apresenta a maior incidência de picos de casos de malária ao longo dos anos. Esse polo se localiza no estado do Amazonas, numa região em que não ocorre a presença de garimpo. Conforme relatado em entrevistas no DSEI e em relatórios produzidos pelas EMSI, uma das causas é relacionada à extração de piaçava realizada por não-indígenas desde a década de 1970 (peça 64, p. 2), representando uma população epidemiológica invisível que carrega a doença, servindo de reservatório para os plasmódios causadores da malária e dificultando o controle de disseminação (peça 54, p. 5).

Figura 9 - Evolução da quantidade de casos de malária por Polo Base, destacando Auariá, Marauíá e Palimiú



Fonte: Elaborado utilizando dados do Sivep-Malária, extraídos em 20/4/2023.

92. Demonstrando um possível impacto do garimpo, o Polo Base Auaris, que se destaca em azul, apresentou um pico de casos de malária nos anos de 2020 e 2021. Esse polo se encontra numa região de alta incidência de garimpo e é fronteira com a Venezuela.

93. Na mesma situação de Auaris, a região do Polo Base Palimiú, na cor laranja no gráfico, historicamente apresenta baixa quantidade de casos de malária e teve aumento impactante no ano de 2020. O referido polo se localiza em área de crescimento do garimpo.

94. Os gráficos da Figura 8 e da Figura 9 apontam o possível impacto do garimpo nos óbitos infantis e casos de malária na T.I. Yanomami, que aumentaram expressivamente nos últimos anos. Em especial, verificou-se um grande crescimento de casos de malária nos Polos Base Auaris e Palimiú, duas das regiões onde a atual invasão de garimpo se concentra.

2.8. Aspectos orçamentários

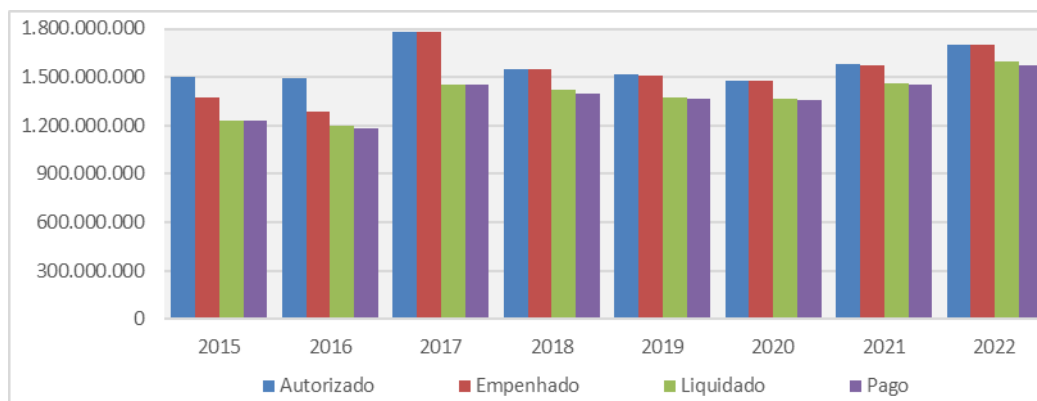
95. Entre 2015 e 2022, as ações para saúde dos povos indígenas foram apresentadas nos programas de código 5022 (Proteção, Promoção e Recuperação da Saúde Indígena) e 2065 (Proteção e Promoção dos Direitos dos Povos Indígenas). O de código 2065 ficou ativo até 2019 e contemplou despesas nas funções de cultura, direitos da cidadania, gestão ambiental e saúde (em 2019 foi previsto no Projeto de Lei recursos na função agricultura, mas sem dotação aprovada); já o 5022 vigorou a partir de 2020 com recursos exclusivos para a função saúde.

96. Importante mencionar que, a partir de 2020, foi também criado um programa 0617 (Proteção e Promoção dos Direitos dos Povos Indígenas), que passou a concentrar de modo exclusivo recursos na função de direitos humanos e cidadania. Ademais, mesmo entre os anos de 2015 e 2019, quando os recursos do programa estavam dispersos em várias funções, a da saúde sempre representou a maior materialidade, com mais de 90% da dotação empenhada em todos os anos.

97. Todos os recursos da saúde indígena foram destinados à Unidade Orçamentária 36901 (Fundo Nacional de Saúde) e empenhados preponderantemente na subfunção de assistência à saúde (97,5%), havendo uma parcela residual para saneamento básico rural (2,5%). Embora os recursos sejam administrados pelo Fundo Nacional de Saúde, a quem compete transferências intergovernamentais na área da saúde, 99,45% deles possuem localizador nacional, muito em decorrência de serem geridos pelas unidades gestoras do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

98. Em termos gerais, observa-se uma tendência de incremento do orçamento para saúde indígena entre 2015 e 2022, com um grande aumento entre 2016 e 2017, quando o valor empenhado foi de R\$ 1,29 bilhão para aproximadamente R\$ 1,78 bilhão. Nos anos seguintes, esse valor referencial (empenhado) oscilou entre R\$ 1,47 bilhão e 1,58 bilhão, voltando a aumentar em 2022, para R\$ 1,70 bilhão. Outro dado que chama a atenção é que a partir de 2017, os valores autorizado e empenhado foram bem próximos.

Figura 10 - Orçamento dos Programas de Saúde Indígena entre 2015 e 2022



Fonte: Elaboração própria a partir de dados financeiros do governo federal, extraídos em 16/6/2023.

99. Esses recursos foram aplicados preponderantemente nas modalidades de aplicação 90 – Aplicações diretas (com 51,4% dos recursos empenhados) e 50 – Transferências a Instituições Privadas sem Fins Lucrativos (com 48% dos recursos empenhados); em termos residuais apareceram as modalidades 80 – Transferências ao Exterior e 91 – Aplicação Direta Decorrente de Operação entre Órgãos, Fundos e Entidades, com participações relativas de 0,49% e 0,04%.

100. Em relação aos planos orçamentários, os recursos destinados a saúde indígena estão apresentados em classificações genéricas, sendo 93,1% discriminados como promoção, proteção e recuperação da saúde indígena, havendo em caráter residual 3,1% para estruturação das unidades de saúde, 1,6% para planos vinculados a saneamento, 0,9% de emendas parlamentares, individuais e de relator, 0,2% de planos relacionados ao combate à pandemia de Covid-19 e 0,1% para plano de ações de acompanhamento especial.

Tabela 1 - Despesas em Saúde Indígena por Planos Orçamentários entre 2015 e 2022 (valor empenhado por R\$ 100.000,00)

Código	Plano Orçamentário	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
0000	Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena - Despesas Diversas	-	11.946,9	15.733,0	13.844,3	14.279,7	14.291,4	14.675,2	16.136,6
0002	Promoção, proteção e recuperação da saúde indígena	13.029,2	-	-	-	-	-	-	-
0003	Estruturação de Unidades de Saúde e DSEI para Atendimento à População Indígena	402,5	576,5	570,4	852,4	423,6	212,2	434,7	328,3
0000	Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção e Controle de Agravos - Despesas	-	330,4	-	500,0	379,9	-	-	-
0000	Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção de doenças e Agravos	-	-	-	-	-	235,7	354,9	469,8
EREL	Emenda de Relator	-	-	998,7	-	-	-	-	-
0000	Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção e Controle de Agravos	267,5	-	482,6	-	-	-	-	-
CVB0	COVID-19 - Medida Provisória nº 1.032, de 24 de fevereiro de 2021	-	-	-	-	-	-	246,7	-
0002	Execução de ações de acompanhamento especial	-	-	-	180,3	-	-	-	-
EIND	Emenda Individual	-	41,2	-	94,0	-	-	-	-
0004	Logística para Distribuição de Medicamentos e Insumos Estratégicos para a População	-	-	-	-	-	-	-	78,6
CVC0	COVID-19 - Medida Provisória nº 1.041, de 30 de março de 2021	-	-	-	-	-	-	45,0	-
CV19	Coronavírus (COVID-19)	-	-	-	-	-	-	-	2,4
TOTAL		13.699	12.895	17.785	15.471	15.083	14.739	15.756	17.016

Fonte: Elaboração própria a partir de dados financeiros do governo federal, extraídos em 16/6/2023.

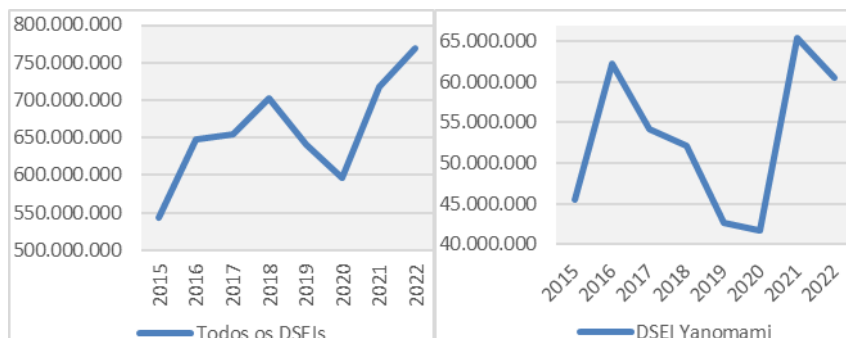
101. Entre 2015 e 2022 foram identificadas 90 unidades gestoras executoras, sendo a maior parte dos recursos executados na “Diretoria Executiva do Fundo Nacional de Saúde”, com R\$ 5,94 bilhões (48,5% do total). As unidades gestoras dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, juntas, foram responsáveis pela execução de outros R\$ 5,27 bilhões (43% do total). A Coordenação-Geral de Material e Patrimônio foi responsável pela execução de outros 6,6%, com aproximadamente R\$ 811 milhões.

102. A despesa total das Unidades Gestoras DSEIs apresentou uma trajetória irregular nos últimos anos. De 2015 para 2016, houve um aumento de 19,4% nos dispêndios, chegando a R\$ 646,8 milhões. Em 2017, houve um novo incremento de 1,2%, para R\$ 654,7 milhões; no ano seguinte, as despesas atingiram o maior valor em 4 anos, totalizando R\$ 702,1 milhões. Não

obstante, em 2019 e 2020, houve reduções de 8,8% e 7,3%, respectivamente, chegando a R\$ 596 milhões. Nos anos seguintes houve uma retomada no aumento das despesas, com um acréscimo de 20,3% em 2021 e 6,9% em 2022, totalizando R\$ 768,6 milhões.

103. Analisando-se dados específicos do DSEI Yanomami, observa-se um incremento de 36,5% nos recursos empenhados entre 2015 e 2016, quando o montante subiu de R\$ 45,6 milhões para R\$ 62,3 milhões. A partir de então existiu uma queda constante dos recursos, chegando a R\$ 41,7 milhões em 2020. No ano seguinte houve mais um aumento brusco de recursos empenhados pela unidade gestora (UG) (56,4%), alcançando R\$ 65,4 milhões. Para 2022 houve uma leve redução, para R\$ 60,6 milhões.

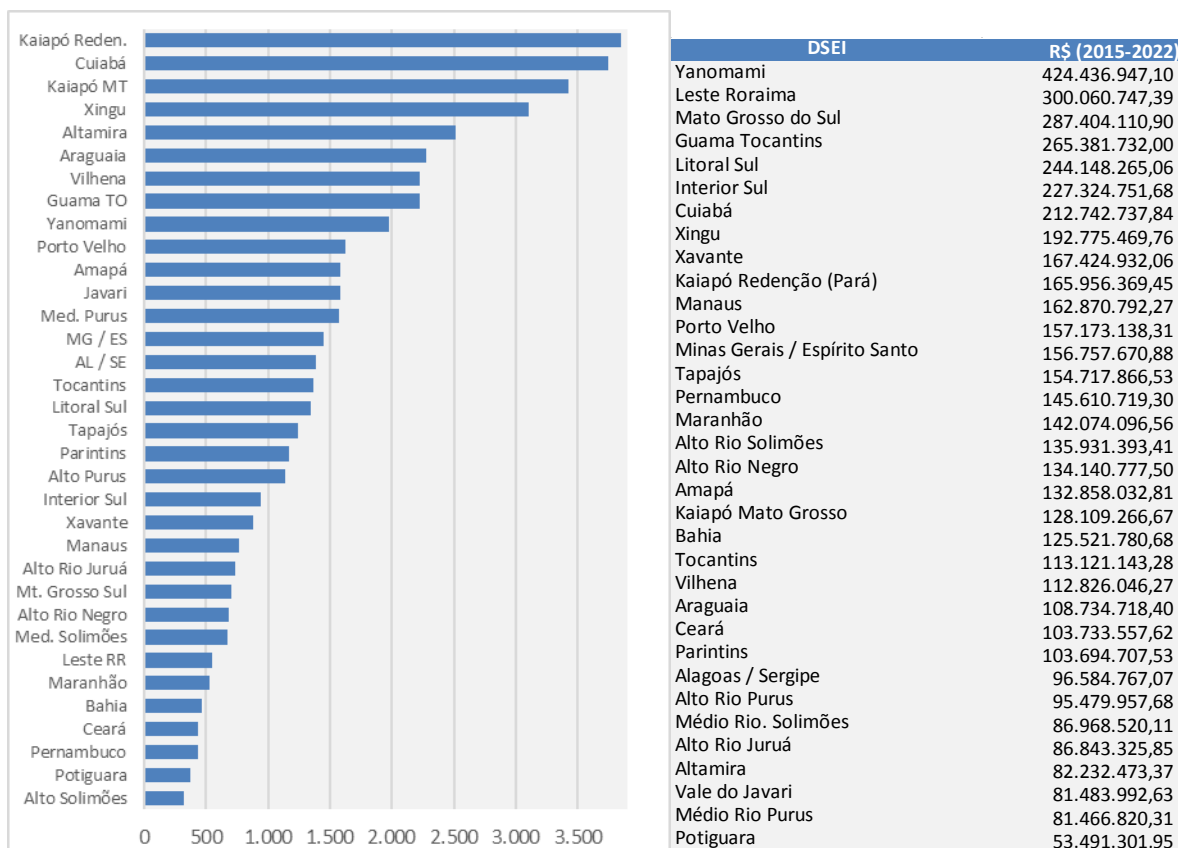
Figura 11 - Evolução de Empenhos por Unidade Gestora DSEI entre 2015 e 2022



Fonte: Elaboração própria a partir de dados financeiros do governo federal, extraídos em 16/6/2023.

104. Em termos absolutos, o DSEI Yanomami foi o que mais empenhou recursos entre 2015 e 2022, com mais de R\$ 120 milhões em relação ao Leste de Roraima. A título comparativo, o DSEI Yanomami recebeu uma média de R\$ 54,1 milhões por ano entre 2015 e 2022, enquanto a média para os 34 DSEIs foi de R\$ 19,4 milhões. Em relação aos recursos per capita, considerando a população indígena projetada pela SESAI por DSEI em 2022 e os montantes empenhados no mesmo ano, o DSEI Yanomami foi o 9º que mais recebeu, com R\$ 1.980,28 por habitante.

Figura 12 - Empenhos Per Capita por DSEI em 2022 e Empenhos Totais entre 2015 e 2022



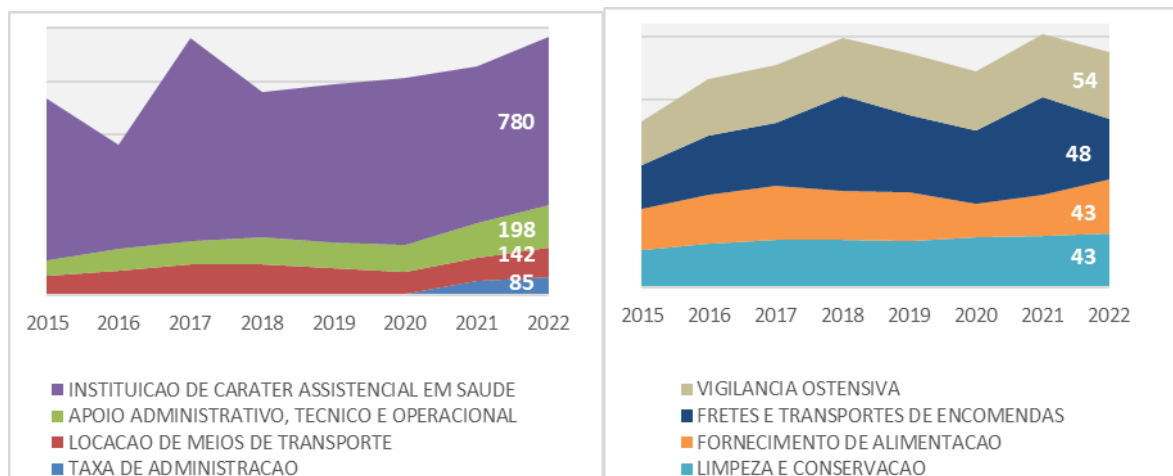
Fonte: Elaboração própria a partir de dados financeiros do governo federal e do SIASI, extraídos em 16/6/2023.

105. Analisando-se o perfil dos gastos entre 2015 e 2022 por subelemento de despesas, 48% dos recursos aplicados (R\$ 5,88 bilhões) foram para “instituições de caráter assistencial em saúde” (onde se incluem grande parte das despesas com pessoal das equipes de saúde indígena), seguidos por “apoio administrativo, técnico e operacional”, com 8,3% (R\$ 1,01 bilhão) e “locação de meios de transporte” (R\$ 0,98 bilhão). Além desses, outros 233 subelementos de despesa representaram conjuntamente R\$ 4,37 bilhões.

106. Analisando-se a série histórica, o subelemento “instituição de caráter assistencial em saúde” teve um aumento expressivo em 2017, quando chegou a R\$ 942,6 milhões, reduziu sensivelmente em 2018, e teve tendência estável desde então. O “apoio administrativo, técnico e operacional” teve um crescimento relativamente constante ao longo dos anos, com um pico em 2022; o de “locação de meios de transporte” teve uma grande execução em 2017, uma redução gradual até 2020, e uma retomada desde então; e o “taxa de administração” teve um contínuo ganho de materialidade a partir de 2021, alcançando R\$ 84,9 milhões em 2022.

107. Em relação aos outros gastos de materialidade não tão grande, o subelemento “limpeza e conservação” teve um aumento constante até 2022, o “gastos com fornecimento de alimentação” teve uma queda em 2020 e um aumento significativo em 2021, o “frete e transportes de encomendas” teve um pico em 2018 e uma queda em 2022, e o “vigilância ostensiva” teve um aumento constante ao longo dos anos, com seu maior valor em 2022.

Figura 13 - Evolução dos Principais Subelementos de Despesas da Saúde Indígena (em R\$ milhões)

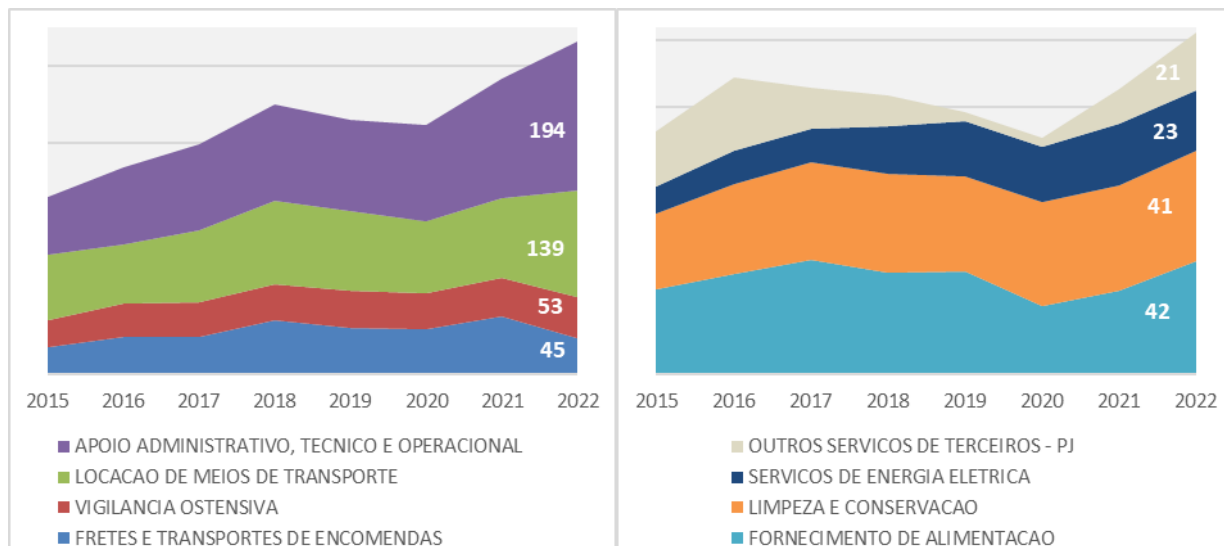


Fonte: Elaboração própria a partir de dados financeiros do governo federal, extraídos em 16/6/2023.

108. Ao se filtrar apenas os gastos dos DSEIs, os valores também variaram ao longo dos anos. O subelemento de locação de meios de transporte aumentou consideravelmente nos anos de 2018 e 2022, o “apoio administrativo, técnico e operacional” teve aumento mais gradual, o “frete e transporte de encomendas” teve um aumento expressivo em 2021, e o “vigilância ostensiva” teve uma variação menos acentuada ao longo dos anos.

109. Dentre os materialmente não tão elevados, o valor gasto em serviços de energia elétrica teve um aumento expressivo em 2019 e 2020, o valor gasto em limpeza e conservação se manteve relativamente constante, o gasto em outros serviços de terceiros (pessoa jurídica) teve uma diminuição considerável em 2017 e aumento em 2022, e o valor gasto em fornecimento de alimentação decaiu muito em 2020, mas teve aumentos expressivos em 2021 e 2022.

Figura 14 - Evolução dos Principais Subelementos de Despesas dos DSEIs (em R\$ milhões)



Fonte: Elaboração própria a partir de dados financeiros do governo federal, extraídos em 16/6/2023.

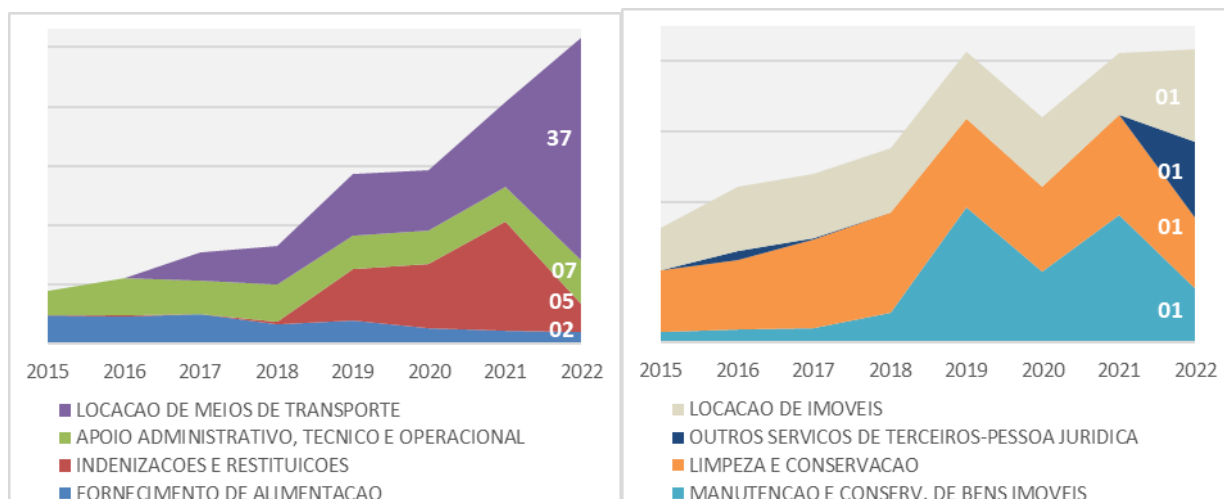
110. Por fim, em relação ao DSEI Yanomami, chama a atenção inicialmente o elevado montante empenhado em locação de meios de transportes em 2022: R\$ 37.419.990,67. Esse valor corresponde a 61,8% de todas as despesas do DSEI Yanomami, e é maior do que o orçamento total empenhado de 31 dos 34 DSEIs (apenas os Distritos do Mato Grosso do Sul e do Guamá Tocantins, além do Yanomami, apresentaram em 2022 orçamento maior que 37,4 milhões).

111. Também é de se destacar o súbito aumento do valor agregado gasto em indenizações e restituições a partir de 2019; parte desse incremento (mas não todo) é justificado por despesas dos exercícios anteriores, que foram de R\$ 9,6 milhões em 2021 e 3,1 milhões 2022. Em complemento, o valor gasto em fornecimento de alimentação diminuiu ao longo dos anos e o em apoio

administrativo, técnico e operacional teve uma variação relativamente estável.

112. Em relação aos demais subelementos analisados, os gastos de manutenção e conservação de bens imóveis tiveram um aumento significativo em 2019 e apresentaram grande variância desde então. Gastos com limpeza e conservação e com locação de imóveis foram relativamente estáveis ao longo dos anos, e os gastos com outros serviços terceirizados por pessoa jurídica foram praticamente inexistentes ao longo dos anos, ganhando espaço só em 2022, quando foram de aproximadamente R\$ 1,1 milhão.

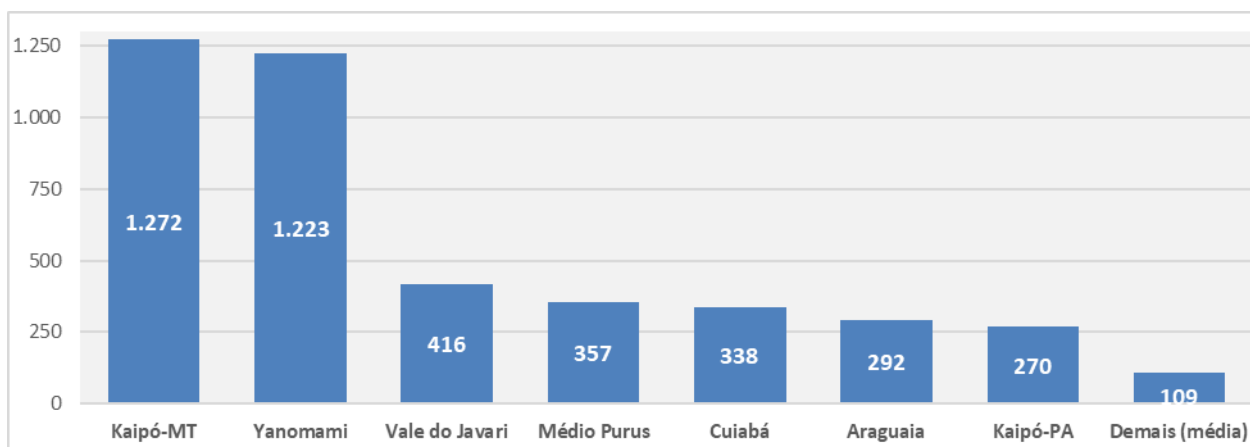
Figura 15 - Evolução dos Principais Subelementos do DSEI Yanomami (em R\$ milhões)



Fonte: Elaboração própria a partir de dados financeiros do governo federal, extraídos em 16/6/2023.

113. No que tange especificamente as despesas com locação de meios de transportes, que podem ser utilizadas para a remoção de pacientes, os recursos empenhados pelo DSEI Yanomami em 2022 foram os maiores em termos absolutos (R\$ 37,4 milhões) e o segundo maior em termos per capita (R\$ 1.222,96), atrás apenas do DSEI Kaiapó de Mato Grosso (R\$1.272,18). De todos os 34 distritos, três não tiveram despesas com locomoção (Potiguar, Vilhena e Amapá e Norte do Pará), 10 tiveram despesas per capita inferiores a R\$ 100, e outros 16 tiveram essas despesas entre R\$ 100,00 e R\$ 300,00.

Figura 16 - Empenhos Per Capita com Locação de Meios de Transportes em 2022



Fonte: Elaboração própria a partir de dados financeiros do governo federal e da Sesai, extraídos em 16/6/2023.

2.9. Metas e indicadores de desempenho

114. Analisando-se os indicadores do PPA 2020-2023 relacionados à promoção e proteção da saúde indígena, foi estabelecido o Objetivo 1241 (Fortalecer a proteção, promoção e recuperação da Saúde Indígena) com a Meta 052N (Ampliar para 60% a proporção de crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e

desenvolvimento – CeD).

115. Dentro dessa meta, a publicação Resultados Intermediários do PPA 2020-2023: ano-base 2022 estabeleceu os seguintes resultados intermediários:

Resultado 0170 - Crianças indígenas menores de 5 anos com esquema vacinal completo (EVC);

Resultado 0171 - Gestantes indígenas com no mínimo 6 consultas de pré-natal;

Resultado 0172 - Investigação de óbitos em crianças indígenas menores de um ano; e

Resultado 0173 - Aldeias indígenas com água potável.

116. Conforme se observa na tabela abaixo, nem o conjunto dos DSEIs, nem o DSEI Yanomami conseguiram atingir os resultados parciais da meta de ampliar o acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento, sendo o resultado do Yanomami muito ruim em ambos os anos (embora com crescimento significativo em 2022 em relação a 2021). O conjunto dos distritos também não conseguiu atingir as metas relacionadas à cobertura vacinal.

117. O DSEI Yanomami também teve resultados negativos relacionados a consultas de pré-natal em gestantes, tanto em 2021 como em 2022; mas nesse caso em particular todos os DSEIs juntos conseguiram alcançar as metas parciais previstas para os dois anos. No que concerne à investigação de óbitos em crianças indígenas menores de um ano, o distrito Yanomami foi destaque e alcançou a meta de 100% em ambos os anos, quando o conjunto dos DSEI não alcançou as metas parciais pretendidas.

Tabela 2 - Metas e Resultados Intermediários em Saúde Indígena do PPA 2020-2023

Indicador	2021				2022			
	Todos os DSEI		DSEI Yanomami		Todos os DSEI		DSEI Yanomami	
	Previsto	Alcançado	Previsto	Alcançado	Previsto	Alcançado	Previsto	Alcançado
Meta 052N	44,0%	34,9%	44,0%	2,2%	52,0%	42,6%	52,0%	7,4%
Resultado 0170	87,5%	84,2%	87,5%	80,0%	88,5%	89,5%	88,5%	79,6%
Resultado 0171	43,0%	45,1%	43,0%	4,0%	47,0%	48,6%	47,0%	7,4%
Resultado 0172	88,0%	71,2%	88,0%	100,0%	89,0%	78,4%	89,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da publicação Resultados Intermediários do PPA 2020-2023: ano-base 2022 e de dados brutos dos painéis disponíveis em saudeindigena.net.br/paineis

118. Por fim, no que concerne ao Resultado 0173 (aldeias indígenas com água potável), a equipe ainda não teve acesso a dados parciais de 2021 e 2022. Para esses períodos constaram as metas respectivas de 3.060 e 3.090 para todos os DSEI; para o DSEI Yanomami em 2021 não foi estabelecida meta, e para 2022 foi estabelecida a meta de 62 aldeias.

119. A fim de propiciar melhor visualização dos dados orçamentários e financeiros a equipe de fiscalização criou, para consumo interno, um painel sobre o orçamento destinado aos programas de saúde indígena, que pode ser acessado no endereço:

3. Achados de Auditoria

3.1. Achado I: Unidades de saúde foram fechadas no DSEI Yanomami entre 2021 e 2023

120. Devido ao crescimento do garimpo ilegal na T. I. Yanomami e ao insuficiente treinamento das EMSI para atuação em contexto de interculturalidade, o DSEI Yanomami reportou o fechamento de nove estabelecimentos de saúde (polos base e UBSI), no período entre 2021 e 2023, o que levou à interrupção do serviço de atenção básica de saúde às populações indígenas envolvidas, impactando no aumento da quantidade de óbitos e de agravos de saúde como malária, pneumonia e desnutrição infantil e de remoções que, por serem aéreas em 98% dos casos, têm custo elevado.

121. É importante observar que não se consegue quantificar com precisão os três impactos citados: morbidades, óbitos e remoções, em razão dos motivos expostos a seguir.

125. Na Figura 17 foi utilizado um recurso de visualização sobre os textos escritos que resulta em uma nuvem de palavras, onde o tamanho da fonte de cada palavra é diretamente proporcional à frequência com que essa aparece nos textos da coluna da planilha relacionada ao motivo da remoção. No caso, a apresentação das palavras grave, pneumonia, malária e desnutrição apontam os principais motivos de remoção.

[illegible]

127. Em 12/4/2023, o DSEI Yanomami apresentou a seguinte tabela, relacionando os Polos Base e UBSI com ocorrência de fechamento entre 2021 e 2023:

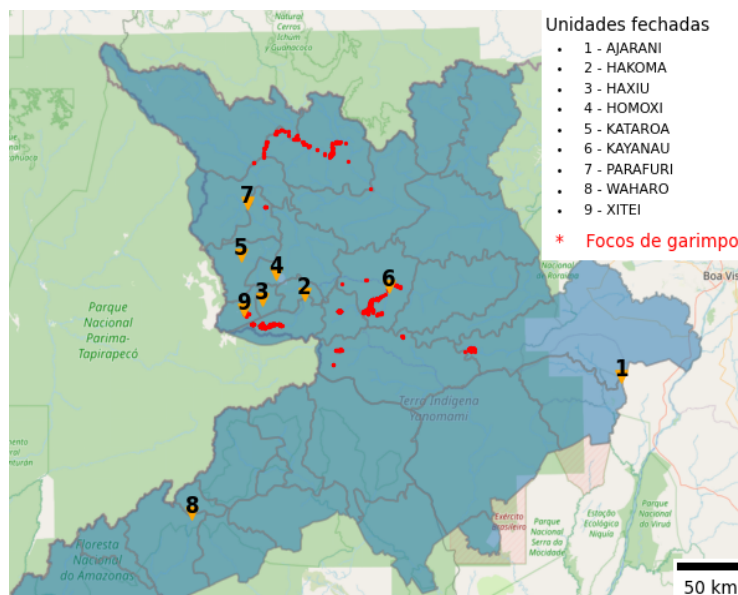
Quadro 2 - Polos base e UBSIs fechados entre 2021 e 2023, situação em 12/4/2023

Polo Base/UBSI	Início de Fechamento	Motivo de Fechamento	Perspectiva de Reabertura
Haxiu	26/10/2021	Evasão dos Indígenas	Parcialmente aberto
Homoxi	07/11/2021	Invasão do garimpo	Fechado - aguardando tramitação
Hakoma	07/11/2021	Evasão dos indígenas	Fechado - aguardando tramitação - definição de Moradia
Kayanaú	30/03/2022	Ameaça aos colaboradores	Fechado - aguardando tramitação
Alto Padauri/ Waharo	06/04/2022	Ameaça aos Colaboradores	Aberto
Xitei	14/04/2022	Conflito	Aberto - com equipe de força de segurança
Surucucu/Kataroa	04/04/2023	Ameaça aos colaboradores	Fechado – aguardando Tramitação
Parafuri	30/03/2023	Ameaça aos colaboradores	Fechado - aguardando tramitação
Ajarani	2021	Ameaça aos colaboradores e migração	Fechado - atendimento semanal (terrestre)

Fonte: Ofício 726/2023/YANOMAMI/DSEI/SESAI/MS, de 12/4/2023 (peça 66, p. 8-9).

128. A última atualização informada pelo DSEI antes do fechamento deste relatório, em ofício SEI 0034481011, datado de 30/6/2023, indicou que, desses nove postos: dois continuavam fechados (Kayanaú e Parafuri), três estavam parcialmente abertos (Homoxi, Hakoma e Ajarani), um estava aberto com apoio da Força Nacional de Segurança (Xitei) e três foram reabertos (Haxiu, Waharo e Kataroa) (peça 205).

129. A Figura 18 apresenta a localização dessas unidades, de acordo com as informações encaminhadas pela Sesai, em conjunto com a localização dos pontos classificados como garimpo pelo Projeto MapBiomias.

Figura 18 - Mapa de localização das unidades de saúde fechadas entre 2021 e 2023 no DSEI Yanomami

Fonte: Elaborado utilizando dados do Projeto MapBiomias (Coleção 7 da Série Anual de Mapas de Uso e Cobertura da Terra do Brasil).

130. Conforme se detalhará nos parágrafos seguintes, seis dessas nove unidades de saúde têm a intensa atividade de garimpo ilegal na sua região de atuação como causa preponderante do motivo de fechamento: Homoxi, Haxiu, Hakoma, Xitei, Kayanaú e Parafuri.

131. A localização dos pontos de garimpo, segundo o MapBiomias, coincide com a descrição presente no Laudo 004/2023 – DITEC/PF, elaborado pela Polícia Federal (peça 272, p. 7):

(...) de modo geral, a ocupação [do garimpo] na TI ao longo dos anos se concentrou da região central, em direção a porção oeste da TI, rumo ao Território Venezuelano. Conforme se avança ao interior da TI a tendência é que o acesso esteja dificultado, devido à ausência de estradas e as dificuldades inerentes a navegação fluvial. Possivelmente lugares de maior dificuldade para fiscalização e acesso de autoridades e órgãos competentes foram procurados pelos garimpeiros a fim de dificultar a fiscalização.

132. É relatado pelas equipes de saúde do DSEI Yanomami que a população dessas comunidades abandonou suas roças para trabalhar para os garimpeiros, e parte dos indígenas se tornou dependente alcoólico e se municiou de armas de fogo, a exemplo do relatório de EMSI à peça 217, p. 12.

133. Corroborar essa informação o relatório produzido pela Divisão de Atenção à Saúde Indígena (Diasi) do DSEI Yanomami denominado “Análise da Situação de Saúde DSEI Yanomami, período 2008 a agosto/2019”, datado de setembro/2019 (peça 183, p. 150):

Os Yanomami para o Ministério da Saúde são considerados povos de recente contatos, porém, atualmente há uma grande invasão do não indígena em seus territórios e um contato maior com a área urbana, com isso observa-se mudanças em seus hábitos alimentares e consumo de álcool, o que justifica o surgimento de morbidades como a diabetes e a hipertensão arterial, bem como contribui com os casos de desnutrição grave em menores de cinco anos de idade e idosos, e quanto ao álcool, o aumento de violências intrafamiliar e conflitos intertribais.

134. Segundo relatado pelo presidente do Condisi em entrevista, corroborado por informação de profissional de saúde no relatório à peça 212, p. 1, os líderes de comunidade se queixam de que os mais jovens não os obedecem. Nesse contexto, aumentaram os eventos de violência doméstica, intertribal e de ameaças de indígenas às equipes de saúde do DSEI.

135. Três profissionais de saúde, à época responsáveis técnicos por núcleos da Diasi/DSEI Yanomami, assinam o seguinte relato em documento datado de 11/11/2022 (peça 67, p. 321):

Portanto, os Polos Base de saúde que sofrem expressivo impacto negativo decorrente da interferência das atividades de garimpagem ilegal, sejam elas na proximidade das instalações ou nas pistas de pouso, assim como nas ameaças ao público que atua no local. A atividade ilegal traz aumento na incidência de casos de doenças infectocontagiosas, eleva o risco de doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão e diabetes), bem como dano hidrográfico decorrente do envenenamento dos leitos dos rios, com sérias consequências para a saúde e para a economia das famílias, além de um recrudescimento da violência contra os indígenas.

Os Polos Base Homoxi, Hakoma, Haxiu, Kayanau e Xitei tiveram que ser fechados em decorrência de atividade ilegal de garimpo nas proximidades dos Polo Base, fato que colocou a segurança das EMSI em risco. (grifo nosso)

136. Com relação ao Polo Base Parafuri, em janeiro de 2020 o avanço do garimpo ilegal na região foi denunciado pelo Condisi Yanomami ao coordenador do DSEI e a outras autoridades (peça 206, p. 96-100). Posteriormente, em julho de 2021, o Condisi denunciou que, na comunidade Komamassipi, no Parafuri, a equipe de saúde deixou de vacinar os indígenas contra Covid-19 para vacinar garimpeiros, os quais pagavam em ouro (peça 206, p. 83-84).

137. Foi nesse cenário de destruturação ambiental, alimentar e social, que ocorreram eventos em que indígenas alcoolizados e armados, com arma de fogo ou arma branca, ameaçaram agredir as equipes de saúde.

138. Diante das ameaças, as equipes entraram em contato com o DSEI, que providenciou a retirada da equipe com a máxima urgência, resultando em fechamento do polo.

139. Os relatos detalhados dos eventos que causaram o fechamento das unidades de saúde estão no Apêndice D deste relatório.

140. Conforme se extrai da plataforma MapBiomias, com os dados expostos na Figura 4, a

área ocupada pelo garimpo ilegal na área demarcada do Território Indígena Yanomami, aumentou em 1.400% entre os anos de 2017 e 2021, último ano disponibilizado na coleção 7.1, utilizada como fonte para esta análise.

141. Conforme mencionado no item 130 deste relatório, seis dos nove polos fechados estão na região de forte atuação do garimpo, excetuam-se a UBSI Waharo, que fica no Amazonas, o Polo Base Ajarani e a UBSI Kataroa, estes em Roraima.

142. Os efeitos do fechamento dos seis polos impactados pelo crescimento do garimpo ilegal incluem a desassistência de 4.800 indígenas e potencial aumento expressivo de agravos e óbitos evitáveis, principalmente em crianças menores de cinco anos, como desnutrição, pneumonia e doença diarreica aguda, além de malária.

143. Conforme informado pelo DSEI Yanomami, resumido no Quadro 2, os eventos de fechamento de Polos Base ocorreram a partir de 2021, razão pela qual a Tabela 3 a seguir expõe o impacto sobre atendimentos e óbitos vivenciados pela população desses seis polos a partir desse ano. Destaca-se que se optou por não incluir os dados do ano de 2023 devido ao grande lapso entre a ocorrência e a inserção no Siasi quanto a óbitos ocorridos, de maneira que os dados desse exercício tendem a se mostrar com lançamentos incompletos.

144. Em que pese o Polo Base Parafuri ter sido fechado em 2023, vivenciou um decréscimo na quantidade de atendimentos de 77% ao final de 2022, em relação à 2019 (item 202 deste relatório), corroborando com relatos do Condisi sobre o crescimento do garimpo ilegal datados de 2020 (peça 206, p. 96-100). Nesse sentido, os óbitos ocorridos no referido Polo Base estão inclusos na tabela abaixo.

Tabela 3 - População atingida e efeitos nos polos base fechados pelo impacto do garimpo ilegal

Polo-base	Quantidade de aldeias	População em 2022	Taxa de atendimentos em 2021 (%)	Taxa de atendimentos em 2022 (%)	Óbitos Total*/<5a** (2021+2022)
Homoxi	5	248	8,41	0,07	6 / 2
Haxiu	12	976	13,50	2,13	10 / 5
Hakoma	13	668	12,90	2,31	10 / 2
Xitei	23	2.098	9,81	7,75	50 / 26
Kayanaú	5	313	12,66	7,16	14 / 3
Parafuri	6	507	15,72	9,24	17 / 6
Totais	64	4.810	32	15,73	107 / 44

*total dos óbitos ocorridos em todas as faixas etárias, somados os anos de 2021 e 2022.

**óbitos de crianças menores de cinco anos por causas evitáveis, com base em lista de causas do Ministério da Saúde, somados os anos de 2021 e 2022.

Fonte: Siasi, dados do período entre 1º/1/2021 e 31/12/2022, extraídos em 5/5/2023.

Polos Base Homoxi, Haxiu e Hakoma

145. O local onde fica o Polo Base Homoxi foi muito afetado pelo garimpo, a cratera da escavação está a poucos metros da edificação, que foi incendiada em 6/12/2022. Relatam os meios de comunicação que foram os garimpeiros (<https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2022/12/07/posto-de-saude-indigena-na-terra-yanomami-e-incendiado-e-associacoes-atribuem-a-garimpeiros.ghml>).

Figura 19 - Polo Base Homoxi após o incidente de ataque à edificação

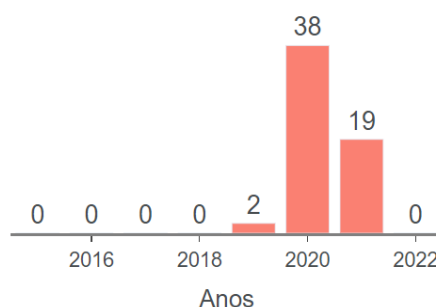
Fonte: Registros cedidos por funcionários do DSEI Yanomami.

146. Conforme o Laudo 004/2023 – DITEC/PF, a análise realizada pela Polícia Federal sobre a evolução do garimpo nessa área aponta que “as ocupações se intensificaram após 2015, aparecendo de forma intensa nas imagens de 2020, com tendência de crescimento ao longo dos demais anos” (peça 272, p. 10).

147. O DSEI Yanomami informou a data de 7/11/2021 para fechamento do polo. Por meio de ofício SEI 0025787179, de 18/10/2021, a empresa contratada para fazer o transporte aéreo de equipes e cargas informou a impossibilidade de continuar operando naquele polo devido à “operação clandestina de aeronaves de garimpo, o que causa forte erosão na pista resultando em valas profundas”, se comprometendo a fazer um voo para retirada da equipe que lá estava (peça 207).

148. A quantidade de atendimentos decaiu de 5.594, realizados em 2020, para somente 18 atendimentos em 2022.

149. As comunidades do Homoxi não tinham histórico de malária. Entre 2015 e 2018 o Sistema de Informações de Vigilância Epidemiológica em Malária (Sivep-Malária) registra zero casos. Em 2019 são registrados dois e em 2020 explodem para 38 casos quando a população era de 244 indígenas, o que representa 15% daquela população acometidos por malária. Em 2021 constam 19 casos, mas também a quantidade de atendimento diminui e em 2022 não há casos registrados no sistema.

Figura 20 - Casos de malária registrados no Polo Base Homoxi entre os anos de 2015 e 2022

Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do Sivep-Malária em 20/4/2023.

150. A ausência de registros de malária em 2022 poderia precipitadamente indicar que a situação se resolveu, entretanto, é evidência da subnotificação de casos, uma vez que o polo restou fechado porque a situação piorou ao ponto de inviabilizar o atendimento. Conforme relatado, o Siasi registra somente 18 atendimentos em todo o ano de 2022.

151. Evidenciando a piora da situação após o fechamento, em 15/3/2022, uma equipe do DSEI realizou visita ao Homoxi e constatou a impossibilidade de reabertura do polo, com o seguinte relato (peça 67, p. 1): (grifos no original)

Invasão do Garimpo:

Já na chegada ao Polo qualquer um se espantaria com a cena, a UBSI está cercada por invasores, não existe mais disfarce que tem garimpeiros no local, uma vez que estão morando ao redor da unidade, é assustador ver o avanço de maquinários para a extração, tanto manual quanto mecanizado; mais assustador ainda é poder identificar que existe uma população de garimpeiros que deva estar se aproximando a 1000 pessoas, nessa mesma proporção é a quantidade de voos acontecendo simultaneamente, podendo ser registrado aeronaves na pista que é operada pela empresa Voare, prestadora de serviços para esse DSEI, que por hora já em documento informa que a pista está inoperante, visto que a empresa sofreu ameaças conforme Ofício SEI (0025787179);

Essa situação causa diversos prejuízos, como falta de assistência para aqueles que realmente precisam, inviabilizando a chegada de insumos, além de outros fatores maléficos que envolve os nossos colaboradores, colocando-os em risco, expostos e vulneráveis;

Vale ressaltar também que o avanço da extração de minério nas redondezas, estão devastando a floresta e poluindo o rio; Bem como o posto corre risco de erosão no local onde se encontra localizado no polo, conforme as imagens SEI (0025870551);

Condições insalubres para assistência e para os colaboradores:

As imagens comprovam que de forma alguma nessas condições, existe a possibilidade da inserção de colaboradores no polo base, começando pela instabilidade local devido a invasão do garimpo, conforme as péssimas condições de infraestrutura da UBSI, não tem nenhuma condições que permita a permanência da equipe no local, a casa apresenta infestação de morcegos, fezes de diversos animais, além da água contaminada, imprópria para o consumo humano e em consequência da garimpagem.

152. Na informação mais atualizada do DSEI, de 30/6/2023, é relatado que o atendimento foi retomado, através de missões realizadas pelas equipes de saúde na comunidade Xereú (peça 205). O ofício é acompanhado do Despacho SEI 0034483470, de 30/6/2023, do Diasi ao Selog, solicitando voo de helicóptero para transportar a EMSI com data de entrada em 4/7/2023 e saída em 11/7/2023 (peça 208).

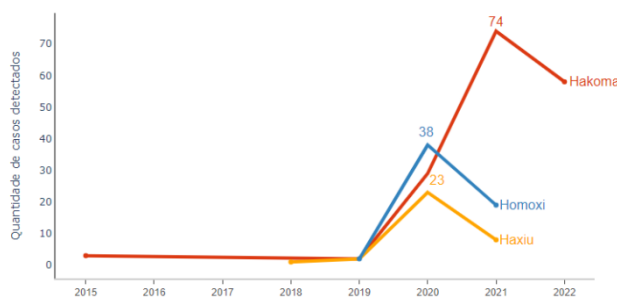
153. A situação do Polo Base Homoxi é a demonstração mais contundente do impacto da invasão do garimpo ilegal no território Yanomami. Foi o primeiro a ser fechado tendo como causa o impacto do garimpo, que se apossou da pista de pouso usada pelo DSEI e chegou às bordas da edificação, e que, posteriormente, foi incendiado.

154. Entretanto, a presença do garimpo na proporção ocorrida causou ainda dano ambiental e social às comunidades próximas de outras áreas atingidas.

155. Os efeitos do fechamento dos seis polos, causado pelo crescimento do garimpo ilegal, são evidenciados no decréscimo dos atendimentos pelas EMSIs e no aumento de agravos e óbitos relacionados a agressões e, em crianças menores de cinco anos, a causas evitáveis, conforme se observa nos gráficos e tabelas ora expostos (itens 142 e 147). Ademais, há uma possível relação entre o aumento expressivo dos casos de malária e o avanço do garimpo, conforme item 89 deste relatório.

156. Os Polos Base Homoxi, Hakoma e Haxiu são vizinhos entre si em uma região que registrava raros casos de malária até 2018. No Hakoma foram três casos em 2015, no Haxiu um caso em 2018 e no Homoxi, conforme relatado, zero casos até 2018.

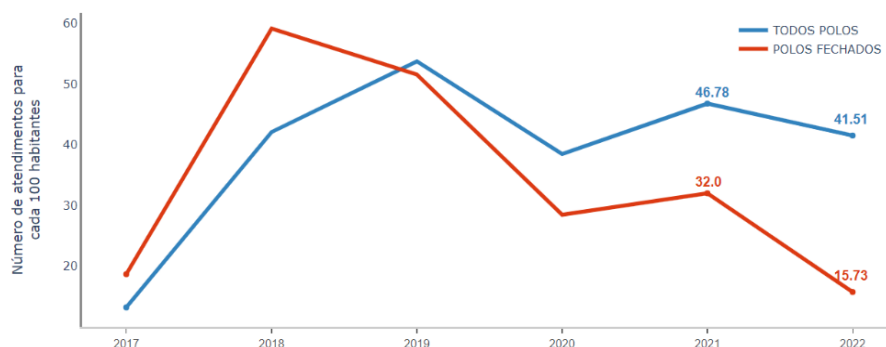
157. Nos três polos a quantidade de casos aumentou expressivamente em 2020 e 2021. Hakoma registrou 74 casos em 2021, Haxiu e Homoxi registraram 23 e 38 casos, respectivamente, em 2020. São quantitativos relevantes para populações que não vivenciavam essa realidade.

Figura 21 - Evolução da malária nos Polos Base Hakoma, Haxiu e Homoxi


Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do Sivep-Malária em 20/4/2023.

158. A redução do número de casos em 2022 possui como causa a possível subnotificação decorrente do baixo quantitativo de atendimentos ante o fechamento dos polos.

159. O fechamento das seis unidades impactadas pelo garimpo ilegal, reduziu a taxa de atendimento por habitante pela metade entre 2021 e 2022. Em 2021 a taxa média de atendimento, considerando as seis unidades em conjunto, foi de 32 atendimentos por habitante, decaindo para 15 atendimentos por habitante em 2022.

Figura 22 - Evolução das taxas de atendimento no conjunto dos seis Polos Base


Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do Siasi em 5/5/2023.

160. A queda foi ainda mais expressiva em alguns polos como Homoxi, acima relatado, e Haxiu, que teve uma taxa de atendimentos de 26,5 atendimentos por habitante em 2020 e decresceu para somente 2 atendimentos por habitante em 2022.

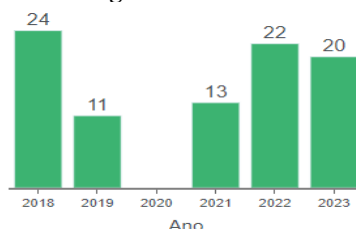
161. Com relação ao Polo Base Haxiu, em 28/4/2022, o Condisi Yanomami enviou ofício ao coordenador do DSEI solicitando a reabertura do polo, anexando carta da comunidade, assinada pela liderança Marcio Hesina Yanomami, pedindo que a população voltasse a receber assistência básica de saúde “visto que o índice de mortalidade infantil tem crescido de forma disparada” (peça 209).

162. O signatário segue, ressaltando que a comunidade sabe que existe o problema relacionado a conflito intertribal, mas necessitam que os órgãos responsáveis se unam e busquem uma maneira de cumprir com o dever legal de assistir a saúde daquela população.

163. Constatou-se que, em todo o período de fechamento foram realizadas apenas duas missões de cinco dias, uma em março de 2022 (peça 210) e outra em junho de 2022 (peça 190, p. 61-64).

164. Em 2022, após o fechamento do polo, foram realizadas 22 remoções, e até maio de 2023 já ocorreram 20 remoções.

Figura 23 - Remoções aéreas com origem do Polo Base Haxiu entre os anos de 2018 e 2023



Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos das planilhas de controle de remoções do DSEI Yanomami em 30/5/2023.

165. Com relação ao Polo Base Hakoma, entre 22/9 e 3/11/2021, o Condisi informou ao coordenador do DSEI e ao secretário da Sesai, em três ofícios, a ocorrência de oito óbitos nas comunidades da região, sendo seis somente na comunidade de Yaritopi. Em um dos ofícios, o Condisi relata que o óbito ocorreu porque “a equipe de saúde justificou que não estava autorizada a realizar missão na localidade Ixaropi”. O motivo da recusa da equipe não é informado, porém, por se tratar de região afetada pelo garimpo, pode estar relacionado à insegurança para a integridade física dos profissionais (peça 206, p. 38, 72 e 76).

166. Em comunicado de 11/7/2022, um enfermeiro da Diasi/DSEI Yanomami relata que uma missão programada para atendimento de saúde na aldeia Yaritopi precisou ser suspensa “por questões de conflito armado tribal”. É relatado que nessa nova aldeia estava ocorrendo “um número crescente de solicitações de remoções, importante destacar que é um local próximo a locais explorado por invasores” (peça 67, p. 214-215).

167. Na informação mais atualizada do DSEI, de 30/6/2023, é relatado que o atendimento no Polo Base Hakoma foi retomado por meio de missões na comunidade Maraxiú (peça 205). O ofício é corroborado por três despachos, do Diasi ao Selog, solicitando voo de helicóptero para transportar a EMSI até a referida comunidade, nos meses de maio, junho e julho de 2023, sempre com duração de uma semana (peça 211).

168. É positivo o registro de que as comunidades do Hakoma e Homoxi estão sendo minimamente atendidas por meio de missões, depois de um ano e meio desassistidas. Não é a situação preconizada, pois são períodos curtos de uma semana e localizados em uma única comunidade, quando deveria ocorrer a presença constante de uma equipe no polo base com visitas as comunidades, no mínimo, mensais para realizar os protocolos normatizados no Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), imunização, testagem e medicação de malária, e demais ações de atenção básica de saúde.

169. Sobre o Polo Base Haxiu, na mesma informação, de 30/6/2023, consta que o atendimento foi retomado com entradas constantes de equipes a partir de 16/3/2023 (peça 205).

170. No relatório da equipe que fez a primeira entrada após a reabertura do Haxiu, assinado por uma enfermeira da EMSI, é relatado que:

Os Jovens de Haxiu em maioria tiveram um contato forte com os garimpeiros na região de Homoxi e os homens adultos também eles caminhavam até o Homoxi sendo um dia de caminhada em busca de conseguir realizar algum trabalho em troca de materiais como celular, caixa de som, armas, ferramentas, rede e outros. Esse contato fragilizou a organização social deles apesar que as lideranças ainda se constituem de forma a tentar tomar decisões coletivas, porem os jovens algumas vezes se comportam de maneira indiferente com os mais velhos. Tivemos registros de jovens que morreram no garimpo do Homoxi, e outros **óbitos de crianças e adultos no período em que as comunidades ficaram sem assistência, encaminhei 14 relatórios de óbitos ficando ainda 11 pendentes para investigação junto a equipe que permanece hoje em Haxiu.** (grifo nosso)

171. Ainda no relatório de reabertura do Polo Base Haxiu, sobre a estrutura física em que as equipes estão atendendo e se alojando, há o seguinte relato:

A estrutura feita de teto de lona, fechada em parte com a madeira do antigo posto e metade com pau cortado pelos Yanomami ficando assim duas repartições uma fechada de madeira com porta onde a equipe de saúde dorme e faz a sua alimentação, também neste mesmo local guarda os medicamentos e papeis, e uma outra parte onde realiza os atendimentos, tem uma mesa com bancos tudo feito pelos próprios Yanomami, a água é carregada pelos Yanomami do igarapé, conseguimos um motor gerador pequeno através do EDS [Expedicionários Da Saúde, uma ONG] porém ele não suporta um freezer ficando somente para luz noturna e carregar aparelhos telefônicos da equipe, o banheiro foi realizado um buraco próximo do local com pau e cipó onde se realiza as necessidades fisiológicas, necessita se realizar a construção da UBSI de Haxiu com urgência este espaço deve ser provisório.

172. O referido relatório de reabertura, com fotografias da edificação, está à peça 212.

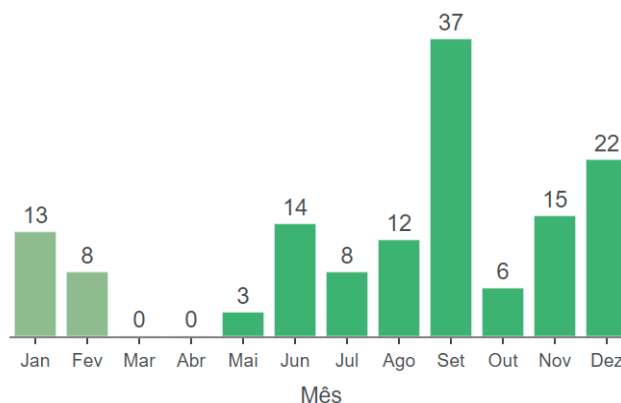
173. O retorno dos atendimentos mitiga a situação da população situada na região dos polos base fechados. Porém, há a necessidade de adoção de solução que seja considerada definitiva. O DSEI deve planejar a construção do novo Polo Base Haxiu com a estrutura física necessária para que os atendimentos sejam realizados adequadamente e as equipes dignamente alojadas.

Polo Base Xitei

174. O Polo Base Xitei esteve fechado por mais de cinco meses, entre 14/4/2022 e 29/9/2022, devido a conflitos intercomunitários.

175. Após o fechamento do polo, em abril de 2022, a quantidade de remoções subiu expressivamente, são contabilizadas 125 remoções de maio a dezembro daquele ano. Somente no mês de setembro, último que esteve fechado antes da reabertura, foram 37 remoções.

Figura 24 - Remoções aéreas com origem do Polo Base Xitei ao longo do ano de 2022, destacando os valores anteriores ao fechamento do polo



Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos das planilhas de controle de remoções do DSEI Yanomami em 30/5/2023.

176. O perímetro de abrangência do Polo Base Xitei está em área de intensa atividade de garimpo ilegal, conforme mostra o mapeamento da plataforma MapBiomas (Figura 18). Foi relatado à equipe de auditoria que conflitos tribais já eram comuns na região, mas os garimpeiros forneceram armas de fogo aos indígenas, tornando os conflitos mais letais.

177. O presidente do Condisi relatou, na entrevista com a equipe de auditoria, que após uma tribo ter recebido uma quantidade de rifles dos garimpeiros, uma tribo rival negociou com eles o mesmo fornecimento. Nesse contexto, em documento ao DSEI, a equipe de saúde relatou a motivação que levou ao seu pedido de retirada e consequente fechamento do polo.

178. No dia 11/4/2022 a equipe de saúde fazia atendimento no polo a um indígena de mais ou menos 17 anos, ferido em um conflito tribal, “com o quadro clínico instável, apresentando corte extenso em região occipital consequência de golpes por arma branca (não identificada), além de otorragia, trauma de face com uma suspeita de fratura de nariz e um ferimento em MSD por arma

de fogo” (peça 67, p. 154-156).

179. A equipe de saúde informou à sede do DSEI a necessidade de remoção do paciente para internação hospitalar. Enquanto a aeronave se dirigia para pousar na pista do polo, “indígenas invadiram o posto e executaram o ferido, ameaçando a equipe toda que se encontra no XITEI”. A equipe de saúde foi retirada no dia seguinte ao evento e o polo restou fechado.

180. O polo foi reaberto em outubro de 2022, conforme Ofício 2035/2022/YANOMAMI/DSEI/SESAI/MS (SEI 0030082538), de 27/9/2022, com a equipe de saúde sendo acompanhada, durante todo o período de trinta dias, por quatro integrantes da Força Nacional de Segurança com base na Portaria MJSP 173, de 15/9/2022 (peças 213 e 214).

181. Os relatórios produzidos pelas equipes após a reabertura, nos meses de novembro e dezembro de 2022, relatam que não são realizadas missões às aldeias devido aos conflitos (peça 67, p. 527-536 e 561-570). A equipe de saúde fica no polo e os indígenas se deslocam até lá para serem atendidos.

182. É registrado pelo enfermeiro que os indígenas pedem visita da equipe às aldeias para suprir os agravos de saúde (peça 67, p. 536).

183. Os croquis dos Polos Base e UBSIs, trazidos aos autos pelo DSEI Yanomami, apresentam as distancias entre as aldeias e a edificação de saúde nos diversos modais possíveis (peça 186).

184. Um cruzamento entre a informação das aldeias mais distantes do Polo Base Xitei, constante dos croquis, e os registros de atendimentos e óbitos no Siasi evidencia o impacto da insuficiência de visitas das equipes de saúde a essas populações.

185. Uma das mais distantes é a aldeia de Tirei, que possui 120 indígenas e está a 5 minutos de helicóptero do polo base, o único modal possível (peça 186, p. 7). A comunidade praticamente não teve atendimento entre dezembro/2021 e junho/2022, nesse período o Siasi registra 18 atendimentos em janeiro e 4 em fevereiro/2022.

186. A aldeia de Tirei recebeu uma missão de saúde do DSEI que durou 2 dias, entre 3 e 5/7/2022, cujo relatório registra que foram realizados “mais de 200 atendimentos em geral” (peça 215).

187. A curta missão não foi suficiente para evitar que em 2022, no Tirei, ocorressem sete óbitos de crianças menores de cinco anos, tendo por causa desnutrição, pneumonia ou doença infecciosa intestinal. Todas são causas evitáveis, conforme classificação do Ministério da Saúde registrada no documento “Obitos_Evitaveis_0_a_4_anos” (peça 216), que assim define o termo “mortes evitáveis”:

Evitabilidade ou mortes evitáveis: trata-se de um agravo ou situação, prevenível pela atuação dos serviços de saúde que incidem, provavelmente, quando o sistema de saúde não consegue atender as necessidades de saúde e seus fatores determinantes são frágeis a identificação e a intervenção acertada.

188. Após o fechamento do polo em abril de 2022, a base de dados do Siasi mostra no mês de junho de 2022 o maior pico de óbitos em um mês de toda a série histórica do Polo Xitei desde 2010. Foram 7 óbitos.

189. No total do ano de 2022, foram a óbito 33 indígenas em toda a área do Xitei. A principal causa são agressões, 13 óbitos, evidenciando a realidade de conflitos intertribais. A segunda, terceira e quarta causa são pneumonia, doença infecciosa intestinal e desnutrição, respectivamente, somando 17 óbitos, dos quais 15 eram crianças. Dessas 15 crianças, 13 eram moradoras de aldeias distantes do polo base, no mínimo a duas horas de caminhada (croqui à peça 186, p. 7, e **Tabela 4**).

Tabela 4 - Causas dos óbitos registrados no Polo Base Xitei no ano de 2022

Aldeia	Descrição do Agrupamento	Faixa Etária	Código CID10
CHACOCOMAPIU - KETAA	Influenza [gripe] e pneumonia (J09-J18)	Menor de 1 ano	J18.9
KUNIAMARE - XT	Doenças Infecciosas Intestinais (A00-A09)	Menor de 1 ano	A09
PIXAHANAPI - XT	Influenza [gripe] e pneumonia (J09-J18)	Menor de 1 ano	J15.9
SIMOKO - KETAA	Doenças inflamatórias do sistema nervoso central (G00-G09)	Menor de 1 ano	G04
TIREI - XT	Desnutrição (E40-E46)	Menor de 1 ano	E43
TIREI - XT	Doenças Infecciosas Intestinais (A00-A09)	Menor de 1 ano	A09
TIREI - XT	Doenças Infecciosas Intestinais (A00-A09)	Menor de 1 ano	A09
TIREI - XT	Influenza [gripe] e pneumonia (J09-J18)	Menor de 1 ano	J15.9
TIREI - XT	Influenza [gripe] e pneumonia (J09-J18)	Menor de 1 ano	J18.9
WATATASE - XT	Doenças Infecciosas Intestinais (A00-A09)	Menor de 1 ano	A09
WATATASE - XT	Malformações congênitas do aparelho circulatório (Q20-Q28)	Menor de 1 ano	Q24.8
XEREU - XT	Doenças Infecciosas Intestinais (A00-A09)	Menor de 1 ano	A09
MAIRAPEKE - WATATASE - XT	Doenças Infecciosas Intestinais (A00-A09)	1 a 4 anos	A04.8
MARIPÊ - XT	Influenza [gripe] e pneumonia (J09-J18)	1 a 4 anos	J18.9
TIREI - XT	Influenza [gripe] e pneumonia (J09-J18)	1 a 4 anos	J18.9
TIREI - XT	Influenza [gripe] e pneumonia (J09-J18)	1 a 4 anos	J18.9
LIXINAPI - POHOMÚ - XT	Contato com animais e plantas venenosas (X20-X29)	10 a 14 anos	X20
MARIPÊ - XT	Agressões (X85-Y09)	10 a 14 anos	X93
MARIPÊ II - XT	Desnutrição (E40-E46)	15 a 19 anos	E43
RIKIU - KASETERITA - XT	Agressões (X85-Y09)	15 a 19 anos	X93.9
WATATASE - XT	Agressões (X85-Y09)	15 a 19 anos	X93.9
XEREU - XT	Agressões (X85-Y09)	15 a 19 anos	X93.9
POPORIU - TURAHPIU - XT	Agressões (X85-Y09)	20 a 24 anos	X93
WATATASE - XT	Agressões (X85-Y09)	20 a 24 anos	X93
WATATASE - XT	Agressões (X85-Y09)	20 a 24 anos	X93.9
XEREU - XT	Agressões (X85-Y09)	25 a 29 anos	X93
CHACOCOMAPIU - KETAA	Agressões (X85-Y09)	35 a 39 anos	X95
WATATASE - XT	Agressões (X85-Y09)	35 a 39 anos	X93
XIAKU - KASETERITA - XT	Agressões (X85-Y09)	45 a 49 anos	X93.9
HEHUPITHERI - XT	Influenza [gripe] e pneumonia (J09-J18)	5 a 9 anos	J15
TIREI - XT	Agressões (X85-Y09)	55 a 59 anos	X93.9
WATATASE - XT	Agressões (X85-Y09)	55 a 59 anos	X93.9
PIXAHANAPI - XT	Desnutrição (E40-E46)	60 a 64 anos	E43

Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do Siasi em 5/5/2023.

190. Corroborando os dados, o Condisi, em entrevista, relata que somente as aldeias que estão, no máximo, a 15 minutos do Polo Base estão sendo atendidas após a reabertura, as demais não estão recebendo visita da equipe. Quando acontece de um indígena dessas aldeias distantes ser atendido, ele foi levado ao polo caminhando e, em geral, o estado de saúde já é muito grave.

191. O Condisi observa que não considera que haja pouca disposição das equipes em realizar as visitas, pois, as caminhadas são realmente difíceis, duram várias horas dentro da mata e em área de serra íngreme. Agravado pelo risco dos frequentes conflitos armados entre aldeias.

192. A principal causa dessa desassistência, no entendimento do Condisi, é a insuficiência de profissionais, uma vez que precisariam ser formadas equipes com quantidade suficiente para dividir o grupo, de forma que alguns possam ficar no polo, cuidando dos doentes em tratamento e dos que chegam em demanda espontânea.

193. Além disso, destaca que falta helicóptero para transportar as equipes até essas aldeias distantes. O único helicóptero contratado pelo DSEI é usado intensamente para realizar remoções, que são casos de emergência em grande maioria, ou para levar as equipes aos Polos Base que são acessíveis somente por esse modal. É uma reivindicação do Condisi que o DSEI contrate uma segunda aeronave de asa rotativa.

Polo Base Kayanau

194. O Polo Base Kayanau é registrado no Siasi pelo nome Paapiu. Está fechado desde 30/3/2022 e está em área de intensa atividade de garimpo ilegal, conforme mostra o mapeamento da plataforma MapBiomas (Figura 18). Ademais, o Laudo 004/2023 – DITEC/PF, na análise dessa área, aponta que a ocupação do garimpo foi iniciada após 2015 e destaca a “intensa presença de aldeias indígenas a jusante e montante de áreas de garimpo” (peça 272, p. 11).

195. Na missão de saúde realizada no polo, por quinze dias em abril de 2020 (SEI 0016756504), é relatado a circulação de aproximadamente 1.600 garimpeiros na área do posto e que a procura por atendimento era constante, a ponto de acabar o medicamento para malária que a equipe havia levado para os indígenas, devido à elevação dos casos de malária, haja vista a existência de criadouros do mosquito existentes na corrutela, bem como à necessidade de prestar atendimento aos garimpeiros (peça 217).

196. O relatório da missão ainda apontou que “hábitos de vida, costumes/culturas, estão modificados na comunidade, indígenas constantemente bêbados, andam com bebida alcoólica a todo instante”, que por três vezes a equipe foi à aldeia Torita, e na última se deparou com os indígenas alcoolizados, os quais, em razão desse estado, recusaram a vacinação. O relato, fazendo referência ao uso de bebidas alcoólicas pelos indígenas, destaca que “desta forma o diálogo se torna praticamente impossível”.

197. O Siasi registra, em 2021, quatorze óbitos, oito por homicídio, em uma região com população de 300 indígenas. Em 2022, ano de fechamento do polo, não há registro de óbitos no Siasi. Consulta a partir de dados extraídos do Siasi em 5/5/2023.

Polo Base Parafuri

198. O Polo Base Parafuri foi fechado em 30/3/2023, por ameaça à EMSI. A escala de maio/2023 aponta que o polo está fechado (peça 218). Está em área de intensa atividade de garimpo ilegal, conforme mostra o mapeamento da plataforma MapBiomias (figura 18).

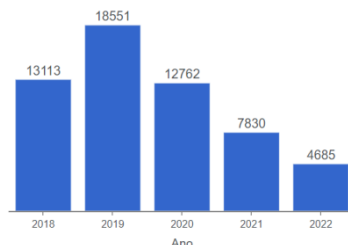
199. O Laudo 004/2023 – DITEC/PF, ao analisar essa área observa “que se trata de ocupação mais recente, com áreas ocupadas principalmente após 2015 e que foi aumentando progressivamente ao longo dos demais anos” e que “outro ponto de atenção é a grande quantia de aldeias indígenas em áreas muito próximas aos garimpos e entre zonas de garimpo” (peça 272, p. 9).

200. Em que pese o Polo Base ter sido fechado em 2023, em janeiro de 2020 o Condisi Yanomami já denunciava ao coordenador do DSEI, à Funai, ao Ibama, ao MPF e ao MP de Roraima a existência de garimpo ilegal nas Comunidades Kayanau, Parima, Waikás e Parafuri (peça 206, p. 96-100).

201. Em julho de 2021 o Condisi denunciou ao coordenador do DSEI e outras autoridades que, na comunidade Komamassipi, no Parafuri, a equipe de saúde deixou de vacinar os indígenas contra Covid-19 para vacinar garimpeiros, os quais pagavam em ouro (peça 206, p. 83-84).

202. Corroborando com as denúncias do Condisi, a quantidade de atendimentos realizados pelas EMSIs foi decaindo desde 2020. Em 2019 foram realizados 18.551 atendimentos para uma população de 474 indígenas, equivalente à 39 atendimentos por habitante, e ao final de 2022 ocorreram 4.685 atendimentos em uma população de 507 indígenas, ou 9 atendimentos por habitante. Um decréscimo de 77% em relação à 2019.

Figura 25 - Atendimentos realizados por ano no Polo Base Parafuri entre 2018 e 2022



Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do Siasi em 5/5/2023.

203. No evento que causou o fechamento do polo é relatado que, em 29/3/2023, os indígenas estavam se preparando para um ritual festivo e a equipe não se sentia segura porque seria ingerido caxiri, uma bebida alcoólica fermentada da mandioca. Posteriormente, alguns indígenas entraram no polo e saquearam pertences dos profissionais ocasionando o pedido de retirada emergencial (peça 219).

204. O Condisi, em entrevista a esta equipe de auditoria e em relatório de visita à comunidade após o evento, conta que não obteve esse mesmo relato ouvido dos indígenas. Eles disseram que não ameaçaram a equipe, que apenas pediram gasolina para pôr no barco e buscar um paciente, e que, somente quando a equipe informou que iria sair do polo abandonando os pacientes que estavam internados, tentaram impedir. Conclui que houve falta de diálogo e resolutividade por parte da profissional de saúde (peça 220).

205. De acordo com a última atualização do DSEI, em ofício de 30/6/2023, Kayanau e Parafuri são os dois polos que ainda restam totalmente fechados, aguardando a extrusão do garimpo (peça 205).

Polo Base Ajarani e UBSIs Waharo e Kataroa

206. O Polo Base Ajarani e as UBSIs Waharo e Kataroa não estão situados em área ocupada pelo garimpo, no entanto, foram fechados em razão de violência contra as equipes de saúde.

207. Consta nos registros do Siasi que o Polo Base Ajarani tem população de 46 indígenas. Essa aldeia fica na borda leste do território indígena, distante aproximadamente 140 km de Boa Vista/RR por estrada. A situação dessa comunidade é bem peculiar, tendo ocorrido uma desestruturação social de longa data, impactados desde os primeiros contatos com a realidade urbana experimentado à época da construção da rodovia Perimetral Norte, na década de 1970.

208. Foi relatado, em entrevista com enfermeiro do DSEI, que os indígenas se deslocam constantemente para as cidades próximas, Caracará e Mucajaí, e à capital, onde ficam em situação de rua, acampados em malocas improvisadas ou em redes debaixo de árvores à beira das ruas.

209. Na última atualização sobre a situação dos polos fechados, o DSEI informa que uma equipe de saúde realiza atendimento semanal ao polo e quando acionado pela Funai, em caso de intercorrência grave (peça 205).

210. Waharo é uma UBSI vinculada ao Polo Base Alto Padauri, no município de Barcelos/AM. Essa UBSI, que fica localizada na comunidade de mesmo nome, atende a duas comunidades onde vivem 217 indígenas. A UBSI esteve fechada por 50 dias entre 6/4/2022 e 28/5/2022. O curto período de fechamento não causou maiores impactos ao atendimento de saúde da comunidade.

211. Kataroa é uma UBSI vinculada ao Polo Base Surucucu, na porção roraimense do território indígena, que atende a 14 comunidades onde vivem, no total, 433 indígenas. A região coberta pela unidade de Kataroa é descrita pelo presidente do Condisi como de extrema desnutrição e ele relata que foi devido à fome que um indígena entrou no posto de saúde e ameaçou a equipe para obter comida, levando ao fechamento da unidade em abril deste ano de 2023. Outros dois relatos de ameaça à equipe de saúde por pedido de alimentação constam ter ocorrido em 29/7/2022 e em 17/12/2022 (peça 67, p. 263-264 e 525-526).

212. Em um relatório de execução do Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) realizado no Kataroa, datado de 19/12/2022, com fotografias contundentes do estado de desnutrição da população, a nutricionista da EMSI faz o seguinte registro (peça 67, p. 538-558):

A desnutrição está no nível muito elevado, pois além das crianças, adolescentes, adultos e idosos, estarem com MPB (Muito Baixo Peso), alguns desses indígenas atingiram o nível mais grave da desnutrição que é o estágio da CAQUEXIA, que é o estado geral de doença que envolve a perda de peso marcante e perda de massa muscular, causada pela Má-nutrição. A perda de peso começa a partir do sexto mês de vida do bebê, no Kataroa as mães mesmo muito desnutrida e debilitada, lutam ao máximo para amamentar seu filho pois é a única fonte de alimento que elas têm disponível.

Em uma conversa com o novo Coordenador, comentei que iria passar para os meus superiores da (DIASI) a ideia de que o Kataroa precisaria de nutricionista no período de no mínimo seis meses, para junto com a equipe da enfermagem lutarmos para tentar mudar essa situação, sendo que já temos uma vantagem a nosso favor, o Kataroa é uma região que não tem malária, os casos que aparecem são importados de outras regiões.

213. Do mesmo relatório consta que 80% das crianças menores de 5 anos tem muito baixo peso ou baixo peso e dez idosos atendidos tem baixo peso com a descrição de “perda muscular e bastante pele frouxa pelo corpo” (peça 67, p. 557-558).

214. A informação mais atualizada do DSEI, de 30/6/2023, é de que a UBSI Kataroa foi reaberta em 16/6/2023 (peça 205).

215. Do relatório da equipe que fez a primeira entrada após a reabertura, assinado por uma enfermeira da EMSI, destaca-se os seguintes trechos (peça 221):

[nos] 3 meses sem assistência de saúde houve neste período um óbito de uma criança.

(...)

eles relatam que a caça se tornou difícil com o aumento do garimpo ao redor, porém dentro de Kataroa eles não aceitaram o garimpo, a água ainda é clara, eles não possuem celulares e nem armas como em regiões que tiveram a presença do garimpo muito próximo das aldeias

216. Assim como nos demais postos de saúde que recentemente retornaram a realizar atendimentos, esse é um passo importante em direção à normalidade da atenção básica de saúde aos indígenas, porém, é necessário que o DSEI planeje a execução das melhorias informadas no citado relatório da EMSI que participou da reabertura da UBSI Kataroa para que o atendimento possa ocorrer no formato e frequência preconizados nos protocolos normatizados e para que as equipes tenham condições adequadas e dignas para atender e se alojar.

Falha na articulação e coordenação interministerial para proteção da TI Yanomami e extrusão do garimpo ilegal

217. Seis unidades de saúde (Homoxi, Haxiu, Hakoma, Xitei, Kayanau e Parafuri), segundo informações do próprio DSEI e do Condisi (peça 67, p. 321 e peça 206, p. 96-100) em conjunto com imagens obtidas na Plataforma MapBiomas (Figura 18) e o Laudo 004/2023 – DITEC/PF (peça 272), estiveram fechadas ou recebendo atendimento precário, por meio de missões infrequentes, nos anos de 2021 e 2022, devido à desestruturação social, ambiental e alimentar dessas comunidades causada por estarem em área de influência da atividade de garimpo ilegal.

218. O Condisi Yanomami documentou em diversos ofícios ao DSEI, à Sesai e a outros órgãos públicos, a denúncia de que o garimpo estava impactando a assistência à saúde da população indígena (peça 206). Ademais, equipes de saúde do DSEI fizeram relatos da situação ao coordenador (peça 217). São denúncias e relatos que datam do ano de 2020.

219. Em ofício encaminhado em 27/6/2020, endereçado ao coordenador do DSEI, ao secretário da Sesai e ao procurador da Procuradoria da República em Roraima (MPF/RR), o presidente do Condisi faz o seguinte relato, solicitando “que seja ajuizada alguma ação” (peça 206, p. 56-57):

No dia 25 de junho foi realizada uma missão na Região do Parima [Parima está registrado no Siasi como Polo Base Aratha-û], em busca de informações sobre o conflito entre garimpeiros e Indígenas Yanomami. A presença de garimpeiros, já quase empata com o número de habitantes originários: 25 mil garimpeiros, de acordo com a estimativa atual, ocupam indevidamente o território. E a alta na cotação do ouro, em função do coronavírus, pode causar uma nova corrida garimpeira na região e na Amazônia em geral.

Helicópteros, aviões e barcos rasgam os céus e rios e entregam 24 horas por dia equipamentos, comida, bebida e recolhem a produção de ouro dentro da Terra Indígena Yanomami em Roraima e no Amazonas, a maior do Brasil, com 9,6 milhões de hectares, o dobro do tamanho da Suíça. Lá, vivem cerca de 28 mil indígenas.

O garimpo dentro da TI Yanomami voltou a explodir de 2015 para cá. Em menos de 5 anos, o número de garimpeiros passou de 7 mil para os atuais 25 mil. Estima-se que a extração de ouro na região movimente até R\$ 100 milhões por ano.

220. Conforme exposto no tópico que relata a situação do Polo Base Kayanau, uma missão de saúde do próprio DSEI, em abril de 2020, relatou a circulação de aproximadamente 1.600 garimpeiros na região, inclusive com atendimentos realizados a ponto de acabar o medicamento

para malária que a equipe havia levado para os indígenas (peça 217).

221. Assim, o DSEI Yanomami e a Sesai tinham conhecimento não somente do crescimento do garimpo ilegal no território, mas, principalmente, que a atividade estava impactando na saúde dos indígenas e na atuação de suas equipes.

222. O DSEI e a Sesai não têm meios, nem atribuição, para garantir a segurança do território indígena. Compete-lhes transmitir a seus superiores quando as situações de intrusão do garimpo passam a impedir a prestação do serviço de saúde que é de sua responsabilidade, para que a articulação interministerial atue na proteção do território.

223. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi) foram criados para garantir que as populações indígenas tivessem acesso à atenção primária, secundária e terciária à saúde e, nos termos da Lei 9.836/99, a União é responsável pelo financiamento do SasiSUS.

224. Nas diretrizes da Pnaspi, no Anexo 1, consta que: na organização do DSEI, é no Polo Base que a maioria dos agravos de saúde devem ser resolvidos (item 4.1.2); e prevê que deverão ser “consideradas e priorizadas ações para situações consideradas especiais”, entre essas o “acompanhamento, monitoramento e desenvolvimento de ações que venham coibir agravos de violência (suicídios, agressões e homicídios, alcoolismo) em decorrência da precariedade das condições de vida e da expropriação e intrusão das terras indígenas” (item 4.6.4).

225. Para garantir a segurança das equipes de saúde e a continuidade dos serviços, a Sesai recorreu ao Ministro da Saúde para solicitar a utilização dos serviços da Força Nacional de Segurança Pública, nos termos do art. 4º, caput, do Decreto 5.289, de 29 de novembro de 2004 (peça 65, p. 38-40).

226. Constata-se que a Sesai e o DSEI Yanomami informaram seus respectivos superiores sobre a gravidade da situação de intrusão do garimpo no Território Yanomami e o Ministro da Saúde solicitou os serviços da Força Nacional de Segurança quando informado da necessidade, porém, em que pese as denúncias se iniciarem em 2020 e os primeiros polos base serem fechados no início de 2021, a articulação interministerial somente se iniciou no ano de 2022 (peça 65, p. 38-40).

227. Em parte, as ações adotadas por essas instâncias do Governo Federal (Ministério da Saúde e Ministério da Justiça e Segurança Pública) foram impulsionadas por determinações judiciais, e, ainda assim, a atuação não ocorreu de forma tempestiva e suficiente para garantir a reabertura dos postos de saúde fechados objeto deste achado.

228. As decisões judiciais que impactaram diretamente nos Polos Base em análise neste relato, originam-se da Ação Civil Pública 1001973-17.2020.4.01.4200, ajuizada pelo MPF/RR em abril/2020, pleiteando a completa retirada de garimpeiros ilegais da região de Homoxi, Hakoma, Surucucu, Haxiu e Xitei; e da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 709, ajuizada pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib) e alguns partidos políticos perante o Supremo Tribunal Federal em junho/2020, postulando, entre outras medidas, a retirada de invasores de sete terras indígenas, incluindo a Yanomami.

229. No âmbito da ADPF 709, o relator no STF, Ministro Roberto Barroso, em 8/7/2020, deferiu medida cautelar determinando, dentre outras ações, a elaboração e monitoramento de um Plano de Enfrentamento da COVID-19 para os Povos Indígenas Brasileiros pela União, incluindo medida emergencial de contenção e isolamento dos invasores em relação às comunidades indígenas ou providência alternativa, apta a evitar o contato.

230. A União apresentou o referido Plano de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para os Povos Indígenas Brasileiros, cuja versão de 20/11/2020 embasou relatórios mensais produzidos pelo DSEI Yanomami com as providências adotadas no ano de 2021, contudo, sem adotar ações efetivas para evitar o contato dos indígenas com os invasores.

231. Ocorreu atendimento parcial das recomendações, entre estas foi elaborado um plano para atuar emergencialmente em regiões prioritárias, denominado Plano de Ação Emergencial para o Enfrentamento da Malária, Desnutrição Infantil, Mortalidade Infantil, Tungüase e Abuso de Alcool no âmbito do DSEI Yanomami, SEI 0026194890 (peça 55).

232. O plano apresentou as intenções, objetivos e metas a serem alcançadas no período de 180 dias, o qual foi executado nas regiões de Parima, Kayanau, Parafuri, Hakoma, Haxiu, Xitei, Homoxi, Surucucu, Alto Mucajaí, Marari, Auaris, Balawaú, Novo Demini, Médio Padaueri, Missão Maraiuí, Missão Catrimani, por ordem de prioridade. “A escolha das regiões levou em consideração critérios epidemiológicos e regionais (**áreas de conflitos e áreas afetadas por garimpo**)”. (grifo nosso)

233. Para o alcance das ações foi necessário realizar a contratação de mais vinte e cinco profissionais, reorganização das escalas das regiões supracitadas e disponibilização da Equipe Volante para reforçar as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), além de criar Equipes de Resposta Rápida compostas por profissionais do próprio Distrito (sede e Casai).

234. De modo a garantir segurança às equipes na execução desse plano emergencial, o Ministro da Saúde solicitou o apoio da Força Nacional de Segurança ao Ministro da Justiça, sendo emitida a Portaria MJSP 15, de 2/2/2022, com o específico fim de dar apoio a esse trabalho e duração de 180 dias (peça 67, p. 148).

235. Posteriormente, em 23/5/2022, nos autos da ACP 1001973-17.2020.4.01.4200 impetrada pelo MPF, o juízo da 2ª Vara Federal da Seção Judiciária de Roraima (SJRR) proferiu decisão determinando, dentre outras medidas:

a) À UNIÃO, ao IBAMA e à FUNAI que se articulem para atuação conjunta no combate a ilícitos ambientais e garantia da prestação do serviço de saúde na região de Homoxi, Hakoma, Surucucu, Haxiu e Xitei, devendo, no prazo de 30 (trinta) dias, iniciar as operações, que deverão incluir:

a.1 fixação de equipe interinstitucional formada por forças de comando e controle suficientes para contenção dos ilícitos ambientais e socioambientais da região;

a.2 permanência dessa equipe até que haja extrusão de todos os infratores ambientais;

a.3 destruição ou inutilização de produtos, subprodutos e instrumentos da infração ambiental, verificada a impossibilidade fática de remoção (maquinário, aeronaves e insumos);

b). Concluída a extrusão a que se refere o item a:

b.1. à UNIÃO que proceda a reabertura da Unidade Básica de Saúde de Homoxi, mediante acompanhamento da Força Nacional de Segurança Pública (Portaria MJSP nº 15, de 2 de fevereiro de 2022, que autoriza o emprego da Força Nacional de Segurança Pública, em apoio ao Ministério da Saúde na Terra Indígena Yanomami);

236. Diante da determinação judicial, o Ministro da Saúde, em ofício de 26/8/2022, se viu obrigado a solicitar novamente o apoio do Ministério da Justiça, pois a Portaria MJSP 15, de fevereiro, estava com seu prazo encerrado (peça 225).

237. Foi então editada a Portaria 173, de 15/9/2022, autorizando o emprego da Força Nacional de Segurança Pública “nos termos da Decisão nº 270/2022, que tramita nos autos do Processo Administrativo nº 08000.020681/2022-58”. (peça 214).

238. A Força Nacional de Segurança voltou então a atuar no Território Yanomami e, considerando que o Polo Base Homoxi continuou fechado durante todo o ano de 2022 e o garimpo ilegal se manteve atuante na região, constata-se que a decisão judicial foi apenas parcialmente cumprida.

239. A Sesai ainda instituiu um Grupo de Trabalho (GT) temporário com o objetivo de apoiar a Coordenação do DSEI Yanomami (Portaria GAB/SESAI 38, de 4/11/2021).

240. Na primeira reunião do GT 38/2021, SEI MS 0023740359, foi proposto o encaminhamento ao Ministro da Saúde de envio de sugestão à Casa Civil de criação de um comitê

interministerial, a fim de coordenar os esforços da União na articulação e execução de ações interministeriais em apoio aos indígenas do DSEI Yanomami (peça 222). O Ofício 1512/2021/DATDOF/CGGM/GM/MS, SEI MS 0023823279, foi enviado à Casa Civil em 17/11/2021 (peça 223).

241. Não se tem conhecimento que a sugestão tenha sido viabilizada ainda em 2022.

242. Ocorre que, especialmente com relação aos polos fechados por impacto do garimpo ilegal, as falhas na articulação interministerial resultaram em que não ocorresse a extrusão dos agentes ilícitos, medida fundamental para o retorno das ações de assistência à saúde.

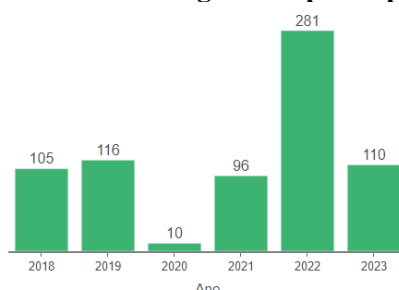
243. Sem a extrusão, as ações executadas pela Sesai e pelo DSEI não obtiveram efetividade suficiente que resultasse em retorno do atendimento nos postos fechados, pois, não somente os postos de saúde fechados em 2021 não foram reabertos, como novos precisaram ser fechados em 2022 e 2023, porque a situação de insegurança não foi resolvida.

244. A União, com execução pelo Ministério da Saúde e Sesai, precisou ser acionada judicialmente para realizar ações de saúde nesses polos impactados pela ação do garimpo, e, ainda assim, cumpriu-se parcialmente as determinações judiciais, pois a extrusão e reabertura de polo, determinados na decisão, não foram realizados.

Aumento do número de remoções de indígenas para tratamento de agravos de saúde

245. Como efeito da desassistência nos Polos Base fechados, houve o aumento do número de agravos de doenças que poderiam ser tratadas no território, gerando aumento expressivo das remoções aéreas. O histórico de remoções realizadas nos seis postos de saúde impactados pelo garimpo ilegal evidencia que, em 2022, estas aumentaram num percentual de quase 300% comparado ao ano anterior, quando esses postos estavam abertos recebendo algum nível de atendimento assistencial de saúde. Para 2023, a planilha foi entregue contendo dados até 23/5/2023 e já iguala com a quantidade de eventos nos anos anteriores ao fechamento.

Figura 26 - Remoções aéreas com origem nos polos que sofreram fechamento



Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos das planilhas de controle de remoções do DSEI Yanomami em 30/5/2023.

Reabertura parcial de Polos Base em 2023

246. Em junho de 2023, após diversas ações de extrusão do garimpo realizadas, a maioria dos polos fechados voltou a receber visitas de equipes, conforme informação mais recente do DSEI Yanomami, datada de 30/6/2023 (peça 205).

247. Reitera-se o relato de que, após a mais recente informação do DSEI, dos nove postos informados com evento de fechamento em ofício de 12/4/2023: Kyanau e Parafuri continuam totalmente fechados aguardando extrusão do garimpo; Homoxi e Hakoma aguardam a extrusão, mas possuem equipes atuando em missões programadas em comunidades específicas; Haxiu foi reaberto em 16/3/2023 e Kataroa foi reaberto em 16/6/2023. Ajarani, Waharo e Xitei já haviam sido informados como reabertos, sendo que em Xitei a EMSI entra junto com a Força Nacional de Segurança (peça 205).

248. A última atualização de informações apresentada pelo DSEI Yanomami, de reabertura da maioria dos postos impactados pelo garimpo, aponta para uma possível melhora da situação de agravos de saúde dessas populações indígenas. Ainda que a assistência a dois desses polos ocorra

por missões de curta duração, nada é pior do que a total desassistência.

249. Considerando a demora que existe entre o atendimento realizado pelas EMSIs e a inserção dos dados no Siasi, não há tempo hábil neste trabalho para evidenciar se o efeito potencial de diminuição dos agravos de saúde e remoções se confirma.

250. Ressalta-se que, ainda que a situação especificamente dos seis Polos Base impactados pelo garimpo e relacionados neste achado esteja melhor do que antes, quando a população estava totalmente desassistida, há outras regiões da T.I. Yanomami ainda sofrendo episódios de extrema violência.

251. Nesse sentido, destacam-se dois episódios. O primeiro ocorreu na região do Polo Base Uxiú, no qual um AIS foi morto com um tiro na cabeça e outros dois indígenas gravemente feridos, em abril de 2023 (<https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2023/04/30/yanomami-morre-e-outros-dois-sao-baleados-em-ataque-a-tiros-de-garimpeiros-em-comunidade.ghtml>).

252. O segundo episódio aconteceu mais recentemente, em julho de 2023, no qual uma família foi alvejada a tiros na região do Parima, no Siasi registrado como Polo Base Aratháú. Uma das filhas, de 7 anos, foi a óbito e seu corpo caiu no rio sendo encontrado dias depois. As notícias na mídia informam que o ataque foi feito por uma tribo inimiga armada pelos garimpeiros (<https://amazoniareal.com.br/corpo-de-menina-yanomami-e-encontrado-no-rio-parima/>).

253. Conforme relatado neste tópico (item 190), as missões que ocorrem nos polos fechados, e os atendimentos nos reabertos, são restritas a comunidades próximas entre si, distantes no máximo a quinze minutos de caminhada, mantendo desassistidas as comunidades mais distantes.

254. O presidente do Condisi relaciona essa situação ao fato do DSEI ter contratado o serviço de somente um helicóptero, que resta ocupado pela intensa demanda de remoções, inviabilizando seu uso no transporte das equipes para que façam as visitas domiciliares nessas comunidades. Entrevistas realizadas com profissionais das EMSIs confirmam a necessidade do helicóptero para se deslocar às comunidades mais distantes dos Polos Base.

255. Assim, também é parcela importante no planejamento do DSEI que se solucione a desassistência das comunidades mais distantes da edificação do polo. Devido à geografia do território, uma parcela dessas comunidades é alcançável através de longas caminhadas de difícil execução ou somente pelo modal helicóptero, conforme evidenciam os croquis dos polos (peça 186).

256. Para além da extrusão do garimpo, identificou-se que há outra causa que influencia no fechamento de polos.

Insuficiência de capacitação das EMSI para atuar em contexto de interculturalidade

257. Quando questionado nesta auditoria sobre a existência de polos fechados, o DSEI Yanomami respondeu apresentando a relação que inicia este achado (item 123, Quadro 2) e informa que “diante de qualquer situação que exponha um colaborador a risco, por mínimo que seja, é providenciado a retirada imediata, conforme fluxo abaixo” (peça 66, p. 8-9).

258. O citado fluxograma, intitulado “Ameaça aos colaboradores”, descreve as ações a serem adotadas pelo DSEI quando recebe informação de ameaça. O fluxo se encerra na decisão da equipe entre se sentir segura ou não para continuar trabalhando.

259. É razoável a decisão de retirar as equipes que se sentem ameaçadas. Não se pode aguardar que algo mais grave aconteça e ponha em risco a integridade física dos profissionais. Mas, é necessário que a Diasi, setor do DSEI responsável pela gestão das EMSIs, inclusive pela formulação de treinamentos, investigue o evento e entenda se algo pode ser melhorado nos protocolos de trabalho das EMSIs.

260. O que se observa nos processos que relatam os eventos de fechamento dos polos é que não aparenta haver um empenho do DSEI em realizar uma investigação do evento e buscar entender as causas de fundo que geraram a ameaça à equipe e como evitar que se repitam, na mesma comunidade ou em outras.

261. O Condisi relatou em entrevista, a falta de habilidade de alguns profissionais de saúde para lidar com a diferença de culturas no contato com os indígenas. É o caso do evento ocorrido que fechou o Polo Base Parafuri, em que os indígenas afirmam que não ameaçaram a equipe.

262. No relatório assinado pela enfermeira que participou da primeira equipe após a reabertura da UBSI Kataroa, em junho de 2023, há trechos que destacam a importância de que os profissionais estejam capacitados para atuar em contexto de interculturalidade (peça 221): É necessário que envie pessoas para Kataroa com capacitação para lidar com Yanomami de pouco contato, e pessoas que tenham habilidades de dialogar com a comunidade porque eles são receptivos e gostam desta troca de diálogos e confiança.

(...)

obviamente se as pessoas que vão atuar em Kataroa não estabelecer vínculos e fortalecer o papel das lideranças no diálogo elas não se adaptaram as dificuldades que enfrentamos no dia a dia.

263. No caso da UBSI Waharo, o comunicado de reabertura do posto, assinado por profissionais de saúde da Diasi, ressalta a situação de vulnerabilidade da equipe, sem contemporizar a situação da população indígena envolvida no evento (peça 65, p. 8-9).

264. São situações que evidenciam dificuldades de convívio no contexto de interculturalidade, sendo importante a capacitação dos profissionais de saúde para atuar nesse contexto. Em acréscimo a isso, a presença de antropólogos no quadro de profissionais, inexistente desde 2020, apoiaria a construção dessa ponte com o devido embasamento científico.

265. A Constituição federal, no art. 231, e a Lei Orgânica do SUS, no art. 19-F, reconhecem aos povos indígenas, e preveem que sejam obrigatoriamente consideradas, suas especificidades étnicas e culturais.

266. Nesse sentido, o recurso transferido à Missão Evangélica Caiuá, instituição conveniada que administra a contratação dos profissionais de saúde para o DSEI Yanomami, também prevê ações de treinamento das equipes e ações de qualificação para atuação em contexto intercultural (peça 246, p. 62).

267. No entanto, em 2021 o DSEI planejou qualificar 323 profissionais para atuar em contexto intercultural e capacitou apenas 20% deles (peça 226).

268. A Etapa 2 do Plano de Ação do Convênio de 2022 apresentava previsão para que 25 profissionais recém-contratados participassem de uma capacitação intitulada “Povo Yanomami e Ye’kwana Introduções antropológicas”. O documento não informa qual perfil profissional ministraria a capacitação, uma vez que não houve antropólogo contratado nesse ano (peça 227).

269. Até o encerramento desta auditoria, a Sesai não havia divulgado a avaliação da execução do plano de 2022. De todo modo, ainda que tenha ocorrido a capacitação, o quantitativo representa 4,4% dos 568 contratados naquele ano.

270. No Plano de Ação de 2023, em que pese constar a informação de que é apontado pelos indígenas que a capacitação intercultural adequada das equipes é condição imprescindível para o aprimoramento do SasiSUS, não consta nenhum treinamento voltado para esse tema (peça 228, p. 2 e 26-67).

271. O total de profissionais de saúde contratados nos anos de 2021 e 2022 foi, em média, de 540 pessoas, indicando que, nos dois últimos anos, 80% da força de trabalho não foi capacitada para compreender e aprender a lidar com as diferenças culturais existentes.

272. É necessário que DSEI Yanomami e Sesai reavaliem o planejamento de treinamentos, de modo que as equipes de saúde atuem com maior atenção à interculturalidade intrínseca ao seu trabalho. Isso tende a reduzir situações de conflitos e, por consequência, trazer ganhos à prestação de ações e serviços de saúde à população indígena.

273. Ademais, o DSEI deve instruir os processos que tratam de ameaça à equipe de saúde com elementos que analisem toda a situação ocorrida, inclusive requisitando o apoio do Condisi para que apresente a versão da comunidade envolvida.

274. A presença de antropólogos no quadro de pessoal é relevante para fazer a análise do evento com base científica e propor solução que respeite a interculturalidade. O plano de ação do ano de 2023 prevê a contratação de seis antropólogos, algo que não acontecia desde 2019.

275. A extrusão completa do garimpo, ou ao menos a redução a níveis anteriores a 2018, é uma etapa fundamental, mas que deve ser seguida de um plano de reestruturação do serviço de assistência à saúde do DSEI Yanomami. As ações em andamento, e futuras, devem ser pormenorizadas a este Tribunal em um plano de ação, que indique responsáveis e prazos, para que sejam monitoradas quanto ao cumprimento.

Conclusão acerca do fechamento das unidades de saúde

276. Embora o DSEI informe a “ameaça aos colaboradores” como motivação do fechamento de vários polos (item 127 deste relatório), os eventos de ameaça estão relacionados a diferentes causas.

277. A partir de análise documental, extração de dados dos sistemas do Ministério da Saúde, consulta a plataformas de imagens que monitoram o uso e ocupação de terras no Território Yanomami e entrevistas com gestores, membros de EMSI, membros e profissionais do Condisi e pesquisadores que atuam na saúde indígena, entende-se como principais causas para interrupção da assistência básica de saúde devido ao fechamento dos postos: falhas na articulação interministerial para realizar a proteção da TI Yanomami e a extrusão do garimpo no território, a qual é a causa mais complexa; e a insuficiência de treinamento dos profissionais de saúde para atuarem no contexto de interculturalidade, ressaltando a inexistência de antropólogo no quadro de pessoal do DSEI desde 2020, a contribuir com esta causa.

278. Como demonstrado neste relatório, o fechamento dos Polos Base teve como efeito a desassistência a cinco mil indígenas que habitam em área de garimpo e de conflitos, com a consequente deterioração das condições de saúde desta população. Esta situação foi evidenciada pelo aumento da quantidade de óbitos e de agravos de saúde como malária, pneumonia e desnutrição infantil e de remoções que, por serem aéreas de difícil acesso têm custo elevado.

279. Conforme exposto na introdução do relatório (item 6), não esteve no escopo desta auditoria avaliar a atuação de outros órgãos no enfrentamento ao garimpo ilegal em território indígena, entretanto, o relato deste achado expôs o forte impacto que as falhas na articulação interministerial causaram na prestação do serviço de atenção básica de saúde à população indígena.

280. Diante de todo o exposto, propõe-se fazer constar em ata que a Segecex avalie a conveniência e oportunidade de realizar fiscalização com o objetivo de avaliar a interação das diversas políticas públicas e dos órgãos federais envolvidos na proteção das terras indígenas, incluindo a atuação em relação ao garimpo ilegal, identificado na presente auditoria, e a outras atividades ilícitas realizadas nessas terras.

281. Propõe-se, também, determinar à Sesai e ao DSEI Yanomami, com fundamento nos arts. 46 e 48 do Anexo I do Decreto 11.358/2023, que, no prazo de 90 dias, contados da ciência da deliberação, elabore plano de ação com vistas a reestruturar a gestão do DSEI de modo a estabelecer medidas necessárias a:

- a) reformar ou reconstruir os Polos Base depredados durante o período de fechamento, incluídas as instalações de apoio às EMSI; e
- b) viabilizar a logística para a assistência de saúde, de forma a permitir o transporte das equipes

a todas as comunidades de cada polo base em todas as entradas de equipe.

282. E ainda, recomendar à Sesai que:

- a) Estabeleça fluxo processual de levantamento/apuração completo dos casos de ameaças à EMSI, com a participação do Condisi, para que apresente a versão da comunidade envolvida, de modo a identificar as causas desses eventos e definir os encaminhamentos suficientes para solução deles, de maneira a evitar o fechamento das unidades de saúde ou, caso o fechamento se mostre inevitável, permitir a breve reabertura das unidades; e
- b) realize capacitação consistente e contínua das EMSI para atuar no contexto de interculturalidade.

283. Espera-se que, com adoção das medidas propostas, ocorram melhorias no atendimento prestado pelo DSEI Yanomami na atenção básica de saúde no Território Indígena Yanomami.

3.2. Achado II: Faltam medicamentos essenciais para atendimento dos povos indígenas nos Polos Base e UBSIs

284. É recorrente a falta de medicamentos para o atendimento dos povos indígenas, nos DSEIs Alto Rio Negro, Leste de Roraima e Yanomami. Observou-se que há falhas no planejamento, na coordenação e na supervisão efetiva por parte da Sesai quanto à gestão dos medicamentos. Para garantir a execução das ações de atenção à saúde da população indígena nas unidades básicas de saúde indígena dos Polos Bases, os 34 DSEIs adquirem medicamentos por meio de processos licitatórios próprios ou adesão a atas de outros órgãos ou ainda por meio do recebimento de medicamentos adquiridos pelo Ministério da Saúde e enviados aos distritos de forma complementar.

285. Cabe esclarecer, que os medicamentos dispensados à população indígena devem fazer parte do Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena, específico para atendimentos de saúde da atenção básica voltados para a população indígena (Portaria GM/MS 1.059/2015, incorporada na Portaria de Consolidação 4/2017, Capítulo IV, Anexo VIII, Título II, Capítulo I, Seção V). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), medicamentos essenciais são aqueles que atendem às necessidades prioritárias de saúde de uma população.

286. Os medicamentos são geridos, no âmbito dos DSEIs, por seus Centros de Abastecimento Farmacêutico (CAF) que utilizam o sistema Horus para a gestão da assistência farmacêutica do SasiSUS. As CAFs suprem as EMSIs para o período em que estiverem prestando atendimento em TI. Na região norte, a maioria dessas equipes atuam em áreas de difícil acesso. Desta forma, elas devem estar abastecidas de medicamentos suficientes para os atendimentos necessários, pois, devido a logística, é custoso fazer a complementação desses insumos, caso acabem.

287. No entanto, a falta de medicamentos, para atendimento dos indígenas nas suas comunidades, foi apontada por todas as equipes de saúde entrevistadas que atuam nos DSEIs Alto Rio Negro, Yanomami e Leste de Roraima. Foi relatado que é recorrente a falta de medicamentos como antibióticos, Dipirona, Albendazol e remédios para malária. São importantes medicamentos, considerando o perfil epidemiológico da região que aponta como principais agravos de saúde as doenças respiratórias, verminoses e malária.

288. Ademais, constatou-se que o andamento dos processos ocorre de forma morosa, contribuindo para a não tempestividade das aquisições, situação que fica agravada por causa da logística complexa para o envio dos medicamentos por parte das empresas vencedoras do certame.

289. Em relação ao DSEI Yanomami, desde 2020, o MPF/RR vem apurando deficiências na prestação do serviço de saúde aos indígenas. Por esta razão, editou a Recomendação 1/2021/MPF/AM/RR em 11 de novembro de 2021, orientando a reestruturação da assistência básica de saúde prestada aos povos da Terra Indígena Yanomami (peça 275). Considerando que as

providências adotadas não foram suficientes para melhorar as condições de saúde daquela população, o MPF/RR expediu a Recomendação 23/2022, ao Ministro de Estado da Saúde e ao Secretário Especial de Saúde Indígena, propondo a intervenção e avocação temporária da competência no âmbito do DSEI Yanomami (peça 276).

290. Em especial, a Recomendação 23/2022/MPF/RR dá ênfase a grave situação encontrada, em decorrência da desorganização do serviço e escassez de medicamentos, destacando as seguintes considerações:

CONSIDERANDO que foi necessária **nova intervenção do MPF aos 08 de novembro de 2022**, para que o então Coordenador do DSEI Yanomami adotasse alguma medida para assegurar o integral fornecimento dos medicamentos contratados, finalmente providenciando **novo processo de aquisição de medicamentos e liberação dos valores empenhados à empresa para aquisição** de medicamentos disponíveis por meio de atas de registro de preços; (...)

CONSIDERANDO que o desabastecimento generalizado das unidades de saúde situadas das comunidades indígenas tem impactado severamente os hospitais de referência da capital, ensejando grande número de remoções e internações no Hospital Municipal da Criança Santo Antônio; a propósito, colheu-se junto à direção do HCSA dados alarmantes quanto ao número de atendimentos de média ou alta complexidade envolvendo crianças yanomami transladadas de suas comunidades de origem vítimas de desnutrição e malária, totalizando o absurdo número de mais de 300 crianças em apenas quinze meses;

CONSIDERANDO que o impacto da falta de medicação essencial precariza ainda mais o serviço de saúde, gerando mais remoções de pacientes para atendimento de média e alta complexidade em hospitais dos centros urbanos por doenças facilmente tratáveis, o que acarreta maior dispêndio com transporte aéreo sem que isso resulte na melhoria dos indicadores de saúde. De acordo com a própria Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), dos R\$ 42 milhões destinados a ações de saúde no ano de 2020, R\$ 28 milhões foram utilizados em horas-voo, valor que foi superado em 2021 (R\$ 29 milhões), com tendência de alta em 2022, demonstrando que **mais investimento, por si só, não reflete necessariamente na qualidade do serviço se não for garantida a lisura e eficiência dos recursos públicos empenhados**;

CONSIDERANDO que a gênese de todas essas irregularidades decorre da preponderância de critérios políticos sobre os técnicos para as nomeações dos coordenadores distritais e da fragilidade dos mecanismos de supervisão instituídos pela Secretaria Especial de Saúde Indígena;

CONSIDERANDO que, mesmo ciente da gravidade do desabastecimento farmacêutico em julho de 2022, a SESAI tardou em adotar medidas e exercer seu poder de supervisão, vindo a exonerar o Coordenador Distrital apenas em novembro de 2022; (grifos no original)

291. Em consonância com as considerações do MPF/RR, foi verificado nesta auditoria que, ainda em junho de 2023, as unidades de saúde visitadas se encontravam desabastecidas de medicamentos.

292. Em inspeção ao Polo Base Maloca Paapiu na TI Yanomami, a equipe de auditoria presenciou a enfermeira solicitando ao DSEI, via rádio, o envio de mais medicação para malária, pois a que tinha na unidade já havia acabado e havia doentes no Polo Base necessitando de tratamento. Para atender o pedido, o DSEI teria que enviar uma aeronave somente para este fim, o que representa um alto dispêndio.

293. Não foi encontrado cenário diferente no DSEI Alto Rio Negro. Ao inspecionar o Centro de Abastecimento Farmacêutico (CAF), a equipe de auditoria pôde constatar a escassez de diversos medicamentos no estoque (fotografia no Anexo I, p. 130), em razão de atrasos no processo de contratação e na descentralização de recursos pelo órgão central.

294. No Polo Base Milho, do DSEI Leste de Roraima, a equipe teve acesso a lista dos medicamentos e materiais solicitados e efetivamente fornecidos a EMSI para atendimento, por 20 dias, à população daquela localidade. No documento, estão relacionados 87 medicamentos básicos,

dos quais 46 não estavam disponíveis na farmácia do DSEI. Entre os medicamentos em falta estão antibióticos (Azitromicina, Amoxicilina), Albendazol e Dipirona (peça 279).

295. A falta de medicamentos também foi evidenciada por meio do Relatório Missão Yanomami, de janeiro de 2023, realizado pelo Centro de Operações de Emergência em Saúde (COE Yanomami).

296. De acordo com o referido relatório (peça 63, p. 34), constatou-se que a farmácia do Polo Base Surucucu/RR estava muito desabastecida, faltando medicações básicas como Albendazol, Dipirona, antibióticos e fármacos para tratamento da malária:

5. Farmácia

- a) Unidade muito desabastecida, faltando medicações básicas como: albendazol, dipirona, antibióticos e fármacos para tratamento da malária;
- b) Insumos para atendimento muito restritos ou indisponíveis no local;
- c) Instalações pequenas e sem manutenção;
- d) Inexistência de protocolos ou fluxos estabelecidos para rotina do serviço;
- e) Relatam dificuldades no recebimento das medicações solicitadas.

297. O relatório Missão Yanomami também apontou outras necessidades como maior aporte dos broncolíticos, mucolíticos e antibióticos injetáveis (cefotriaxona). Também foi relatada a necessidade de polivitamínicos e ampliação dos antieméticos recebidos, além de antibiótico injetável.

298. A falta de medicamentos essenciais faz com que as equipes de saúde tenham que realizar a remoção de indígenas que poderiam ser tratados nas próprias comunidades. Esta situação ficou evidenciada nos arquivos de controle do DSEI Yanomami com informações sobre remoções aéreas efetuadas desde 2018. Nesse sentido, há 64 ocorrências que possuem, na descrição da justificativa, as palavras 'LEISHMANIOSE', 'ASCARIS' ou 'VERMINOSE', sugerindo que a motivação seja o contágio de verminoses.

299. Essa remoção, quando realizada por motivo de ausência de medicamentos essenciais, é mais onerosa para a administração pública, tendo em vista que são realizadas por meio aéreo ou fluvial, além de prejudicar o tratamento dos indígenas, que podem ter sua situação clínica agravada, pois essas enfermidades decorrentes de verminoses poderiam ser tratadas ou evitadas com o uso do medicamento apropriado.

Limitação orçamentária para aquisição de medicamentos pelos DSEIs

300. A fim de se verificar o montante de recursos executado pelos distritos visitados, realizou-se consulta ao Tesouro Gerencial sobre os pagamentos realizados pelos DSEIs Alto Rio Negro, Leste de Roraima e Yanomami quanto aos materiais farmacológicos, que são os remédios utilizados pelas equipes de saúde.

Tabela 5 - Pagamentos relativos aos materiais farmacológicos (em milhares de reais)

DSEI	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Alto Rio Negro	272,67	484,15	769,43	498,87	34,71	2059,83
Leste de Roraima	496,19	1491,55	0,00	287,24	0,00	2274,98
Yanomami	1306,96	119,95	305,94	581,46	2,13	2316,44
Total	2075,82	2095,65	1075,38	1367,57	36,84	6651,25

Fonte: Elaboração própria com dados obtidos no Tesouro Gerencial.

301. Conforme indicado na tabela acima, foi observado que o montante financeiro executado pelos DSEIs analisados pode ser considerado baixo, se comparado ao valor que o DSEI solicita de orçamento para aquisição de medicamentos e ao é descentralizado pela Sesai, e irregular, especialmente no caso do Leste de Roraima, que não realizou nenhum pagamento nos anos de 2020 e 2022.

302. Em 2022, o DSEI Yanomami instaurou processo licitatório com o objetivo de suprir as demandas de medicamentos dos Polos Base, UBSIs e Casai, visando cobertura de doze meses. Inicialmente, foi previsto o montante estimado de R\$ 4.693.769,40 (peça 229, p. 9). No entanto, após os trâmites processuais, o valor final foi reduzido para R\$ 2.789.658,28, de acordo com o Parecer Técnico 294/2023-CGCSI/DAPSI/SESAI/MS (peça 230, p. 6).

303. Cabe destacar que parte da redução do montante financeiro solicitado foi parcialmente compensada com o compromisso de que os itens 6, 7, 8, 9, 43, 78, 109 e 119 do certame seriam providenciados pela Sesai. Esses itens correspondem a R\$ 535.620,60. Dessa forma, do total inicialmente estimado de R\$ 4.693.769,40, considerando o compromisso da Sesai em prover determinados medicamentos, o montante financeiro resultante para a aquisição de medicamentos foi de R\$ 3.325.278,88. Este valor corresponde a apenas 70,8% do valor inicialmente estimado para atender as necessidades de medicamentos do DSEI Yanomami.

304. Até o momento, embora tenha ocorrido a autorização para a continuidade da contratação, não foram identificados elementos que evidenciem a descentralização orçamentária para o DSEI.

305. Em relação ao DSEI Alto Rio Negro, a situação é semelhante. Esse DSEI autuou o processo para a aquisição de medicamentos da atenção básica em saúde com o objetivo de garantir a execução das ações de atenção à saúde da população indígena nas unidades básicas de saúde indígena dos Polos Base, no que se refere às ações de prevenção, proteção e promoção da saúde em todas as aldeias da área de abrangência deste DSEI. A vigência da ata de registro de preços é de doze meses.

306. Conforme o Termo de Referência (peça 231, p. 16), o montante necessário para o cumprimento dos objetivos é de R\$ 2.459.303,00. Em seguida, nos termos do Parecer Técnico CGCSI/DAPSI/SESAI/MS 298/2023 (peça 232, p. 1), houve a solicitação de R\$ 1.001.338,75 para a aquisição de medicamentos, cujo objetivo é atender as necessidades do DSEI Alto Rio Negro, por seis meses, por meio da execução das Atas de Registro de Preço (ARP) referentes ao Pregão 08/2023 realizado no âmbito do próprio DSEI, com vigência até março de 2024.

307. Esse montante sofreu ajustes, pela Sesai, e foi reduzido para R\$ 819.896,50. Entretanto, conforme a Nota de Crédito 2023NC809568 (peça 233, p. 1), de 19 de maio de 2023, foram enviados R\$ 204.974,13, valor equivalente à 25% do necessário ajustado para cobrir a necessidade até o mês de junho. Diante dessa redução, no dia 6/6/2023, o DSEI Alto Rio Negro emitiu a Nota Técnica 22 (peça 234, p. 1) que concluiu:

Diante o exposto, considerando que o prazo da SEPOR para encaminhar a descentralização orçamentária, bem como o valor encaminhado a este Distrito, **não atende de forma satisfatória as demandas de medicamentos**, encaminha-se o processo ao Senhor Chefe da DIASI/ARN, para conhecimento, sugere-se o processo seja encaminhado ao Serviço de Planejamento e Orçamento – SEPOR/SESAI, para complementação de descentralização orçamentária no valor de R\$ 614.922,37 (seiscentos e quatorze mil novecentos e vinte e dois reais e trinta e sete centavos), **considerando o valor sugerido do parecer técnico e o valor menor que foi encaminhado pela SEPOR/SESAI.** (grifos nossos)

308. Até o dia 12/6/2023, a Coordenação-Geral de Planejamento, Orçamento e Monitoramento da Execução Financeira (CGPO), vinculada a Sesai, não havia se manifestado quanto à complementação dos recursos necessários para garantir a execução das ações de atenção à saúde da população indígena nas unidades básicas de saúde indígena dos Polos Bases, contribuindo para a continuidade da falta de medicamentos.

309. Dessa maneira, a falta de descentralização orçamentária para os distritos, como observado nos casos do DSEI Yanomami e do DSEI Alto Rio Negro, agrava ainda mais a situação. A emissão de notas técnicas e a solicitação de complementação de recursos demonstram a preocupação em garantir o suprimento adequado de medicamentos, mas, até o momento não houve uma resposta satisfatória por parte dos órgãos responsáveis.

310. Portanto, os processos de aquisição citados revelam a dificuldade em garantir recursos

suficientes para suprir a demanda por medicamentos. Embora tenha sido previsto inicialmente um montante estimado para a aquisição dos fármacos, em consonância com as necessidades dos distritos, os trâmites processuais resultaram em uma redução significativa do valor final. A situação relatada aponta para a falta de priorização da aquisição de medicamentos no orçamento destinado a saúde indígena.

311. Destaca-se, no entanto, que a limitação orçamentária é uma das consequências de deficiências na governança e gestão da Sesai, como apontado no bojo do TC 027.952/2019-3 (Relator Benjamin Zymler), que avaliou a governança e gestão das aquisições da Pnaspi. Contatou-se, naquele processo, que os mecanismos de governança das contratações avaliados eram ainda incipientes ou inexistentes. Além disso, a gestão orçamentária da organização não estava institucionalizada, com critérios e parâmetros definidos para uma adequada alocação de recursos entre os executores da política (Acórdão 599/2020 - Plenário - TCU).

312. O trabalho concluiu que a definição de uma adequada estratégia de compras, que internalize a gestão de riscos e privilegie a alocação orçamentária com foco em resultado, pode induzir a melhoria na atenção à saúde indígena. Assim, foram endereçadas à Sesai determinações e recomendações para o aperfeiçoamento da gestão orçamentária e planejamento das contratações.

313. O Referencial Básico de Governança Organizacional para organizações públicas e outros entes jurisdicionados ao TCU corrobora esse entendimento quando coloca entre as boas práticas de governança e gestão orçamentária:

4.2. Contemplar as prioridades no orçamento

Considerando que a entrega de resultados à sociedade é o objetivo da governança, a gestão orçamentária precisa garantir que as prioridades locais, setoriais ou nacionais que demandam recursos orçamentários são conhecidas por meio de levantamentos objetivos, e que elas são adequadamente contempladas na proposta orçamentária.

314. Além disso, a organização deve garantir que a avaliação das suas políticas públicas está incorporada ao seu processo orçamentário.

315. Cabe lembrar que a Sesai constitui a Alta Administração responsável por coordenar, orientar, avaliar e monitorar a gestão da Pnaspi, por meio da atuação descentralizada dos 34 Dsei. Desta forma, cabe a ela, com auxílio dos DSEIs, estabelecer prioridades, garantindo recursos orçamentários suficientes para suprir a aquisição de insumos estratégicos, como medicamentos, para a melhoria na atenção básica à saúde indígena, principalmente em relação aos povos Yanomami que apresentam indicadores de saúde alarmantes.

Deficiência no planejamento das contratações pela Sesai

316. A falta de recursos orçamentários para aquisição de medicamentos pelos DSEIs está diretamente ligada a deficiências no processo de planejamento das contratações pela Sesai. São adotadas premissas que perpetuam as falhas na aquisição de medicamentos e outros insumos, causando, por vezes, a falta deste insumo essencial para o tratamento efetivo de agravos de saúde dos indígenas nas suas comunidades.

317. O planejamento dessas aquisições deve envolver a análise das demandas das comunidades indígenas e das equipes de saúde, assim como a identificação das necessidades específicas de cada região, representados pelos DSEIs, a fim de garantir que os bens, serviços e insumos adquiridos sejam adequados e eficientes para atender às suas necessidades, como já indicado no Regimento Interno da Sesai (Anexo VIII da Portaria 1.419, de 8 de junho de 2017):

Art. 30. Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS), baseados no histórico de consumo, definirão as prioridades e as quantidades de medicamentos a serem adquiridas, levando em consideração:

I - o perfil epidemiológico local;

II - a população assistida;

- III** - o estoque atual;
- IV** - os serviços ofertados; e
- V** - os dados de consumo e de demanda não atendida.

318. Além do planejamento, o acompanhamento das aquisições também é fundamental, pois permite a avaliação do cumprimento dos objetivos da política pública em questão, garantindo a continuidade e a eficiência das ações de saúde no âmbito do SasiSUS, contribuindo para o bem-estar e a qualidade de vida das comunidades indígenas.

319. Entretanto, a Sesai utiliza parâmetros para o planejamento das aquisições que geram distorções em relação a real demanda do insumo para o próximo exercício. O principal parâmetro é o histórico de compras dos DSEIs. Desta forma, caso as despesas dos anos anteriores estiverem subdimensionadas ou superdimensionadas, assim permanecerão, como é o caso dos medicamentos que há vários exercícios recebem recursos aquém do necessário, conforme relatado.

320. As despesas dos exercícios anteriores podem servir de parâmetro, desde que também se considere as reais necessidades daquele exercício de acordo com o levantamento da população, dados epidemiológicos e fatores socioambientais, que podem aumentar os agravos de saúde daquele ano.

321. Como exemplo, pode-se citar o crescimento do garimpo na TI Yanomami. Existia a tendência de aumento de casos de malária, desnutrição, DSTs e as equipes deveriam entrar na TI supridas de medicamentos suficientes para o tratamento desses agravos. Outra situação que reflete o aumento de demanda por medicamentos, é o crescimento da população indígena na TI Leste de Roraima que têm recebido indígenas venezuelanos, inclusive levados pela Operação Acolhida.

322. Em julho/2023 a Sesai publicou a Portaria GAB/SESAI 80, de 26 de julho de 2023, regulamentando a elaboração do Plano de Contratação Anual (PCA) no âmbito dos DSEIs. Nesse normativo são validados parâmetros, como a série histórica de execução dos objetos e os limites orçamentários divulgados pela Sesai, para que os DSEIs realizem o levantamento das necessidades de contratação do ano seguinte, consequentemente, da alocação dos recursos orçamentários:

Art. 2º A cada exercício, os DSEI deverão promover o levantamento das necessidades de contratação para o exercício seguinte, considerando os instrumentos a seguir:

I - os PCA dos exercícios anteriores;

- II - o Plano Distrital de Saúde Indígena - PDSI vigente;
- III - o Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação - PDTIC do Ministério da Saúde;
- IV - as aquisições compartilhadas da Secretaria de Saúde Indígena, de que trata a Portaria SESAI/MS nº 148, de 6 de dezembro de 2022; e
- V - outras diretrizes estratégicas da Secretaria de Saúde Indígena ou dos órgãos centrais do governo federal.

Parágrafo único. O levantamento das necessidades de contratação para o exercício seguinte deverá considerar:

I - a série histórica de execução dos objetos;

- II - a capacidade operacional da unidade para a contratação dos objetos;

III - os limites orçamentários divulgados pela Secretaria de Saúde Indígena; e

- IV - os riscos da não efetivação da contratação dos itens a serem incluídos no PCA, nos termos do art. 19 do Decreto nº 10.947, de 2022. (grifos nossos)

323. Veja que no levantamento de necessidades de contratação para o exercício seguinte, não há menção expressa à instrumentos que considerem os dados atualizados populacionais, epidemiológicos, das condições socioambientais, além da variação de preços no mercado local e nacional. Estes fatores são primordiais para dimensionar a necessidade de recursos para a aquisição de medicamentos do ano seguinte.

324. É verdade que alguns destes dados estão no Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI),

porém, percebe-se que não são utilizados para a programação das aquisições aprovadas pela Sesai, tampouco para a destinação de recursos orçamentários. A avaliação é feita apenas ao final do PDSI, a cada quatro anos. Desta forma, a Sesai não consegue garantir que a avaliação da política pública está incorporada ao seu processo orçamentário anual, como preconizado nas melhores práticas de governança.

325. Ademais, em sentido contrário às boas práticas de governança e gestão orçamentária, o processo de planejamento das aquisições da Sesai, como visto, determina limites orçamentários, antes do levantamento das reais necessidades e prioridades de recursos para a execução da política pública. Esse procedimento também não está aderente ao Decreto 10.947/2022 que dispõe sobre o Plano Anual de Contratações (PAC) no âmbito da administração pública federal. O inc. III do art. 5º do referido decreto estabelece, como um dos objetivos do PAC, subsidiar a elaboração das leis orçamentárias e não o inverso como estabelecido na Portaria GAB/SESAI 80, de 26 de julho de 2023.

326. Após a elaboração do relatório preliminar de auditoria, foi publicada a Portaria GAB/Sesai 88, de 21 de agosto de 2023, dispondo sobre os procedimentos de planejamento, aquisição e gestão de insumos de saúde indígena, no âmbito dos DSEIs. O art. 9º da portaria relaciona os seguintes elementos que devem ser observados para o dimensionamento da demanda de insumos de saúde:

- I - o perfil epidemiológico local;
- II - a população assistida;
- III - o estoque atual;
- IV - os serviços ofertados;
- V - os dados de consumo e de demanda não atendida.
- VI - evidências sobre demandas reprimidas;
- VII - dados históricos de consumo oriundos de sistemas oficiais de informação; e
- VIII - outras memórias de cálculo que permitam justificar as quantidades de aquisição planejadas.

327. O parágrafo único desse artigo prevê o estabelecimento de margens de segurança no dimensionamento da aquisição, como forma de prevenir o desabastecimento, devendo ser justificado.

328. Verifica-se que a publicação desse normativo direciona o planejamento das aquisições de insumos de saúde, em especial medicamentos, para critérios adequadamente relacionados às demandas específicas do perfil epidemiológico de cada comunidade indígena e das equipes de saúde, e representa potencial importante redução no risco de insuficiência dessas aquisições.

329. De todo modo, a publicação da recente norma, apesar de ser uma avanço na direção do aprimoramento no planejamento das aquisições de medicamentos, considera-se que ainda resta ser efetivamente implementada.

Ausência de coordenação das contratações de medicamentos por parte da Sesai

330. Cabe à Sesai - planejar e acompanhar as aquisições de bens, serviços e insumos estratégicos para a saúde no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Esse aspecto, como já destacado, é de extrema importância, uma vez que, garantir o abastecimento adequado de recursos essenciais, com destaque para os medicamentos, é fundamental para a qualidade e efetividade dos serviços de saúde prestados às populações indígenas.

331. Entretanto, observou-se que as aquisições de medicamentos realizadas pelos distritos foram feitas sem a coordenação da Sesai, conforme se evidencia mais adiante.

332. No DSEI Alto Rio Negro, por exemplo, foi autuado o processo para a aquisição de medicamentos por meio de adesão à Ata de Registro de Preços 28/2018, realizada pelo DSEI Leste de Roraima. De acordo com o Termo de Referência (peça 235, p. 12), o montante necessário para o período de 12 (doze) meses, conforme condições, quantidades, exigências e estimativas, era de

R\$ 1.420.167,20. Nos termos do Despacho Selog/ARN (peça 236, p. 1), foi solicitada a descentralização orçamentária no valor de R\$ 661.695,45, que seria o necessário para seis meses.

Trata-se de solicitação orçamentária cujo objetivo é adquirir medicamentos para atender as necessidades do DSEI Alto Rio Negro, por um período de seis meses, com acréscimo de 20%, por meio da execução das Atas de Registro de Preço (ARP) referentes ao Pregão n.º 28/2018 realizado no âmbito do DSEI Leste de Roraima.

333. Em continuidade ao trâmite processual, a Coordenação-Geral de Apoio à Gestão da Saúde Indígena, da Sesai, emitiu o Parecer Técnico 54/2019 - DGEI/CGASI/DGEI/SESAI/MS que se manifestou favorável à descentralização do valor total de R\$ 504.142,55, para suprir a demanda solicitada pelo Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Negro (peça 237, p. 14).

334. O referido parecer evidenciou a ausência de coordenação por parte da Sesai ao destacar o seguinte ponto:

Para os medicamentos do Quadro 2, a SESAI/MS possui estoque para abastecer o DSEI por um período trimestral, baseando-se no Consumo Médio Mensal (CMM). Deste modo, faz-se necessário o repasse financeiro para um período de três meses, para complementar a quantidade solicitada pelo DSEI, baseado no CMM.

Azitromicina 600mg – Frasco 15ml

Azitromicina 500mg – Comprimido

Sais de Reidratação Oral – Envelope

335. Situação semelhante aconteceu no DSEI Yanomami, de acordo com o Parecer Técnico 294/2023-CGCSI/DAPSI/SESAI/MS (peça 238, p. 1), pois houve uma redução do montante financeiro solicitado que foi compensada com o compromisso de que os itens 6, 7, 8, 9, 43, 78, 109 e 119, seriam providenciados por tratativas realizadas pela Sesai.

336. Dessa maneira, foram 11 itens que exigiram pesquisas de preços específicas, além da descrição e formalização processual de cada um deles, para, ao término de todo o processo, não serem adquiridos pelos distritos, representando um desperdício de recursos financeiros e humanos.

337. Outro efeito das falhas de planejamento e coordenação por parte da Sesai fazem com que os DSEIs utilizem o mecanismo de contratação direta de forma emergencial, conforme se observa na peça 239, p. 1:

Vale frisar que o DSEI Alto Rio Negro **não** dispõe de Processos Administrativos com Atas de Registro de Preços vigentes, que possam fazer frente a aquisição pontual para suprir a demanda momentaneamente. As últimas Atas expiraram no mês de julho de 2022, fazem parte do processo 25035.001497/2020-69, e tiveram vários itens retirados pela SESAI no intuito de fazer remessa por aquele nível central, **porém não fizeram a remessa no quantitativo esperado, e os valores enviados sempre foram abaixo do requisitado.** (grifos nossos)

338. Essa situação é agravada porque a Sesai retirou vários itens, com a intenção de enviá-los pelo nível central. No entanto, a remessa não foi realizada de acordo com o quantitativo esperado, e os valores enviados foram inferiores aos requisitados, indicando uma falta de alinhamento entre a Sesai e o DSEI, resultando na falta de alguns medicamentos.

339. Portanto, há falhas, no planejamento e coordenações das aquisições de medicamentos, uma vez que a Sesai não disponibiliza, previamente à elaboração dos planejamentos de contratação dos DSEIs, a lista de medicamentos que podem ser disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Somente após os DSEIs solicitarem a descentralização de recursos para a aquisição de medicamentos, é informado que o MS enviaria parte dos medicamentos a serem adquiridos, pois os possui em estoque. Neste caso, a lista de medicamentos, adquiridos ou que ainda serão adquiridos pela Sesai ou pelo DSEIs, deveria ser parte de um planejamento coordenado e integrado para que não falem medicamentos a população indígena.

340. Cabe ressaltar, que deficiências no planejamento logístico do MS já foram objeto de determinação por meio do Acórdão 313/2023 – TCU – Plenário, Relator Min. Vital do Rêgo, que tratou de representação formulada por grupo de deputados federais a respeito de possíveis

irregularidades ocorridas no âmbito do Ministério da Saúde (MS) relacionadas ao vencimento sem utilização de medicamentos, vacinas e outros produtos, totalizando um montante de R\$ 243 milhões.

341. Naquele processo, constatou-se que a falta de planejamento logístico eficiente, no âmbito do Ministério da Saúde, prejudica a utilização adequada de recursos financeiros. Além disso, a falta de coordenação e integração entre o Departamento de Logística em Saúde (DLOG) e as áreas técnicas comprometeu a eficiência na aquisição e distribuição de medicamentos, vacinas e outros produtos, resultando em vencimentos sem utilização e prejuízos financeiros significativos. Ademais, a ausência de recursos humanos e a falta de sistemas informatizados adequados agravaram ainda mais essas deficiências, dificultando o controle e o acompanhamento da cadeia logística. Diante disso, o referido acórdão registrou que é essencial que o Ministério da Saúde implemente medidas para fortalecer o planejamento logístico, promover a integração entre os setores envolvidos e garantir a utilização eficiente dos recursos, em conformidade com os princípios constitucionais que regem a administração pública.

342. Da mesma forma, devem ser adotadas medidas para melhorar o planejamento e a coordenação logística do subsistema de saúde indígena que possui estrutura e atribuições próprias. Diferente do MS, que adquire de forma complementar insumos estratégicos que posteriormente são distribuídos aos entes subnacionais, a Sesai deve prover todos os medicamentos necessários à atenção primária a saúde indígena. Além disso, a maior parte das aquisições são realizadas de forma descentralizada, por meio dos próprios DSEIs com recursos exclusivamente da União. Em consequência, as compras são fragmentadas com quantitativos pouco atrativos para empresas do ramo.

343. No entanto, o art. 32 do Anexo VIII da Portaria de Consolidação GM/MS 4, de 28 de setembro de 2017, estabelece que os processos de aquisição serão conduzidos a nível central pela SESAI/MS e, de forma a contemplar as necessidades e realidades epidemiológicas locais, pelos DSEIs. No mesmo sentido, o art. 26, § 4º da referida portaria dispõe que:

Art. 26. Ato do Ministro de Estado da Saúde aprovará o Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena, instrumento norteador da terapêutica medicamentosa no SASISUS. (Origem: PRT MS/GM 1800/2015, Art. 11)

(...)

§ 4º A assistência farmacêutica do nível central se baseará no Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena para elaborar os processos de aquisição centralizados da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS)

344. Diante disso, verifica-se que o ato normativo do Ministério da Saúde não está sendo observado, considerando que os processos de aquisição de medicamentos estão sendo conduzidos individualmente pelos DSEIs e de forma complementar pela Sesai, como já demonstrado neste relatório. É importante ressaltar que a centralização e a padronização são diretrizes da Lei 14.133/2021:

Art. 19. Os órgãos da Administração com competências regulamentares relativas às atividades de administração de materiais, de obras e serviços e de licitações e contratos deverão:

I - instituir instrumentos que permitam, preferencialmente, a centralização dos procedimentos de aquisição e contratação de bens e serviços;

II - criar catálogo eletrônico de padronização de compras, serviços e obras, admitida a adoção do catálogo do Poder Executivo federal por todos os entes federativos;

345. A compra centralizada de medicamentos pode racionalizar as contratações, com maior economia de escala, redução de custos processuais, maior competitividade e redução dos certames desertos. Deve-se considerar que, as quantidades contratadas pelos DSEIs são pouco atrativas, principalmente para aqueles localizados em área de difícil acesso. Por exemplo, a sede do DSEI Alto Rio Negro no Estado do Amazonas, localiza-se a 850 quilômetros da capital Manaus e só possui acesso por via fluvial ou aérea. Além disso, os distritos não possuem estrutura e pessoal para conduzir e fiscalizar diversos processos de contratação, recorrendo frequentemente à adesão a atas

de registros de preços de outros órgãos.

Morosidade processual

346. Em análise aos processos de aquisição de medicamentos nos distritos visitados, observou-se que a morosidade processual tem impactos negativos significativos, uma vez que podem levar a atrasos no fornecimento dos medicamentos necessários e até mesmo à escassez desses recursos essenciais.

347. A morosidade processual é resultado de diversos fatores como falta de agilidade na análise e aprovação de processos, dificuldades na coordenação entre os diferentes níveis hierárquicos da SESAI e falta de priorização das demandas emergenciais. Essa lentidão, conforme foi observado, contribuiu para que ocorressem atrasos na aquisição e distribuição de medicamentos, prejudicando diretamente a assistência de saúde adequada.

348. Cita-se, novamente o processo licitatório para a aquisição de medicamentos pelo DSEI Yanomami, datado de 5/7/2022, com a prioridade urgente (peça 240, p.1).

349. O término do Pregão, com o Termo de Homologação, se deu em 3/1/2023 (peça 241, p. 1). Em 31/1/2023, a Diasi do DSEI Yanomami solicitou a autorização para empenhar R\$ 1.473.030,10, referente aos itens do Pregão Eletrônico 20/2022. Tendo em vista que alguns itens do referido pregão foram desertos, foi realizado o Pregão 25/2022, para a aquisição dos itens faltantes.

350. Em 17/4/2023, nos termos do Despacho SELOG/YANOMAMI/DSEI/SESAI/MS (peça 242, p. 2), foi solicitada a descentralização orçamentária no montante de R\$ 1.769.511,38. Em 15/5/2023, a Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade se manifestou pela continuidade da contratação (peça 243, p. 1).

351. Em 5/6/2023, foi realizado o Despacho do Serviço de Planejamento e Orçamento da Sesai, onde afirmou se tratar de reanálise com o seguinte teor:

(...) as manifestações supracitadas, esta Coordenação-Geral de Planejamento, Orçamento e Monitoramento da Execução Financeira - CGPO/SESAI/MS, no âmbito de suas atribuições, não vê óbices à descentralização orçamentária autorizada.

Ante ao exposto, informamos que será solicitada oportunamente a descentralização do valor de R\$ 2.789.658,28 (dois milhões, setecentos e oitenta e nove mil seiscentos e cinquenta e oito reais e vinte e oito centavos), Natureza de Despesa 339030, PTRES 173241, a ser encaminhado conforme cronograma de descentralizações de crédito orçamentário estabelecido em conjunto com a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento - SPO para o presente exercício.

352. Mesmo no caso do DSEI Yanomami, em que foi declarada Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (Espin) em decorrência de desassistência à população Yanomami, por meio da Portaria GM/MS 28, de 20/1/2023, a morosidade processual ocorreu, mormente, até o dia 14/6/2023, não ter sido descentralizado o recurso solicitado no Despacho SELOG/YANOMAMI/DSEI/SESAI/MS em 17/4/2023 para a aquisição dos medicamentos.

353. A morosidade processual também foi identificada no processo referente ao Pregão 8/2023 do DSEI Alto Rio Negro, que teve seu termo de homologação assinado em 15/3/2023 (peça 244, p. 1).

354. O Parecer Técnico 298, da Coordenação-Geral de Gestão dos Contratos de Bens, Serviços e Insumos de Saúde Indígena (CGCSI/Dapsi/Sesai), que autorizou a descentralização de R\$ 819.896,50, mediante disponibilidade orçamentária, foi assinado em 28/4/2023 (peça 232). Entretanto, em 22/5/2023, foi enviada a Nota de Crédito 2023NC809568, no valor de R\$ 204.974,13 (peça 233), a quem do necessário para os seis meses previstos (R\$ 819.896,50).

355. Até o dia 15/6/2023, não foram identificados documentos que comprovem o envio de nova nota de crédito para a aquisição complementar dos medicamentos. Essa demora na liberação dos recursos compromete significativamente a capacidade dos DSEIs em suprir suas demandas.

356. É fundamental que a Sesai atue de forma proativa para resolver esses problemas,

priorizando a agilidade e eficiência nos processos administrativos, relacionados à aquisição e distribuição de medicamentos. O modelo atual atribui aos DSEIs a realização dos processos de aquisições, porém todos os atos devem ser analisados e aprovados pela Sesai, criando um gargalo, considerando o total de contratações realizada pelos 34 DSEIs.

357. Assim, a identificação e eliminação de gargalos burocráticos, a simplificação dos procedimentos, a alocação adequada de recursos financeiros e humanos e a implementação de mecanismos de monitoramento e controle são ações fundamentais para mitigar o risco de desassistência aos indígenas por falta de medicamentos.

Fraude na aquisição de medicamentos no DSEI Yanomami

358. O MPF/RR, em conjunto com a Polícia Federal, está apurando no Inquérito Civil 1.32.000.000700/2022-59 a regularidade da aquisição, recebimento e dispensação do medicamento Albendazol, contratado pelo DSEI Yanomami em 2021. A investigação indica que os valores apontados em notas fiscais da empresa fornecedora eram integralmente pagos sem a entrega total dos medicamentos, com simulação do envio de medicamentos para as aldeias por meio de registros falsos no Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica.

359. Em que pese o indício de desvio de medicamentos no DSEI Yanomami, as análises realizadas evidenciam que a ausência de medicamentos básicos é realidade nos três DSEIs analisados, como resultado de problemas de gestão da Sesai e dos DSEIs.

Redução da efetividade dos atendimentos pelas EMSI, com potencial agravamento das condições de saúde dos povos indígenas.

360. É fundamental, para a efetividade dos trabalhos das EMSIs, a disponibilidade de medicamentos em quantidade suficiente para que os principais agravos como doenças endêmicas, crônicas e saúde infantil sejam tratados na comunidade indígena, sem a necessidade de remoção para a Casai ou hospitais da atenção especializada.

361. Cabe esclarecer que a desnutrição é o quadro produzido pela carência de proteínas e/ou energia – desnutrição proteico-energética. Pode ser primária, secundária ou mista. Ela é primária quando há diminuição da disponibilidade ou da oferta de alimentos. É chamada secundária quando resulta de situações em que a ingestão, absorção ou utilização de nutrientes ocorrem de maneira insatisfatória, apesar de haver oferta de alimentos: obstruções mecânicas do tubo digestivo, estados hipercatabólicos, parasitoses intestinais, déficits enzimáticos ou alterações psíquicas. Quando as duas causas estão presentes, a desnutrição é chamada de mista, uma vez que a desnutrição primária acaba por desencadear uma série de alterações que impedem a ingestão e o aproveitamento do pouco alimento disponível, com o estabelecimento de um círculo vicioso e comprometimento progressivo da saúde do indivíduo (Goulart, 2008).

362. Crianças que sofrem de desnutrição e outras doenças sistêmicas, tendem a ter um curso mais grave de gastroenterite bacteriana aguda com maiores taxas de complicações e mortalidade. O mesmo estudo aponta a possibilidade de que o parasita giárdia cause diarreia prolongada num subconjunto de crianças com suscetibilidades específicas, como desnutrição grave (O’Ryan, 2014).

363. Como já exposto neste trabalho (item 79), no painel da Sesai que monitora a quantidade de casos de Doenças Diarreicas Agudas (DDA) em todos os 34 DSEIs do país, o DSEI Yanomami começa a ter seus dados monitorados em 2013 e desde então é, ano após ano, o primeiro ou segundo com maior número de casos, e sempre sendo mais atingidas as crianças menores de cinco anos.

364. A desnutrição que acomete as crianças Yanomamis, em especial as da referida faixa etária, se insere no contexto da desnutrição do tipo mista, de um círculo vicioso em que a fragilidade de seus corpos infectados por parasitoses (tratáveis com o medicamento Albendazol), impede a absorção de nutrientes, aumentando a desnutrição e as tornando mais suscetíveis ao acometimento de doenças como a diarreia aguda (DDA) e pneumonia, que são as principais causas de remoções e de óbitos em crianças menores de cinco anos nesse DSEI.

365. Restou claro que a falta de medicamentos resulta na redução da efetividade do

atendimento pelas EMSIs, agravando as condições de saúde dos povos indígenas. Essa situação compromete a capacidade de prevenir e tratar doenças comuns, além de dificultar o controle de doenças crônicas. A ausência de remédios essenciais prejudica o acesso a cuidados adequados básicos, contribuindo para o aumento da morbidade e da mortalidade nessas comunidades.

Remoções aéreas, fluviais ou terrestres desnecessárias, com custos elevados

366. A utilização dos serviços de aluguel de aviões, assim como outros meios de transportes como fluvial e terrestre, é essencial para o funcionamento do DSEI Yanomami, e dos outros dois DSEIs visitados.

367. No caso dos Yanomami, a principal forma de acesso às aldeias é por via aérea. Conforme o documento Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) 2020-2023 do DSEI Yanomami (peça 58), 98% das comunidades só são acessíveis por via aérea, devido à localização remota e de difícil acesso.

368. Sendo assim, o transporte aéreo é necessário para o deslocamento de pacientes para atendimento especializado fora da Terra Indígena, nos casos em que não se consegue o tratamento adequado pelas equipes de saúde que atuam no território, como já destacado neste relatório.

369. Em consulta ao Tesouro Gerencial, identificou-se os montantes pagos nos anos de 2018-2022, no subitem Locação de Meios de Transporte, que inclui gastos com transporte aéreo, fluvial e terrestre.

Tabela 6 - Pagamentos referentes à Locação de Meios de Transporte (em milhares de reais)

DSEI	2018	2019	2020	2021	2022	Total Geral
Alto Rio Negro	3.919,93	3.627,32	8.655,47	5.821,22	6.037,72	28.061,66
Leste de Roraima	6.464,70	5.771,41	3.741,29	3.667,56	3.361,36	73.006,33
Yanomami	6.012,01	8.755,55	10.263,72	10.037,68	33.127,99	68.196,95
Total Geral	26.396,64	28.154,29	32.660,47	29.526,45	52.527,07	169.264,94

Fonte: Elaboração própria com dados obtidos no Tesouro Gerencial

370. Tendo como exemplo o DSEI Yanomami, nos termos do contrato com a empresa Voare (peça 245, p. 1), cada hora-voo custa R\$ 2.750,00 Trata-se de preços elevados que apresentam impactos significativos nos custos dessa política pública. Apenas em 2022, foram pagos, no Distrito Yanomami, R\$ 32 milhões com locação de meios de transporte para a empresa Voare Taxi Aéreo.

371. Observa-se que há um elevado custo com transporte para viabilizar a prestação de serviços médicos aos indígenas nas localidades visitadas, principalmente em decorrência da dificuldade de acesso. Na região do DSEI Alto Rio Negro, por exemplo, os deslocamentos das equipes de saúde são realizados por meio de transporte fluvial em 91% do território (conforme PDSI-2020-2023 à peça 265, p. 69), que, em 2022, custou aos cofres públicos o montante de R\$ 3,9 milhões, por meio da empresa AFS Serviços de Locação e Gestão de Mão de Obra LTDA (fonte: Tesouro Gerencial). Na região do Leste de Roraima, os deslocamentos são realizados por meio terrestre em 84% do território (conforme PDSI-2020-2023 à peça 121, p. 10), com o aluguel de carros para esse objetivo.

372. Dessa forma, quando uma equipe de saúde indígena entra em área sem a quantidade de medicamentos suficientes para prestar assistência aos povos daquela localidade, há um esforço financeiro relevante, que poderá ser inútil se não houver a realização do tratamento de forma eficaz.

373. Além disso, em decorrência da falta de medicamentos, ocorrem remoções aéreas para a realização de tratamentos adequados que geram despesas desnecessárias e impactos significativos. Essa situação também foi identificada pela equipe do COE Yanomami, conforme trecho do relatório (peça 63, p. 21-22):

O DSEI deveria ofertar atenção primária e rotinas de vigilância, mas o que se observou em campo e na logística é uma rotina baseada em remoções (entre comunidade para polo

base e do polo base para Boa Vista). Em 2022, houve 1.819 resgates (40% Surucucu, 23% Auaris, 15% Maturacá, 10% Xitei). As principais causas de remoções são 36% desnutrição, SRAG 25%, malária grave 19% e desidratação 10%. (grifos nossos)

374. O relatório destaca uma questão preocupante que é a rotina baseada em remoções, em vez de oferecer atenção primária e rotinas de vigilância no DSEI. Isso sugere que as equipes de saúde que atendem nas aldeias não estão equipadas adequadamente para lidar com essas condições de saúde de forma preventiva e curativa, resultando em uma dependência excessiva de remoções.

375. O alto número de resgates registrados, em 2022, aponta para problemas de saúde que poderiam ser tratados e prevenidos com uma atenção primária eficaz. Apesar disso, a Sesai não tem registro em seus sistemas de informações sobre as remoções. Esses dados são registrados e controlados em planilhas geradas pelo Diasi, de cada DSEI. Não há uma padronização das informações como o CID do agravo que justifica a remoção, data, localização e estimativas de custos de cada remoção. Estes dados são importantes para avaliar a resolutividade da atenção básica prestada aos indígenas, pois quanto mais remoções, há indícios de que menos eficiente está sendo a assistência prestada naquele Polo Base. Estes registros também são importantes para identificar quais agravos geram maior número de remoções, permitindo que a Sesai desenvolva estratégias para identificar e tratar o problema. Ademais, devido a materialidade, devem ser registradas as informações referentes a estimativa de custo de cada remoção aérea, fluvial ou terrestre, pois essa informação pode auxiliar na gestão dos custos e na melhor alocação de recursos para evitar o excesso de remoções.

376. Além das questões financeiras, as remoções aéreas também acarretam outros impactos negativos. O transporte frequente dos indígenas para fora de suas comunidades pode causar desconexão cultural e social, além de interferir nas dinâmicas familiares e comunitárias, pois, muitas das vezes, é necessária a remoção de todos os familiares de um enfermo por questões culturais. Além disso, o deslocamento constante para receber tratamento médico em centros urbanos pode gerar estresse adicional e dificuldades emocionais para os indígenas, que muitas vezes estão afastados de seu ambiente familiar e cultural.

377. Em termos numéricos, o montante solicitado pelo DSEI Yanomami para a aquisição de medicamentos para um ano, considerando o que seria enviado pela Sesai, foi de R\$ 3.325.278,88, equivalente a 10% do valor pago apenas com o contrato de horas-voo no ano de 2022. Entretanto, desse montante solicitado, até o momento, embora tenha ocorrido a autorização para a continuidade da contratação, não foram identificados elementos que evidenciem a descentralização orçamentária para o DSEI Yanomami efetivar a aquisição de medicamentos.

378. Para ilustrar o quanto seria esse ônus causado por remoções preveníveis com medicamentos básicos, poder-se-ia multiplicar o valor médio da hora voo do contrato com a empresa Voare (peça 245, p. 1), que seria de R\$ 2.750,00 pela duração de um deslocamento (ida e volta) de um ponto de origem no território até a cidade de Boa Vista, onde se localizam os hospitais de referência para os quais são encaminhados, majoritariamente, os indígenas removidos, de acordo com os arquivos de controle das remoções do DSEI Yanomami.

379. Conforme o documento “Plano de Ação Emergencial para o Enfrentamento da Malária, Desnutrição Infantil, Mortalidade Infantil, Tungíase e Abuso de Álcool no Âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami”, Sesai, de 2022 (peça 55), a duração do deslocamento, utilizando uma aeronave de asa fixa, entre o Polo Base Auaris e Boa Vista dura cerca de 4hs ida e volta. Partindo do Polo Base Surucucu, o trajeto dura 2h40min. Sendo assim, cada remoção com algum desses itinerários teria como custo, pelo menos, R\$ 11.000,00 e R\$ 8.250,00, respectivamente. Há que se destacar que foram escolhidos esses dois polos bases como exemplo por serem os responsáveis, juntos, por cerca de 15% do número total de remoções, sempre se referindo aos arquivos de controle do DSEI Yanomami.

380. Dessa forma, fica claro que a falta de medicamentos tem como efeito a realização de resgates desnecessários, pois, os indígenas devem ser tratados inicialmente com remédios para o atendimento primário das doenças, visando evitar a necessidade de remoções. No entanto, quando não há disponibilidade desses medicamentos, a única opção, muitas vezes, é recorrer às remoções

por via aérea, fluvial ou terrestre que demandam vultosos recursos se comparados aos recursos necessários para o adequado provimento de medicamentos.

Conclusão e Proposta de encaminhamento

381. Restou comprovada que é recorrente a falta de medicamentos essenciais nos DSEIs visitados, tendo como consequência o agravamento de quadros de verminoses, diarreias, doenças respiratórias, malária, doenças que poderiam ter resolutividade na atenção primária prestada em suas próprias comunidades. Porém, constatou-se que a atenção a saúde indígena tem sua assistência baseada em remoções, que são mais desgastantes para os pacientes e mais dispendiosas ao erário.

382. Com base na análise das evidências apresentadas, conclui-se que a falta de medicamentos nos distritos visitados está diretamente relacionada a falhas no planejamento e coordenação das aquisições, assim como deficiências na gestão orçamentária, considerando que os recursos não são alocados com foco em resultados, de acordo com levantamentos objetivos das reais necessidades, em despesas prioritárias para a melhoria dos resultados da Pnaspi.

383. No DSEI Yanomami, persiste a falta de medicamentos, apesar de algumas ações adotadas pela Sesai/DSEI para resolver o problema, motivadas principalmente em razão de ações judiciais e de recomendações do MPF/RR, impactando a efetividade da atenção primária nos Polos Base, além de aumentar os custos com remoções, principalmente aéreas.

384. Ademais, a aquisição descentralizada de medicamentos pelos DSEIs resulta em compras fragmentadas, morosidade processual e dificuldade de coordenação entre os distritos e o órgão central. Por outro lado, a compra centralizada de medicamentos pode racionalizar as contratações com maior economia de escala, redução de custos processuais, maior competitividade e redução dos certames desertos.

385. Assim, os processos de aquisição de medicamentos devem ser conduzidos a nível central pela Sesai e, de forma a contemplar as necessidades e realidades epidemiológicas locais, pelos DSEIs, conforme preconiza o Regimento Interno da Sesai (Anexo VII da Portaria de Consolidação GM/MS 4, de 28 de setembro de 2017) e em atendimento ao inc. I, art. 19 da Lei 14.331/2021.

386. Considerando as características específicas do Subsistema de Saúde Indígena, em que são realizadas aquisições centralizadas, pela DLOG, e descentralizadas, pelos próprios DSEIs, cabe fazer determinações e recomendações específicas a Sesai para o aprimoramento das aquisições de medicamentos para execução da Pnaspi.

387. Propõe-se determinar à Secretaria de Saúde Indígena e à Secretaria Executiva, à qual se subordina o Departamento de Logística em Saúde, com fundamento nos art. 13, inc. III, IV, VI, art. 17, inc. I, II e VI, e art. 46, inc. I a VI e XV, do Anexo I do Decreto 11.358/2023, que apresente plano de ação, no prazo de 90 (noventa) dias, identificando as ações a serem adotadas, os responsáveis por cada uma delas e prazos para a implementação, com vistas a racionalizar as aquisições de medicamentos essenciais para atender a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, por meio da promoção de contratações centralizadas, a fim de obter economia de escala, padronização de produtos e serviços e redução de custos processuais, de acordo com levantamento objetivo de necessidades e realidades epidemiológicas locais dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

388. Deve-se ainda recomendar à Sesai, que:

- a) aprimore a gestão orçamentária de forma a garantir que despesas prioritárias para atingimento dos objetivos da Pnaspi, conhecidas por meio de levantamentos objetivos, estejam adequadamente contempladas na proposta orçamentária anual;
- b) considere na elaboração do plano anual de contratações as reais necessidades de medicamentos essenciais, considerando dados atualizados da população assistida, indicadores epidemiológicos e fatores socioambientais, de cada DSEI; e
- c) estabeleça registros, em sistemas oficiais do SasiSUS, de dados de remoção de pacientes de Terras Indígenas, em decorrência de agravamento ou falta de condições de atendimento

adequado nos Polos Base, indicando a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), data do traslado de ida e volta, DSEI/Polo Base, modal de transporte, estimativas de custos de cada remoção, com o objetivo de auxiliar a avaliação e o monitoramento da resolutividade da prestação de serviços de saúde aos indígenas.

3.3. Achado III: Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena não são compostas em quantidades e categorias de profissionais necessários para executar o atendimento de atenção básica

389. Nos anos de 2018 a 2022, a composição das equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) no território indígena sob responsabilidade do DSEI Yanomami foi insuficiente, em quantidades e categorias de profissionais, para realizar adequadamente o atendimento de assistência básica à saúde preconizado, resultando em descumprimento de protocolos de saúde normatizados para AIDPI, VAN, malária e saúde mental, entre outros.

390. Nos DSEIs Leste de Roraima e Alto Rio Negro foi verificado que a composição das EMSIs atende à quantidade de profissionais mínima exigida na normatização, porém, não inclui categorias profissionais necessárias para tratar situações epidemiológicas e necessidades de saúde específicas. O DSEI Alto Rio Negro tem altos índices de suicídios e de indígenas em situação de abuso de álcool e não possui psicólogos contratados em quantitativo suficiente para que possam compor as EMSIs com a frequência necessária para melhorar os indicadores de saúde relacionados.

391. As EMSIs incompletas impactam na qualidade dos atendimentos realizados, podendo resultar no aumento de agravos de saúde, de remoções e de óbitos por causas evitáveis nos territórios indígenas do respectivo DSEI.

392. A Portaria SAS/MS 1.317/2017, no art. 7º, determina que o quantitativo e perfil da EMSI devem atender a situação epidemiológica, necessidade de saúde, características geográficas, acesso e nível de organização dos serviços. O DSEI Yanomami não consegue cumprir esses requisitos, resultando em que os indicadores epidemiológicos não evidenciam melhora ao longo dos anos.

393. A mesma norma, no Anexo II, determina que a equipe mínima a realizar o atendimento em um polo base ou UBSI deve ser composta por um profissional de nível superior, sendo médico ou enfermeiro, e dois profissionais de nível médio, sendo um técnico ou auxiliar de enfermagem e um AIS ou Aisan.

394. O termo de referência que orienta a elaboração dos planos de trabalho que executam anualmente o convênio responsável pela contratação dos profissionais de saúde determina que somente os profissionais enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem não podem estar vinculados a mais de uma equipe. As demais categorias profissionais de médico, odontólogo, auxiliar/técnico de saúde bucal e AIS podem se vincular a mais de uma EMSI (peça 246, p. 23).

395. Na visita aos três DSEIs se observou que, nos DSEIs Leste de Roraima e Alto Rio Negro as EMSIs são formadas, no mínimo, por um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem, além do agente indígena de saúde (AIS) ou agente indígena de saneamento (Aisan) que passa a integrar a equipe quando esta entra em área. No DSEI Yanomami, em maio de 2023, 30% das EMSI (23 das 69 unidades de saúde do distrito) entraram em território para prestar a assistência de saúde da atenção básica formadas somente por técnicos de enfermagem, sem a presença de um médico ou enfermeiro (peça 218).

396. A Sesai apresentou a organização de escalas de 2022 do DSEI Yanomami, onde se observa diversos polos e UBSI recebendo equipes sem um profissional médico ou enfermeiro (peça 67, p. 325-504).

397. E ainda, relatório de uma missão de saúde realizada em 24/6/2022 ao Polo Base Haxiu no DSEI Yanomami, assinado apenas por dois técnicos de enfermagem em 30/6/2022, evidencia que o descumprimento do quantitativo mínimo de profissionais para composição das EMSIs é recorrente, em descumprimento à Portaria SAS/MS 1.317/2017, Anexo II (peça 190, p. 61-64).

398. Constatou-se que o Núcleo 2 da Diasi/DSEI Yanomami, responsável por organizar as

escalas das equipes, não dispõe de profissionais enfermeiros ou médicos suficientes para alocar, minimamente, um profissional de um desses dois perfis profissionais de nível superior por polo base/UBSI a cada escala.

399. Por mais empenhado e dedicado que um técnico de enfermagem seja, ele não recebeu formação profissional nem é habilitado por conselho de classe para tratar agravos de saúde mais complexos. Nesse sentido, cabe relatar trecho do relatório de uma profissional nutricionista sobre seu período de trabalho, entre 2 e 18/2/2023, em uma das UBIs do DSEI Yanomami, o qual evidencia a ausência de profissionais enfermeiros ou médicos (peça 270):

Nos dias que seguiram continuamos a realização da alimentação assistida, e realizamos avaliação das crianças para verificar evolução de seus pesos, sempre junto comigo a equipe dos técnicos de enfermagem. Como realizei o curso de AIDPI, e levei comigo meu livro do curso, tentava ajudar os profissionais técnicos de enfermagem com o que podia, o livro os ajudou em algumas condutas.

No dia 09 de fevereiro chegaram os profissionais da Força Nacional do Sus, a médica Isabela e os enfermeiros Marcelo e Adriano, esta equipe nos foi de grande ajuda, uma vez que fortaleceram ainda mais o atendimento da enfermagem, e conseguimos fazer um atendimento de excelência aos indígenas do Kataroa, no decorrer dos dias os mesmos realizam visitas domiciliares e atendimentos.

400. A quantidade de médicos é ainda menor que a de enfermeiros, de modo que trabalham em escala volante entre os polos, deixando as comunidades muito tempo sem acompanhamento até a próxima visita. No mês de maio de 2023 somente 8 das 69 unidades de saúde do DSEI Yanomami tiveram médico presente na equipe, representando 11% das unidades de saúde (peça 218).

401. Foi reportado em entrevistas, que, dentro do possível, quando necessário e a comunicação via rádio funciona, é realizado interconsulta com um dos médicos do quadro de RH do DSEI.

402. A falta de médicos é um problema recorrente entre os DSEIs da região amazônica ante a baixa atratividade salarial frente as dificuldades estruturais e logísticas. O recente Programa Mais Médicos objetiva melhorar esse cenário com base nos incentivos salariais para atuar em área de difícil fixação, introduzido na Lei 12.871/2013 pela Medida Provisória 1.165/2023, art. 19-A, transformada na Lei 14.621, de 14/7/2023.

403. Além da composição mínima, no Território Yanomami, em especial na porção situada no Estado de Roraima, a dispersão geográfica das aldeias e o relevo são fatores relevantes no planejamento da composição do quantitativo de profissionais por EMSI.

404. Há diversas comunidades que são acessíveis somente pelo modal helicóptero (33% segundo o PDSI 2020-2023, peça 52, p. 69). Quando o acesso é possível por meio de caminhada, o relevo é bastante íngreme, exigindo um esforço físico muitas vezes incompatível com a capacidade da equipe escalada.

405. Tais limitações do DSEI Yanomami quanto a profissionais disponíveis e meios de acesso fazem com que as EMSIs prestem atendimento majoritariamente no Polo Base, realizando esporádicas visitas às comunidades em cada escala de permanência no polo, de forma que não conseguem cumprir os protocolos normatizados para os principais agravos que ocorrem no território indígena, resultando em que o DSEI Yanomami tenha os piores indicadores epidemiológicos dentre os DSEIs do país.

406. Diante das características geográficas do território Yanomami, é pouco provável que dois profissionais de saúde consigam atender todo o público-alvo conforme os protocolos normatizados durante o período de sua permanência no Polo Base. O que também descumpr o art. 7º da Portaria SAS/MS 1.317/2017, no que se refere ao quantitativo e perfil da EMSI atender as características geográficas e de acesso no território.

407. Melhorar os indicadores epidemiológicos do Território Yanomami está diretamente

relacionado à adequada execução pelas EMSIs dos protocolos normatizados previstos na Lei 8.080/1990 e em portarias, normas técnicas e manuais editados pelo Ministério da Saúde, relacionados no Apêndice C deste relatório.

408. A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) é um instrumento de apoio às ações de promoção da saúde que identifica desvios nutricionais, tanto de déficit nutricional quanto de excesso de peso. Requer a imediata investigação de fatores de risco associados a essas condições.

409. Na Norma Técnica VAN Indígena, o protocolo demanda que crianças com desnutrição moderada devem ser acompanhadas quinzenalmente pela EMSI e crianças com desnutrição grave devem ter atendimento semanal por médico com visitas domiciliares (Norma Técnica VAN Indígena, p. 45).

410. A suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso deve ocorrer de forma profilática e universal no público compreendido por crianças entre 6 (seis) e 24 (vinte e quatro) meses de idade, gestantes e mulheres até o 3º mês pós-parto e pós-aborto, conforme Portaria GM/MS 1.977/2014, art. 2º, Parágrafo Único (incorporada na Portaria de Consolidação GM/MS 5/2017).

411. Uma das metas definidas no PPA 2020-2023, a serem cumpridas pelos DSEI, é relacionado à promoção e proteção da saúde indígena, Meta 052N (Ampliar para 60% a proporção de crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento – CeD), tendo como meta parcial para 2022 alcançar 52% do público-alvo.

412. De acordo com a publicação do Ministério da Saúde “Cadernos de Atenção Básica 33 - Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento”, de 2012, é recomendado que ocorram sete consultas de rotina no primeiro ano de vida: na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês.

413. Para essa meta, em 2022, no DSEI Alto Rio Negro as EMSIs conseguiram praticar o protocolo preconizado de CeD das crianças menores de um ano em 72,6% de seu público-alvo, o quinto melhor desempenho no país. No DSEI Leste de Roraima, a frequência que conseguiram foi de 21,8% e no DSEI Yanomami somente 7,5% de suas crianças menores de um ano receberam o atendimento preconizado, o segundo pior desempenho naquele ano. Essas informações constam dos dados extraídos dos painéis da Sesai divulgados na página eletrônica http://sesai.com.br/paineis/indicadores_sesai_2022.php, acessada em 13/7/2023.

414. A Estratégia AIDPI Indígena se caracteriza por um conjunto de protocolos para identificar sinais clínicos que permitam fazer uma triagem rápida quanto à natureza da atenção requerida pela criança, como encaminhamento urgente a um hospital, tratamento ambulatorial ou orientação para cuidados e vigilância no domicílio (Portaria GM/MS 1.397/2017, arts. 2º e 3º).

415. A conduta preconizada na AIDPI incorpora a VAN, o CeD infantil, a imunização e o tratamento dos problemas infantis mais frequentes, como: desnutrição, anemia, doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas, malária, dentre outros. Além disso, determina que, para que seja dado seguimento aos tratamentos, cabe à EMSI fazer os arranjos necessários para que as consultas de retorno ou visitas domiciliares de acompanhamento da criança doente sejam realizadas (Portaria GM/MS 1.397/2017, art. 5º).

416. O “Manual de Quadros de Procedimentos: Aidpi Criança: 2 meses a 5 anos” orienta que, em agravos como diarreia persistente, a visita de retorno da EMSI deva ocorrer entre cinco e dois dias (peça 46, p. 13).

417. Doença Diarreica Aguda (DDA) é um agravo recorrente entre as crianças Yanomami. 2021 foi o último ano registrado pela Sesai em sua página eletrônica com painéis de acompanhamento dos DSEI sobre DDA. O DSEI Yanomami é o que teve a maior quantidade de casos no país, foram 5.376 casos. O DSEI Alto Rio Negro teve a segunda maior quantidade de casos, com 3.708 casos e o DSEI Leste de Roraima teve apenas 136 casos, conforme dados extraídos do Siasi e publicados pela Sesai nos painéis (http://sesai.com.br/paineis/indicadores_sesai_2022.php, acessado em 13/7/2023).

418. Conforme relatado (item 395 deste relatório), observou-se que no DSEI Yanomami, em

30% dos polos, as equipes não são escaladas com quantitativo de pessoal suficiente para realizar os procedimentos preconizados. São EMSI compostas somente por dois membros, onde o terceiro membro é o AIS residente nas aldeias.

419. O DSEI Yanomami disponibilizou os croquis de 35 Polos Base e UBSIs, apresentando, em formato iconográfico, as distancias entre as aldeias e a edificação de saúde nos diversos modais possíveis (peça 186). Esse documento e as escalas de EMSI ocorridas em 2022 (peça 67, p. 325-504) evidenciam a impossibilidade de EMSI com número reduzido de profissionais atingir as comunidades distantes do polo sem desguarnecer o atendimento dos pacientes que estão em tratamento no polo ou que chegam em demanda espontânea, além das grandes distâncias por caminhada ou necessidade de helicóptero para o transporte. A evidenciar, tem-se alguns exemplos.

420. O Polo Base Waputha e a UBSI Ketaa, tiveram escalas, durante seis meses de 2022, de EMSI formada somente por dois profissionais de saúde e nos outros seis composta por três membros. Por nove meses daquele ano, todos os profissionais da EMSI eram técnicos de enfermagem, descumprindo a equipe mínima determinada pela Portaria SAS/MS 1.317/2017, Anexo II (peça 67, p. 451-504).

421. Segundo o croqui, a região de Waputha possui uma população de 827 indígenas, espalhados numa região em que as comunidades estão em distâncias de caminhada, a partir do Polo Base, entre 15 minutos e 3h30 e outras que são atingidas somente pelo modal helicóptero (peça 186, p. 1). Ketaa possui 529 indígenas para serem atendidos, com comunidades distantes, por caminhada, entre 1 hora e 2h30 e outras que são atingidas somente pelo modal helicóptero (peça 186, p. 8)

422. Para uma grande parcela das populações desses dois polos, é inviável que equipes compostas somente por dois profissionais de saúde cumpram adequadamente qualquer dos protocolos preconizados para a assistência básica.

423. Durante as entrevistas, alguns profissionais de saúde utilizaram o termo posto-cêntrico para se referir ao tipo de atendimento realizado no DSEI Yanomami. As equipes de saúde não conseguem sair da sede da edificação para fazer visitas de rotina e busca ativa por agravos nas comunidades mais distantes, apenas ficam no posto atendendo os indígenas que chegam por demanda espontânea e cuidando dos que já estão em tratamento.

424. Observou-se que essa situação não ocorre nos outros dois DSEIs visitados neste trabalho, DSEI Alto Rio Negro e DSEI Leste de Roraima. Naqueles, as equipes percorrem toda a área adstrita ao polo base ou UBSI, dormindo nas comunidades na maioria das vezes, dada a necessidade de prosseguir para comunidades mais distantes da edificação de saúde nos dias seguintes.

425. No DSEI Alto Rio Negro, as entrevistas com profissionais de saúde revelaram que, quando uma equipe não consegue visitar todas as comunidades durante sua escala, a equipe seguinte é avisada, durante o matriciamento que se realiza antes de cada entrada de EMSI em área, e priorizam-se os atendimentos pelas comunidades não visitadas.

426. Também se observou a boa prática, no DSEI Alto Rio Negro, de ser afixado numa parede externa do polo base, aviso contendo o cronograma de visitas da EMSI às comunidades, auxiliando os moradores a planejar suas atividades de modo a estar na comunidade para receber o atendimento de saúde no dia marcado (fotografias no Anexo I, p. 128).

427. A região amazônica apresenta desafios naturais aos deslocamentos das equipes de saúde, porém, a geografia do Território Yanomami tem condições agravadas pelo relevo montanhoso, densa floresta e rios de pouca navegabilidade, dificultando o acesso a muitas comunidades. Nos croquis à peça 186 ou na tabela constante do PDSI 2020-2023, que relaciona as aldeias do território, suas distâncias do polo base e o modal de acesso (peça 52, p. 26-34) é possível constatar que várias comunidades são acessíveis somente pelo modal helicóptero. Quando o acesso por caminhada é possível são trechos de até 5h30, muitas vezes em terreno íngreme e pantanoso. É esperado que nem todo profissional de saúde tenha preparo físico para realizar a tarefa.

428. No PDSI 2020-2023, ao analisar o desempenho do DSEI no quadriênio anterior (2016-2019), as dificuldades de acesso são relatadas como um dos fatores impeditivos do alcance de metas em 2016, no sentido de que (peça 52, p. 57):

Em inúmeros casos as comunidades distam cerca de 4 a 8 horas de caminhada desde a UBSI. O deslocamento é feito através da mata fechada, superando-se obstáculos como serras, córregos e intempéries da natureza.

429. Ou também que (peça 52, p. 68):

O fator de acessibilidade às comunidades enfrentadas pelas EMSI, também é um agravante para o cumprimento das metas que passam desde longos percursos pelos rios e longas caminhadas pela floresta entrecortada de lagos e igarapés, para chegar as aldeias de difícil acesso.

430. Como uma forma de superar as dificuldades geográficas para alcançar as comunidades, as equipes de saúde relatam a necessidade de o DSEI disponibilizar material de troca, denominado também “materipe”, para pagamento aos indígenas que os ajudam a atravessar o caminho na mata. No referido PDSI consta o seguinte relato, relacionado ao ano de 2018 (peça 52, p. 46):

Durante o matriciamento percebemos claramente a dificuldade para se chegar nas aldeias devido a distribuição territorial, para se manter uma rotina de visita e com isso a certeza das ações, seria de grande importância o pagamento dos indígenas por meio do materipe (material de troca) garantindo a frequência das ações e aumento da produtividade.

431. Conforme descrito, para além das dificuldades geográficas, que sempre existiram, a insuficiência de profissionais que integram as EMSIs, em quantidade e categorias, prejudica o atendimento adequado aos povos indígenas do Território Yanomami. Isso caracteriza uma causa para a manutenção de indicadores epidemiológicos que estão entre os piores de todos os DSEI do país.

432. As principais causas para essa baixa quantidade de profissionais referem-se: a insuficiência de profissionais contratados; a limitação orçamentária para contratação de profissionais imposta pela Sesai; afastamentos de profissionais, que não são repostos pela conveniada, assim como absenteísmo, reduzindo o quantitativo de membros das EMSI; a ausência, nos quadros de RH do DSEI, de perfis profissionais específicos e em quantidade adequada para tratar os principais agravos de acordo com indicadores epidemiológicos; as condições precárias e insalubres das edificações de saúde, que dificultam o trabalho e a permanência em área dos profissionais, causando-lhes adoecimentos físicos e emocionais; e o crescimento do garimpo ilegal nos últimos anos, que trouxe mais violência aos indígenas, insegurança às equipes de saúde em área e aumento de agravos de saúde.

Insuficiência de profissionais contratados e limitação orçamentária

433. Os profissionais que atuam em área, compondo as EMSIs, seguem a regra de um dia de folga a cada dois trabalhados em área. Nas visitas de campo, pôde-se observar essa regra nos três DSEIs visitados. Os arranjos de escala variam entre os DSEIs e ao longo do tempo no mesmo DSEI. Os DSEIs também se referem à folga pelo termo arejo.

434. A configuração de escalas e distribuição no território que o DSEI decidir pactuar com seus profissionais influencia no seu planejamento da quantidade de profissionais a contratar. O detalhamento sobre a configuração de escalas e distribuição das EMSIs no território, utilizado por cada DSEI visitado, está relatado no Apêndice D.

435. Constatou-se que, no DSEI Yanomami, as informações sobre quantidade de polos e UBSI divergem em diversos documentos. O PDSI 2020-2023 do DSEI informa que são 37 polos-base e 36 UBSI (peça 52, p. 41). O plano de trabalho de 2022 reporta que são 34 Polos Base e 31 UBSI (peça 227, p. 14). O plano de trabalho de 2023 reporta que são 37 Polos Base e 31 UBSI (peça 228, p. 15-16). Um mapa, entregue pelo DSEI na fase de execução deste trabalho, com a localização geográfica dessas edificações de saúde no território, apresenta 33 polos e 37 UBSI (peça 253).

436. Em resposta ao questionamento da equipe, diante de tantas divergências, foi apresentado o documento que reporta “na prática ativa do DSEI, afirma-se que são 37 polos bases e

32 UBSI” e apresenta uma tabela com a distribuição de aldeias e UBSI por polo base (peça 254).

437. É importante observar que o plano de trabalho anual é o documento que oficialmente orienta e planeja a contratação de profissionais que irão desenvolver as ações de vigilância sanitária e assistência de saúde no território.

438. Ou seja, o quantitativo de edificações de saúde que efetivamente baseia o planejamento diário do DSEI não está refletido em qualquer dos documentos que oficialmente deveriam suportar e justificar o quantitativo de profissionais a serem contratados. Questiona-se como o DSEI pode executar eficientemente ações de saúde que não são adequadamente planejadas.

439. Diante da situação encontrada no DSEI Yanomami, que não possui um fluxo de atendimento estruturado definindo quais polos e UBSIs recebem equipe fixa, no Quadro 3 são simulados os quantitativos de profissionais para as duas situações extremas: em que somente polos-base possuam equipes fixas escaladas e para a situação oposta, em que todos os polos e UBSI possuam equipes fixas.

440. Foi solicitado aos três DSEIs a distribuição de alocação dos profissionais contratados e se extraiu os quantitativos informados que estão alocados em área, para as duas categorias profissionais que devem minimamente compor uma EMSI. Conforme relatado (itens 393-394), a Portaria SAS/MS 1.317/2017 define que a equipe mínima é formada por um profissional de nível superior (enfermeiro ou médico) e dois de nível médio (técnicos de enfermagem ou AIS/aisan) e o termo de referência dos convênios pactuados detalha que a equipe mínima é composta por um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem.

441. Em conjunto com as informações dos planos de trabalho aprovados para 2022 e os relatos sobre o arranjo de organização do atendimento de polos e escalas, encontra-se a seguinte situação atualmente vigente nos três DSEIs:

Quadro 3 - Quantidade de profissionais alocados em EMSI e déficit no DSEI Yanomami

	Alto Rio Negro		Leste de Roraima		Yanomami		
Polos / UBSI com EMSI	25		38		37 / 69		
Escala / (EMSI por polo)	30x20x10 / (2)		20x10 / (1,5)		30x15 / (1,5)		
Total mínimo por categoria	50 enfermeiros		57 enfermeiros		56/104 enfermeiros*		
	100 técnicos		114 técnicos		111/207 técnicos*		
	Total Plano de Trabalho	Total em área (EMSI)	Total Plano de Trabalho	Total em área (EMSI)	Total Plano de Trabalho	Total em área (EMSI)	Déficit Yanomami
Enfermeiro	75	48	101	71	98	55	1 / 49
Técnico de Enfermagem	140	106	169	123	309	230	0

*Total mínimo considerando que somente os 37 Polos Base recebem EMSI fixa / total mínimo considerando que os 69 Polos Base e UBSIs recebem EMSI fixa.

Fonte: peças 59 e 255

442. O DSEI Alto Rio Negro está muito próximo do limite de uma força de trabalho mínima para prestar o atendimento e o DSEI Leste de Roraima possui uma folga maior para alocar as EMSIs, de modo a garantir a entrada em área de uma equipe composta do mínimo de um profissional enfermeiro e dois profissionais de nível médio, técnicos de enfermagem.

443. Corroborando com as informações resumidas na tabela, para esses dois DSEI analisados, as escalas de equipes do período entre 2022 e julho de 2023 registram que, em 90% dos polos, as EMSI são compostas por 1 enfermeiro e dois técnicos de enfermagem, os quais no polo se encontram com os AIS que completam a equipe.

444. No DSEI Yanomami constata-se a insuficiência de profissionais para minimamente compor uma EMSI com um profissional enfermeiro e dois profissionais técnicos de enfermagem. O

déficit de enfermeiros é de quase 50% do necessário para que todos os polos e UBSIs tenham uma equipe mínima. Foi verificado que 30% das equipes são formadas somente por dois técnicos de enfermagem e, ademais, existem UBSIs sem equipe escalada.

445. Conforme já relatado, no DSEI Yanomami o relevo é um elemento de grande impacto no planejamento, as aldeias que são abrangidas pela área de um polo base são de difícil acesso entre si, fator que dificulta ao DSEI Yanomami utilizar um arranjo semelhante ao do DSEI Alto Rio Negro, que coloca EMSI somente em seus 25 polos base, deixando suas UBSIs somente como espaço de apoio as equipes.

446. Cada DSEI, com o conhecimento do território e de modo a atender adequadamente a população, com a melhor otimização possível de seu orçamento, deve planejar como atender as comunidades. Se coloca equipes em todas os polos e UBSIs ou se utiliza seus diferentes modais disponíveis (aéreo, fluvial e terrestre), para transportar as equipes dentro do polo para que realizem visita nas UBSIs e comunidades que não conseguem alcançar por caminhada.

447. O que se constata no DSEI Yanomami é que não ocorre uma opção nem outra. Nem há profissionais suficientes para colocar equipes em todos os polos e UBSIs, nem as equipes são transportadas para realizar atendimento em áreas de UBSIs que não têm equipe. E nem mesmo as comunidades mais distantes de polos recebem o atendimento das equipes, porque não é realizado o transporte por asa rotativa necessário.

448. Cabe observar a boa prática identificada na Diasi/DSEI ARN, onde há um bom nível de organização de processos. Eles possuem um fluxo de trabalho, e de distribuição das equipes, muito bem estruturado, em que as EMSI e os profissionais dos núcleos têm atividades bem definidas, com o matriciamento das EMSI adequadamente realizado. Sugere-se como opção ao DSEI Yanomami que, com o apoio da Sesai, tome por base o referido documento (peça 249) para implementar o fluxo do processo de trabalho de seus profissionais de saúde que atuam em área.

449. No mesmo documento em que o DSEI Yanomami apresenta o quadro com sua força de trabalho efetivamente disponível, o DSEI também apresenta um quadro consolidado do quantitativo ideal de profissionais de diversos perfis. Considera ideal ter 120 enfermeiros e 328 técnicos de enfermagem, que comporiam EMSI fixas, enquanto os demais perfis profissionais comporiam equipes rotativas (peça 59). O quantitativo de enfermeiros que considera ideal é quase o triplo do atualmente disponível.

450. O plano de trabalho para 2022 objetivou contratar um quantitativo de enfermeiros e técnicos de enfermagem pouco menor que o informado como ideal, foram 98 enfermeiros e 309 técnicos (peça 227, p. 20), porém, a rotatividade e a quantidade de atestados, reduziram a efetivos 78 enfermeiros (94 contratados menos 6 de INSS menos 10 vagas em aberto) e 246 técnicos (300 contratados menos 20 de INSS menos 34 vagas em aberto) (peça 59).

451. O plano de trabalho para 2023 ainda não estava aprovado quando finalizou a fase de execução deste trabalho, em maio de 2023. O documento apresentado pelo DSEI, com a informação de que é a versão final, considera a contratação de 6 médicos parcial, 137 enfermeiros e 451 técnicos de enfermagem (peça 228, p. 25).

452. É um quantitativo além do informado como ideal pelo próprio DSEI, sendo necessário acompanhar se a gestão dessa contratação resultará em melhora nos indicadores epidemiológicos da população indígena do Território Yanomami.

453. Conforme o contexto relatado, a disponibilidade de enfermeiros para compor EMSI em quantitativo inferior ao mínimo necessário leva o DSEI a compor 1/3 de suas equipes somente com técnicos de enfermagem.

454. A equipe mínima definida na Portaria SAS/MS 1.317/2017, Anexo II, é o único parâmetro normativo existente como critério para contratação de profissionais, pois a Sesai não tem um normativo com critérios que oriente o planejamento da formação de equipes.

455. Quando questionada sobre a existência de um normativo nesse sentido, a Sesai respondeu que “o quantitativo de profissionais é elaborado a partir da delimitação orçamentária

existente e da necessidade apresentada pelo Distrito na fase de elaboração dos Planos de Trabalho dos Convênios” e que “não tem conhecimento quanto à existência de normativo ou documento técnico sobre o tema, ressaltando-se que cabe aos Distritos Sanitários a alocação e a coordenação dos trabalhos das equipes” (peça 66, p. 10-11).

456. De fato, constatou-se que a delimitação orçamentária é o fator preponderante no planejamento da mão de obra disponível ao DSEI.

457. Analisando-se os processos no sistema SEI que tratam da elaboração do plano de trabalho anual do convênio, dos três DSEI visitados nesta auditoria, por meio do qual são contratadas as equipes de saúde para o ano em questão, observa-se que os processos se iniciam com um e-mail da Sesai ao coordenador distrital e à entidade conveniada contendo uma tabela com as seis etapas que compõem o plano de trabalho, informando que os valores associados a cada etapa são aqueles disponíveis para celebração do Termo Aditivo (peças 257 e 258).

458. Também foi confirmado, em entrevistas realizadas com os chefes de DSEI visitados, que o orçamento delimitado pela Sesai é o primeiro critério para contratação dos profissionais de saúde que compõem as EMSI. Foi relatado que, caso o DSEI tenha interesse, pode-se remanejar quantitativos de profissionais desde que mantenha o valor final, a exemplo, pode-se trocar um enfermeiro por três técnicos de enfermagem, cujos salários somados se equiparam ao de um enfermeiro.

Afastamentos e absenteísmo nas EMSI do DSEI Yanomami

459. No DSEI Yanomami, também se constatou que ocorrem afastamentos e absenteísmo dos profissionais de saúde, fator que contribui para que seu quadro de RH, em especial de enfermeiros, não tenha quantitativo suficiente para, minimamente, alocar um profissional dessa categoria em cada posto de saúde.

460. Em que pese a Sesai ter aumentado o quantitativo de profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem contratados ao longo dos últimos anos, isso não se reflete em efetiva disponibilidade de profissionais para formar EMSI, devido à grande quantidade de afastamentos que não são repostos pela conveniada.

Quadro 4 - Variação Quantitativa de Profissionais por Cargo no DSEI Yanomami

Cargo	Celebração (ano 2019)	TA 2020	TA 2021	TA 2022
Enfermeiro	77	79	83	96
Técnico de enfermagem	317	302	300	305

Fonte: Planos de Trabalho anuais do Convênio 882481/2019.

461. A planilha à peça 59, item não digitalizável, apresenta a relação de profissionais afastados do DSEI e os substituídos pela conveniada, entre os anos de 2019 e 2022, resumido na **Tabela 7**.

Tabela 7 - Totais de afastamentos ocorridos no DSEI Yanomami por ano, com respectivos totais de substituições efetivadas

Ano	Total	Enfermeiros			Técnicos de enfermagem		
		Total afastados	Benefício do INSS*	Total Substituídos	Total afastamentos	Benefício do INSS*	Total Substituídos
2019	386	73	15	1	231	60	0
2020	582	128	27	0	359	68	0
2021	389	71	19	4	255	41	1
2022	498	107	12	4	288	33	5

*Benefício do INSS: extraído da coluna “Tipo de Afastamento”, sendo “auxílio” ou “licença maternidade”

Fonte: planilha à peça 59, item não digitalizável.

462. Pela tabela se percebe o impacto dos afastamentos na força de trabalho do DSEI Yanomami. Os quantitativos maiores ocorreram no ano de 2020, provavelmente impactado pela

pandemia de Covid-19, porém, em 2022 a quantidade de afastamentos por atestado de saúde se aproxima a 2020.

463. A planilha enviada pela Sesai em 11/4/2023, em que o DSEI Yanomami apresenta a distribuição de alocação, naquela data, dos profissionais contratados, informa que há 37 profissionais de saúde afastados com benefício do INSS e outros 6 de licença-maternidade, totalizando 43 profissionais afastados do serviço há mais de quinze dias, dos quais somente quatro foram substituídos pela conveniada (peça 59, item não digitalizável, aba “FORÇA DE TRABALHO ATUAL”).

464. Com relação aos profissionais em licença-maternidade, considerando que as contratações são regidas pela CLT e que, com base no art. 72, § 1º, da Lei 8.213/1991, o valor do auxílio-maternidade pago pelo empregador é integralmente abatido quando do recolhimento das contribuições incidentes sobre a folha de salários na guia mensal do INSS, os profissionais nessa situação também são elegíveis para substituição pela conveniada sem onerar a previsão orçamentária do convênio.

465. Nos termos da Cláusula Quarta, item II, *alínea “e”*, do Convênio 882.481/2019 é obrigação da conveniente (peça 283):

CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES GERAIS

Sem prejuízo do constante nas demais Cláusulas deste Convênio, são obrigações dos partícipes:

(...)

II - DO CONVENIENTE:

(...)

e) assegurar, na sua integralidade, a qualidade técnica dos projetos e da execução dos produtos e serviços conveniados, em conformidade com as normas brasileiras e os normativos dos programas, ações e atividades, determinando a correção de vícios que possam comprometer a fruição do benefício pela população beneficiária, quando detectados pelo CONCEDENTE ou pelos órgãos de controle;

466. Desde 2020 o MPF/RR vem apurando deficiências na prestação do serviço de saúde aos indígenas pelo DSEI Yanomami. Na Recomendação 1/2021/MPF/AM/RR, de 11/11/2021, orientando a reestruturação da assistência básica de saúde prestada pelo DSEI, é recomendado à Sesai que realize os procedimentos de contratação, substituição e desligamento de profissionais de saúde com a necessária celeridade (peça 275, p. 18).

467. Na manifestação da Sesai àquele MPF/RR quanto ao acatamento das suas recomendações, consta o seguinte (peça 284, p. 8):

No que se refere especificamente à substituição de colaboradores afastados pelo Instituto Nacional do Seguro Nacional (INSS), ou daquelas profissionais que gozam da licença maternidade, a SESAI, dentro do seu escopo de governança, expediu o Ofício-Circular 75 (0015455295), datado de 25 de junho de 2020, aos Coordenadores Distritais de Saúde Indígena dos 34 (trinta e quatro) DSEI, aos gestores das Casas de Saúde Indígena e aos representantes das conveniadas, orientando para que fosse realizado o levantamento dos trabalhadores afastados e, por conseguinte, que a devida substituição fosse solicitada, conforme o fluxo previsto para as contratações.

468. No mesmo instrumento o MPF/RR recomenda ao então Denasus que realize auditoria “para apurar a execução das ações e dos serviços de saúde” pela Sesai e pelo DSEI Yanomami, acatada com a execução do Relatório de Auditoria AudSUS/MS 19387/2022.

469. No que se refere ao assunto em questão, o Relatório 19387/2022 constatou que “não foram localizados comprovantes de que houve substituição dos contratados pela Conveniada, afastados por atestado/licença médica, férias ou falta ao serviço”. Em resposta, a Sesai informa que orienta as conveniadas e os DSEIs a realizar as substituições de colaboradores afastados há mais de quinze dias “uma vez que após este período os custos com o colaborador passam a ser do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Para tanto, foi emitido em 25 de junho de 2020, o Ofício-

Circular 75”. Entretanto, o relatório mantém a inconformidade considerando que a resposta não foi suficiente e que não foram apresentados comprovantes das substituições (peça 247, p. 43 e 45 a 47).

470. De fato, através do Ofício-Circular 75, de 25/6/2020, a Sesai orientou todos os DSEIs fazer o levantamento dos colaboradores que se encontrassem afastados pelo INSS, e solicitar as substituições destes ao seu gabinete, considerando existir previsão orçamentária da conveniada, e que o colaborador afastado pelo INSS, não gera ônus ou encargos a mesma (peça 259).

471. Entretanto, em que pese a orientação contida no referido ofício, as informações prestadas pelo DSEI, resumidas na Tabela 7 em conjunto com o item 463 relacionado à 2023, evidenciam que a conveniada procedeu à substituição de uma parcela mínima dos casos elegíveis, contribuindo para a desassistência nos polos base.

472. Em conjunto com o Quadro 4, podem ser indícios de que o aumento do quantitativo de profissionais contratados sem a substituição dos afastados com benefício pelo INSS apenas beneficiou a conveniada, que pode ter incorrido em enriquecimento ilícito, uma vez que recebeu do Ministério da Saúde por profissionais os quais não arcou com os custos salariais. E, principalmente, em detrimento da qualidade do atendimento de saúde à população indígena.

473. Entende-se necessário determinar à Sesai que, em conjunto com o DSEI Yanomami, realize o levantamento dos profissionais de saúde atualmente nas duas situações em questão (recebendo benefício pelo INSS ou salário-maternidade) e adotem medidas junto à instituição conveniada no sentido de que ocorra a substituição da totalidade desses profissionais, informando a este Tribunal as medidas adotadas.

474. Para além da grande quantidade de atestados, ocorreram diversos casos de profissionais que simplesmente não apareciam para cumprir sua escala na data marcada para o transporte até o território, impactando o atendimento de saúde aos indígenas a ponto de o DSEI fechar postos de saúde por falta de profissionais.

475. No processo SEI 25064.000850/2020-46, o responsável técnico do Núcleo 2 da Diasi/DSEI Yanomami relaciona, nominalmente, mês a mês, os profissionais que não se apresentam para o serviço na data marcada sem apresentar justificativas. O processo se inicia em maio de 2020 e finaliza em dezembro de 2021 relacionando esses eventos, que ocorreram em todos os meses do período. A relação de faltosos era encaminhada mensalmente para conhecimento da conveniada, e respectiva glosa salarial.

476. A título exemplificativo, no mês de outubro de 2020 estão relacionados 31 profissionais, enfermeiros e técnicos de enfermagem, que não compareceram para seus respectivos postos de trabalho designados em área. Nos meses de fevereiro e outubro de 2021 foram 24 e 11 profissionais, respectivamente (peça 260).

Composição de EMSI em desacordo com indicadores epidemiológicos

477. Em visita ao três DSEIs foram verificados fortes indícios de que, no DSEI Yanomami, as EMSI não são compostas em quantidade de profissionais e de perfis necessários para combater agravos de saúde de acordo com os indicadores epidemiológicos. E no DSEI Alto Rio Negro, em que pese ter dado conhecimento à Sesai da necessidade de aumentar seu quantitativo de RH contratado, os agravos relacionados à saúde mental não são adequadamente tratados devido à insuficiência de profissionais.

478. As evidências relacionadas à malária e saúde mental, em sequência relatadas, são exemplificativos da constatação de que Sesai, DSEI Yanomami e DSEI Alto Rio Negro não planejam a contratação de profissionais de saúde em quantitativo adequado para tratar os agravos de saúde que acometem a população indígena sob sua responsabilidade. O detalhamento das análises está no Apêndice D, p. 113-118, deste relatório.

Malária

479. A malária é endêmica em algumas áreas do Território Yanomami, em especial na região

dos Polos Base Maraujá, com um surto em 2007, e Marari, com índices elevados na série histórica a partir de 2010, com dados obtidos do sistema Sivep-Malaria. Esses dois polos são situados no Amazonas, municípios de Barcelos e Santa Izabel do Rio Negro, respectivamente. Conforme relatado em entrevistas no DSEI e em relatórios produzidos pelas EMSI, uma das causas é relacionada à extração de piaçava realizada por não-indígenas desde a década de 1970 (peça 64, p. 2), representando uma população epidemiológica invisível que carrega a doença, servindo de reservatório para os plasmódios causadores da malária e dificultando o controle de disseminação (peça 54, p. 5).

480. É uma doença altamente debilitante e que pode evoluir a óbito, causa prostração no doente e consequente repercussão na rotina diária, impedindo a busca pelos meios de subsistência, coleta de frutos, caça e pesca, com influência em todo o grupo familiar, contribuindo para o aumento da desnutrição, em especial nos mais frágeis, crianças e idosos.

481. O Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) do DSEI Yanomami 2020-2023 destaca o crescimento expressivo de casos de malária no DSEI no quadriênio anterior, registrando que: “de 2015 para 2016 houve um aumento de 38,6%; de 2016 para 2017 25,2%; de 2017 para 2018 25% e de 2018 para 2019 89,3%” (peça 52, p. 11).

482. Os números registrados no Sivep-Malária não refletem exatamente os mesmos percentuais relatados no documento do PDSI 2020-2023, mas, a ordem de grandeza é a mesma e aponta para o impactante aumento da quantidade de casos de malária registrados de 2018 (9.738 casos) para 2019 (16.478), da ordem de 70%.

483. Ainda assim, com os dados epidemiológicos mostrando a urgência de uma ação, o quantitativo de agentes de endemia contratados não se modificou entre 2018 e 2020. Foi planejado no plano anual da conveniada e houve a contratação de 50 profissionais entre 2018 e 2020 (peças 261 e 262).

484. O quantitativo de técnicos de laboratório microscopistas contratados não variou entre 2018 e 2022, foram sempre oito profissionais. Para 2023 o DSEI planeja dobrar o quantitativo para 16 profissionais microscopistas e triplicar o de agentes para 140.

485. Os agentes de endemia são profissionais fundamentais para o controle da doença, ao realizar busca ativa de casos por meio de testagem para que o tratamento seja realizado no início da contaminação. De acordo com o Guia para Gestão Local do Controle da Malária, documento publicado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde:

O tratamento precoce da malária, além de curar o indivíduo e diminuir sua incapacidade e risco de complicações busca reduzir rapidamente a produção de gametócitos (as formas do parasita capazes de infectar o mosquito) para interromper a cadeia de transmissão. Isto faz com que uma estratégia baseada em promover a busca pelo diagnóstico e em melhorar o acesso aos serviços, aliado à existência de medicamentos altamente eficazes, seja capaz de reduzir a transmissão da doença. Quanto mais precocemente a pessoa for tratada, menos vai disseminar a doença. Isto é ainda mais evidente na malária por *Plasmodium falciparum*, onde a produção dos gametócitos só se dá depois do início dos sintomas. Contudo, o fator determinante, qualquer que seja a espécie do parasito, é o tratamento correto iniciado precocemente. (p. 9)

486. A contratação de um quantitativo fixo de profissionais quando os indicadores epidemiológicos apontavam para um agravamento extremo (de 70%) da situação de saúde relacionada à malária evidencia que o planejamento da contratação de equipes de saúde pelo DSEI e pela Sesai não foi baseado na realidade epidemiológica a ser tratada. Essa prática descumprir o item 4.1.2 – Organização, das diretrizes da Pnasp, e a Portaria SAS/MS 1.317/2017, no art. 7º, ambos determinam que o quantitativo e perfil das EMSIs devem atender a situação epidemiológica e necessidade de saúde.

487. Quando a quantidade de casos de malária aumentou ainda mais no ano de 2020, foram 20.745 casos (25% a mais que 2019 e 113% a mais se comparado com 2018), para o ano seguinte, 2021, o DSEI Yanomami acrescentou dez agentes de endemia em seu quadro, um acréscimo de 20%, e executou um plano emergencial para tentar conter a disseminação (peça 54).

488. Se considerados os dados oficiais que constam do Sivep-Malária, os resultados são insignificantes. Em 2021 foram registrados 19.992 casos no território. Comparando com os 20.745 casos registrados em 2020, o plano emergencial obteve uma redução de meros 4,5%.

489. Um segundo plano emergencial foi executado em 2022, desta vez organizado pela Sesai e para contenção de outros agravos além da malária. Para executá-lo a Sesai solicitou à conveniada a contratação de mais 25 profissionais de saúde em apoio às EMSIs do DSEI, sendo seis agentes de combate à endemia, pelo prazo de seis meses, conforme Ofício 571/2021/SESAI/CGPO/SESAI/MS, de 19/11/2021 (peça 55).

490. Com o apoio e o suporte da Sesai, diretamente envolvida no planejamento e execução do plano, os resultados foram melhores do que no ano anterior, quando o DSEI executou um mesmo plano emergencial sozinho, evidenciando a importância do apoio direto da Sesai.

491. A quantidade de casos registrados ao final de 2022 foi de 12.399, caindo para um patamar abaixo de 2019 e uma redução de 38% para o ano anterior. Ainda assim continua sendo o DSEI que registra a maior quantidade de casos dentre os 34 DSEIs do país.

492. Conforme já relatado neste tópico, apesar dos casos de malária terem crescido 70% de 2018 para 2019, ainda assim o quantitativo de agentes de endemia contratados entre 2018 e 2020 foi o mesmo, 50 profissionais. Para 2021 houve um aumento de mais dez profissionais (peça 264) e somente em 2022 se considerou a contratação de um quantitativo mais relevante, foram 82 contratados (peça 227), acrescidos de mais seis provisoriamente contratados para trabalhar no plano emergencial coordenado pela Sesai.

493. Em oposição à um planejamento consistente e contínuo, baseado em dados epidemiológicos, populacionais e características geográficas (distribuição dos polos base em relação às aldeias), o DSEI Yanomami e a Sesai, nos anos de 2021 e 2022, realizaram planos emergenciais para tentar conter a situação que se mostrava agravando há algum tempo. Planos cujos resultados obtiveram pequenas ou pontuais melhorias nas quantidades de casos de agravos, mas que não reverteram a gravidade do quadro epidemiológico do território adstrito a esse DSEI Yanomami.

Saúde mental

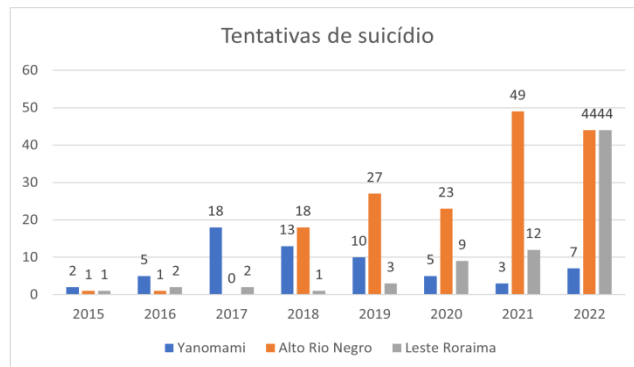
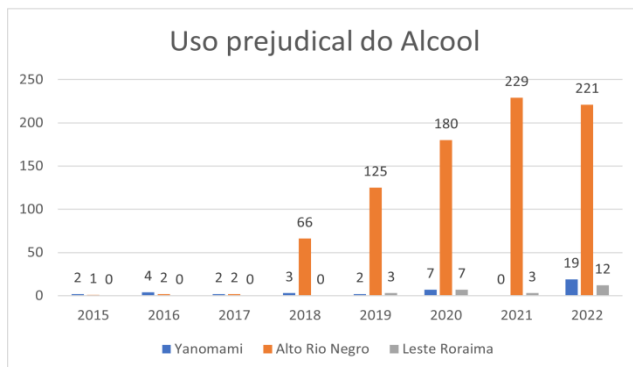
494. A Portaria GM/MS 2759/2007 expõe as diretrizes gerais para uma Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas, atualmente é parte integrante da Portaria de consolidação 2/2017, Anexo 3 do Anexo XIV.

495. Em 2019 a Sesai publicou um manual para orientar a atuação dos DSEIs nos agravos da temática de saúde mental, intitulado “Atenção Psicossocial aos Povos Indígenas -Tecendo redes para promoção do bem viver”. Associado a esse documento foram criados manuais e fichas de monitoramento para preenchimento pelas EMSI quando realizar atendimentos relacionados aos temas de: tentativas e óbitos por suicídio; uso prejudicial do álcool; violências em povos indígenas; e uso de medicamentos psicotrópicos.

496. O manual cita antropólogos e psicólogos como exemplos de profissional de referência em Saúde Mental, que podem, inclusive, ser lotado nos polos base para desenvolver ações de assistência direta com a população, as quais poderão ser realizadas nas aldeias ou no próprio polo base.

497. Apesar de a Portaria GM/MS 2759 ter sido editada em 2007, desde então prevendo o uso de um sistema de monitoramento e avaliação das ações, observa-se no Siasi uma maior expressividade de registros pelos três DSEIs visitados a partir de 2018. O DSEI Alto Rio Negro reporta formalmente em seu Boletim Epidemiológico de fevereiro/2023 que “o ano de 2018 marca o início do atendimento da saúde mental no DSEI ARN” (peça 162, p. 100).

Figura 27 - Comparação entre os três DSEIs sobre os registros de morbidade de uso prejudicial de álcool e tentativas de suicídio



Fonte: Elaboração própria utilizando dados do Siasi obtidos em 25/4/2023.

498. Com relação ao DSEI Leste de Roraima, a análise de dados e documental, em conjunto com entrevistas realizadas, apontam para uma subnotificação de casos, tanto relacionados ao álcool como à temática do suicídio, porém não tão importante.

499. O PDSI 2020-2023 do DSEI Leste de Roraima, ao avaliar o desempenho do DSEI no quadriênio anterior, 2016 a 2019, não enfatiza que, as questões do uso prejudicial do álcool e tentativas de suicídio, tenham sido agravos relevantes naquele período.

500. No DSEI Alto Rio Negro se verificou que os dois agravos, relacionados a álcool e suicídio, são bastante relevantes. O DSEI teve a maior quantidade de casos de suicídio entre os 34 DSEIs do país em 2022, foram 28, além das 44 tentativas notificadas.

501. O uso abusivo de álcool pelos indígenas pôde ser claramente verificado pela equipe nas ruas de São Gabriel da Cachoeira/AM, onde eles são encontrados caídos adormecidos mesmo durante o dia. Em entrevista com a psicóloga responsável técnica (RT) pela saúde mental, foi relatado que eles saem das aldeias para a cidade para receber os benefícios do governo, como bolsa-família, e gastam na cidade com o consumo de álcool, inclusive impactando na desnutrição das famílias porque não retornam para as aldeias com alimentos suficientes.

502. O Boletim Epidemiológico de fevereiro/2023 do DSEI reporta que, apesar dos casos serem registrados em onze etnias, a incidência é maior em uma etnia específica que concentrou 56% dos casos no período entre 2018 e 2022 (peça 162, p. 104). Conforme consta em seu último plano de trabalho aprovado, de 2022, o DSEI tem 23 etnias convivendo no território homologado (peça 251, p. 9).

503. O referido Boletim Epidemiológico de fevereiro/2023 reporta a insuficiência de psicólogos e a falta de um profissional antropólogo, tendo em vista que o maior quantitativo de suicídios ocorre em um Povo Indígena de Recente Contato (PIRC) “em que não se conhece o processo etnocultural, fatores biopsicossociais etc.” (peça 162, p. 108).

504. Esta equipe constatou a psicóloga atendendo na Casai um caso de tentativa ocorrido na véspera da chegada da equipe em São Gabriel da Cachoeira/AM e no dia seguinte a profissional estava dando expediente na sede do DSEI em sua função de RT, numa evidência da insuficiência de profissionais com sobrecarga para os contratados e que tende a impactar na qualidade do atendimento.

505. O PDSI 2020-2023 do DSEI Alto Rio Negro já relatava a grande quantidade de suicídios ocorridos nos anos anteriores, foram no total 42 entre 2017 e 2019, e a insuficiência de psicólogos. O documento apresenta um quadro com a necessidade de acréscimo de mais quatro psicólogos aos dois que já atuavam no DSEI, planejava manter o antropólogo e contratar mais quatro assistentes sociais em acréscimo aos quatro contratados à época (peça 265, 24 e 72).

506. Após a produção desse PDSI em 2019, somente em 2021 houve um aumento do quantitativo contratado, porém aquém da demanda do DSEI. O quadro desses profissionais passou

de dois psicólogos e quatro assistentes sociais contratados para quatro e cinco, respectivamente, sendo que o antropólogo foi excluído dos quadros do DSEI desde 2020.

507. São evidências de que a Sesai não atendeu ao planejamento do DSEI Alto Rio Negro e de que não cumpriu sua atribuição de coordenar e fortalecer a gestão do DSEI para apoiá-lo na contenção desse agravo, descumprindo suas competências então estabelecidas no Decreto 9.795/2019, atual Decreto 11.358/2023, art. 46.

508. Com relação ao DSEI Yanomami os registros relacionados ao agravo “consumo prejudicial de álcool” são bastante reduzidos no Siasi. Entre 2019 e 2020 há o registro de apenas oito atendimentos, em 2021 não há qualquer registro e em 2022 constam dezenove registros.

509. Números que indicam subnotificação, considerando a grande quantidade de relatos de indígenas alcoolizados em documentos do próprio DSEI Yanomami, inclusive apontados, nos relatórios das equipes, como uma das causas de eventos que levaram ao fechamento de polos base por ameaça à EMSI, conforme descrito em tópico deste relatório.

510. O DSEI Yanomami reporta que não foram registrados no Siasi os agravos relacionados a indígenas em situação propensa de alcoolismo no período entre os anos de 2015 e 2022. Em ofício encaminhou uma planilha, do programa Excel, contendo 85 registros com data de atendimento no ano de 2022. Conforme já relatado, as informações do DSEI não correspondem aos registros do Siasi (peças 122, p. 1, e 128, p. 3).

511. Além de grave, a subnotificação é contundente evidência de desorganização do serviço de saúde no DSEI. A ausência de registros constitui forte indício de que não há o tratamento adequado dos inúmeros e evidentes casos de alcoolismo no território.

512. A falta de registros também inviabiliza que seja realizado o adequado matriciamento das EMSIs para que possam entrar em área com conhecimento dos pacientes e agravos a tratar. É especialmente grave porque o alcoolismo é relatado pelas próprias equipes de saúde como um dos motivos para os eventos de ameaça que os profissionais vivenciam.

513. O documento do PDSI 2020-2023, na seção em que avalia o desempenho do DSEI no quadriênio anterior (2016-2019), relata, ano a ano, o tema do abuso do álcool numa seção denominada “Saúde do Homem”. Os relatos que avaliam os anos de 2017 e 2019 apontam que o crescimento do garimpo já estava impactando nos agravos de saúde da população indígena, em especial o uso abusivo do álcool como causa do óbito por violência (peça 52, p. 71-72).

514. Apesar do DSEI Yanomami ter conhecimento que a quantidade de agravos relacionados ao uso prejudicial do álcool estava aumentando, pelo menos desde 2017, o documento anual que planeja a força de trabalho a ser contratada para o ano seguinte apenas considerou aumentar a quantidade de dois psicólogos à disposição do DSEI para três em 2021 e não teve qualquer antropólogo contratado desde 2020.

515. São evidências de que a Sesai e o DSEI Yanomami não planejam o quantitativo e o perfil das equipes de saúde com base nos protocolos normatizados para tratamento de agravos de saúde mental (itens 494-496) nem nos indicadores epidemiológicos.

516. O quantitativo insuficiente de profissionais para tratar os principais agravos de saúde dos territórios adstritos aos DSEIs visitados neste trabalho é uma das principais causas para que as EMSI não consigam praticar os protocolos normatizados, exemplificados neste achado pelos protocolos para malária e saúde mental, e prestar assistência básica de saúde que melhore os indicadores dos DSEIs, em especial do DSEI Yanomami, que tem alguns dos piores indicadores dentre os DSEIs do país.

517. Além de impactar na qualidade do atendimento à saúde dos indígenas, também tende a impactar na saúde dos próprios profissionais, que trabalham sobrecarregados.

Precariedade e insalubridade das edificações de saúde

518. Agravando a qualidade do serviço de saúde praticado, contata-se que as condições das estruturas físicas das edificações de saúde são precárias e insalubres.

519. O assunto é tratado em tópico específico no item 3.6 neste relatório.
520. Conforme informação do Serviço de Edificação e Saneamento Ambiental Indígena (Sesani) do DSEI Yanomami no Despacho SEI/MS 0034460585, de 30/6/2023, 45% dos polos/UBSIs não têm energia elétrica para que os profissionais da EMSI possam ter um refrigerador para estocar alimentos perecíveis, obrigando-os a se alimentar de enlatados e embutidos por trinta dias. O DSEI informou sobre a existência de alguns polos com sistema solar ou fotovoltaico, todavia, esse sistema é suficiente somente para manter um freezer de vacina. E ainda, 22% das edificações não tem qualquer tipo de sistema de fornecimento de água (peça 266, quadro CARACTERIZAÇÃO à p. 3).
521. Ao visitar o Polo Base Maloca Paapiu, no DSEI Yanomami, a equipe pôde constatar buracos nas paredes da edificação tapados precariamente com encartes de campanhas de saúde passadas, de modo a evitar a entrada de cobras e outros animais peçonhentos na edificação, e banheiro precário. O polo base não tem energia, apenas uma placa solar suficiente para manter o freezer de vacinas ligado. Bem como, havia uma fossa séptica destampada e prestes a transbordar bem ao lado da janela em que o odontólogo faz seus atendimentos. E ainda fomos informados que aquele não era um dos polos em piores condições (fotografias no Anexo I, p. 126).
522. Os PDSI dos três DSEIs planejaram realizar obras nas edificações, porém, conforme relatado no achado específico sobre o assunto, o planejamento não se realizou a contento.

Garimpo ilegal

523. No DSEI Yanomami, conforme relatado em tópico específico neste relatório (item 3.1), o crescimento do garimpo ilegal se intensificando a partir de 2019, resultou na desassistência da população atendida por seis polos base que, em cinco casos, ficaram sem receber EMSI fixa, sendo atendidos por missões de saúde esporádicas, e em um caso, as EMSIs passaram a entrar acompanhadas da Força Nacional de Segurança.
524. Apesar de não ter ocorrido o evento extremo de fechamento do polo base, outras populações habitantes de regiões próximas aos locais onde o garimpo ilegal se instalou também foram impactadas, pois tiveram redução de seu território tradicionalmente utilizado para a lavoura, bem como, ocorreu fuga das caças, além de corpos d'água contaminados, dificultando a pesca e comprometendo a potabilidade da água.
525. Em 2022, após a piora dos indicadores epidemiológicos crescente desde 2019, a Sesai executou um plano emergencial para atenuar os agravos de saúde nas populações habitantes das regiões de Parima, Kayanau, Parafuri, Hakoma, Haxiu, Xitei, Homoxi, Surucucu, Alto Mucajaí, Marari, Auaris, Balawaú, Novo Demini, Médio Padaueri, Missão Maraiuá, Missão Catrimani, “por ordem de prioridade para redução de casos de malária, mortalidade infantil, desnutrição infantil, tungíase e abuso de álcool” (peça 55, p. 15).
526. O referido plano ressalta que “a escolha das regiões levou em consideração critérios epidemiológicos e regionais (áreas de conflitos e áreas afetadas por garimpo)” (peça 55, p. 3).
527. A região do Parima, no Polo Base Aratha-u, é a primeira na ordem de prioridades do referido plano emergencial e, apesar de estar em área impactada pelo garimpo ilegal, não teve ocorrência de fechamento, enquanto os seis polos seguintes em prioridade (Kayanau a Homoxi) foram fechados tendo como causa o impacto do garimpo ilegal.
528. O referido plano emergencial executado pela Sesai é evidência de que o crescimento do garimpo ilegal atingiu diversas regiões no Território Yanomami, e não somente as regiões que tiveram seus polos base fechados, concorrendo para que as EMSIs, já sobrecarregadas pela insuficiência de profissionais e trabalhando e se alojando em edificações de saúde precárias e insalubres, tenham que tratar um quantitativo crescente de agravos de saúde.

529. As mais impactadas com o cenário são as crianças menores de 5 anos. Entre 2015 e 2018, o Siasi registra o óbito de 474 crianças e nos quatro anos seguintes, de 2019 a 2022, ocorreram 619 óbitos.

530. Dos 619 óbitos, entre 2019 e 2022, 526 (85%) foram por causas evitáveis, considerando causas evitáveis a partir de lista publicada pelo Ministério da Saúde (peça 216).

Conclusão e proposta de encaminhamento

531. A insuficiência das equipes de saúde devido às causas relatadas, resultaram em uma prestação de serviços de saúde inadequada. Isso contribuiu para os resultados ruins relativos à saúde das populações indígenas sob responsabilidade desses DSEIs, evidenciado por indicadores epidemiológicos e de desempenho que, no caso do DSEI Yanomami, estão entre os piores do país.

Quadro 5 - Amostra de indicadores dos três DSEIs visitados

	DSEI	População	CeD ^(a)	Qtde de casos de Malária	Desnutrição na população < 5 anos ^(b)	TMI ^(c)	Óbitos na população < 1 ano	Óbitos por suicídio	Óbitos totais
2022	Yanomami	30.584	7,5	12.399	42,20%	78,9	94	4	315
	Leste de Roraima	55.710	21,8	1.177	4,20%	24,5	44	9	288
	Alto Rio Negro	27.726	72,6	5.645	7,00%	28,9	22	28	166
2021	Yanomami	29.041	0,1	19.992	45,20%	73,8	104	7	354
	Leste de Roraima	54.497	17,8	2.690	4,20%	26,8	51	8	317
	Alto Rio Negro	27.388	53,3	5.458	6,60%	19,3	16	10	159

(a) CeD: Percentual de crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento (b) Considera a proporção de crianças com até 5 anos que apresentam déficit nutricional.

(c) TMI: Taxa de Mortalidade Infantil – número de óbitos de crianças com até 1 ano dividido pelo número de nascidos vivos no ano multiplicado por mil.

Fonte: Elaboração própria utilizando dados de: população e óbitos, extraídos do Siasi em 5/5/2023; malária, extraídos do Sivep-Malária em 20/4/2023; CeD e Desnutrição, extraídos dos painéis da Sesai em 28/7/2023.

532. Os indicadores do DSEI Yanomami apontam para a necessidade de que ocorra uma reforma estruturante, que planeje a gestão de modo a garantir todos os meios para que as EMSIs possam atuar completas, treinadas, equipadas, em instalações adequadas e com visitas constantes às comunidades.

533. As equipes que atuam cotidianamente dentro do território indígena são a primeira e principal linha de execução dos serviços da atenção básica de saúde e o quantitativo insuficiente de profissionais é um dos principais fatores que impactam negativamente na qualidade do atendimento prestado.

534. A atuação insuficiente das EMSIs impacta todo o sistema de saúde, inclusive onerando financeiramente o orçamento, não só da Sesai mas de todo o SUS, uma vez que o agravamento de pacientes devido à essa situação resulta na necessidade de remoções que têm custo elevado, principalmente no DSEI Yanomami que utiliza o modal aéreo em 98% de seu território, e impactam a Casai e a rede hospitalar municipal e/ou estadual, que passam a receber pacientes, e acompanhantes, que poderiam estar sendo adequadamente tratados em território e na proximidade de seus lares.

535. Conforme relatado, há comunidades habitadas por uma etnia específica no DSEI Alto Rio Negro que demandam psicólogos e/ou antropólogos na composição da EMSI para tratar de

agravos relacionados a tentativas de suicídio (item 496), assim como, há comunidades no DSEI Yanomami com altos índices de ocorrência de malária, demandando agentes de endemia e microscopistas a compor EMSI (item 479). Em que pese, a Portaria SAS/MS 1.317/2017, art. 7º, determinar que quantitativo e categorias dos profissionais que comporão as EMSI serão definidos conforme a situação epidemiológica, necessidades de saúde, características geográficas, acesso e nível de organização dos serviços, a falta de um normativo parametrizando esses critérios dificulta seu cumprimento pelos DSEIs.

536. A Sesai, por meio do Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena (Dapsi), tem a competência regimental para coordenar a elaboração de normas e diretrizes para a operacionalização das ações de atenção à saúde nos DSEI (Decreto 11.358/2023, art. 47, inc. VII), cabendo-lhe a normatização do quantitativo e categorias de profissionais que devem formar uma EMSI.

537. Face ao exposto, propõe-se recomendar à Sesai e Dapsi que, diante suas atribuições de planejar e coordenar a implementação da Pnspi e de estabelecer diretrizes para a gestão dos DSEIs, conforme inc. I e V do art. 46 e inc. III do art. 47, do Anexo I, do Decreto 11.358/2023, e em respeito as diretrizes da Pnspi e ao princípio da eficiência na administração pública, no prazo de 90 dias elaborem normativo que oriente os DSEIs na definição do quantitativo e categorias de profissionais que devem formar uma EMSI, tendo por base, no mínimo, o tamanho da população a ser atendida, perfil epidemiológico e características geográficas

538. E ainda, propõe-se determinar à Sesai e ao DSEI Yanomami, com fulcro no art. 250, inc. II, do Regimento Interno do TCU e no art. 7º, § 3º, inciso I, da Resolução 315/2020-TCU, que, no prazo de 90 dias, contados da ciência da deliberação, elabore plano de ação com vistas a reestruturar a gestão do DSEI de modo a estabelecer medidas necessárias a:

- a) reformar ou reconstruir os Polos Base e UBSIs do território, incluídas as instalações de apoio às EMSI;
- b) viabilizar a logística para a assistência de saúde, de forma a permitir o transporte das equipes as comunidades de cada polo base em todas as entradas de equipe; e
- c) escalar equipes compostas por perfis profissionais adequados e em quantidades que atendam a situação epidemiológica, as necessidades de saúde e características geográficas de cada Polo Base, conforme disposto na Portaria SAS/MS 1.317/2017, art. 7º.

539. Bem como, determinar à Sesai e ao DSEI Yanomami que, no prazo de 90 dias, contados da ciência da deliberação, realizem o levantamento dos profissionais de saúde atualmente afastados pelo INSS e realizem a substituição da totalidade desses profissionais, conforme já descrito no item 473 deste relatório.

540. Também se entende importante, com base nos arts. 46, inciso V, 47, inciso IV, e 49, inciso I, do Anexo I, do Decreto 11.358/2023, recomendar que Sesai e Dapsi apoiem o DSEI Yanomami no fortalecimento de sua gestão por meio da elaboração de documento estabelecendo o fluxo do processo de trabalho de seus profissionais de saúde que atuam em área, a exemplo da boa prática observada no DSEI Alto Rio Negro que trabalha com base no documento denominado “Fluxo de Trabalho da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena do DSEI ARN” (peça 249) nesse sentido.

541. E ainda, recomendar à Sesai que melhore o monitoramento e o tratamento de saúde preconizado dos indígenas que fazem uso prejudicial do álcool, com o devido registro da morbidade no Siasi, conforme orienta o Manual de Monitoramento do Uso Prejudicial do Alcool em Povos Indígenas, do Ministério da Saúde.

542. Espera-se que, com adoção das medidas propostas, ocorram melhorias no atendimento prestado pelos DSEIs na atenção básica de saúde nos territórios indígenas.

Outras considerações

543. Não está no escopo desta auditoria a análise de processos de pagamento dos convênios que contratam os profissionais de saúde. Bem como, as ações, e eventuais omissões, ocorridas por

decorrência da pandemia de Covid-19 estão fora do escopo deste trabalho, dado a especificidade do momento, que possui um arcabouço legal diferenciado regente da atuação dos gestores.

544. Porém, na análise documental para evidenciar este achado, com relação ao quantitativo de profissionais do DSEI Yanomami, verificou-se que os processos de pagamento à conveniada Missão Evangélica Caiuá são suportados por um parecer técnico do DSEI Yanomami que é frágil em sua análise, especialmente quanto à contratação de profissionais de saúde. O parecer apenas reproduz o quadro de pessoal constante do plano de trabalho e declara que “a quantidade de profissionais contratados e o valor total executado no período encontram-se de acordo com o previsto no Plano de Trabalho aprovado” (peça 256).

545. Ante o relatado quadro de RH incompleto do DSEI, o documento é um indício de que pode estar ocorrendo pagamento sem contraprestação do serviço.

546. Adicionalmente, a **Tabela 7** evidencia que a conveniada não repôs profissionais que estavam recebendo benefício pelo INSS. Em conjunto com o **Quadro 3**, podem também consistir em indícios de que o aumento do quantitativo de profissionais contratados sem a substituição dos afastados apenas beneficiou a conveniada, em detrimento da qualidade do atendimento de saúde à população indígena.

547. Em recente trabalho de auditoria realizado pela AudSUS, Auditoria 19387/2022, foi avaliado a formalização, o acompanhamento da execução e o monitoramento dos resultados do Convênio 882481/2019, celebrado entre o DSEI Yanomami e a Missão Evangélica Caiuá para, entre outras ações, contratar os profissionais de saúde que executam a atenção básica de saúde no território indígena.

548. O trabalho concluiu que existem diversas falhas em todas as fases do convênio. Em especial, no que se refere ao assunto ora em análise, constatou: intempestividade e insuficiência da prestação de contas; falhas no controle da comprovação de carga horaria, remuneração e prestação dos serviços; ausência de fiscalização do convênio com descumprimento de padrões mínimos de acompanhamento; e liberação de recursos, sem a comprovação da adequada aplicação de verbas anteriormente liberadas.

549. A equipe da AudSUS relata em seu relatório ter realizado entrevista estruturada com os fiscais designados, titular e substituto, constatando que desconhecem qualquer dos procedimentos e providências que lhes foram questionados. Destaca-se a informação relatada de que os fiscais entrevistados “somente, tiveram conhecimento da designação como fiscais, no momento da entrevista; que não receberam capacitação para atuarem como fiscal; não detêm senha de acesso à Plataforma+Brasil (SICONV)” (peça 247, p. 50).

550. São graves os relatos expostos na auditoria da AudSUS e corroboram a evidência de fragilidade do parecer técnico que comprova a execução do plano de trabalho e embasa o pagamento à conveniada.

551. Entende-se que este Tribunal deve avaliar a possibilidade de realizar trabalho específico para analisar tal assunto, nesse sentido, será proposta representação, com base em documentos obtidos neste trabalho, para verificar possíveis irregularidades na falta de reposição de profissionais afastados contratados para atuar no DSEI Yanomami no âmbito do Convênio 882481/2019 firmado com a instituição Missão Evangélica Caiuá, podendo tal análise ser estendida também para os Convênios 878439/2018 e 878441/2018 firmados com a instituição São Vicente de Paulo, que operacionaliza as contratações de profissionais, respectivamente, para os DSEIs Alto Rio Negro e Leste de Roraima.

3.4. Achado IV: Falta de integração dos sistemas de saúde indígena com os demais sistemas do Sistema Único de Saúde

552. Não se observou processo de integração ou de retroalimentação entre os dados do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, gerenciados pela Secretaria de Saúde Indígena (Sesai), e os demais sistemas nacionais de informações em saúde da rede

553. Constatou-se que equipes de saúde registram os atendimentos realizados nos polos base

em fichas de papel, e em alguns casos sem vínculo com dados de profissionais cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES). Posteriormente, digitadores contratados pelo DSEI ou a própria equipe registram as informações das fichas no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi), gerido pela Sesai.

554. Não obstante, esse registro primário em fichas de papel ficava suscetível a preenchimento inadequado, perdas, danos e dificuldades de organização, o que poderia resultar em omissão de informações ou duplicidade de registros. Além disso, a recuperação de informações específicas poderia requerer uma busca manual, consumindo tempo e recursos significativos. O processo de acompanhamento e monitoramento e informações dos pacientes se mostrou ineficiente e propenso a erros.

555. Ademais, mesmo quando os dados eram adequadamente registrados no sistema, identificou-se uma falta de fluxo de retroalimentação entre o Siasi e os sistemas nacionais de saúde. Essa ausência de interação contínua contribui para uma baixa confiabilidade percebida pela equipe de auditoria em relação aos usuários (gestores dos DSEIs), que, em alguns casos, optam por criar suas próprias planilhas para realizar os registros e controle de atividades, mostrando uma preferência por soluções alternativas.

556. Essa dinâmica de registro de dados e falta de integração entre sistemas ainda impossibilita que a população indígena tenha acesso a funcionalidades disponíveis para os demais usuários do SUS, como um prontuário eletrônico identificado que detalhe o seu histórico médico ou a relação de medicamentos a eles prescritos. Ademais, isso dificulta adequada identificação do paciente por uma série de limitações físicas e logísticas.

557. Outro aspecto relatado por profissionais de saúde indígena é que essa carência de integração de sistemas prejudica os processos de referência e contrarreferência (trânsito do usuário entre diferentes níveis de complexidade e especialidades médicas), tendo em visto que o subsistema de saúde indígena não se comunica com o especializado (de média e alta complexidade), o que acaba por prejudicar a continuidade do cuidado e o atendimento ao princípio da integralidade.

558. Toda essa situação encontrada afronta diretamente dispositivos da Lei 8.080/1992 e de normas infralegais do Ministério da Saúde, a saber:

- i. Lei 8.080/1992, art. 19-G, § 1º-A: obrigatoriedade de a rede do SUS garantir a identificação de todos os indígenas atendidos no SUS;
- ii. Lei 8.080/1992, art. 19-G, §§ 1º-B e 2º: obrigatoriedade de a União integrar os dados do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena com os sistemas de informação da rede do SUS, podendo fazer alterações na estrutura e organização do SUS para tal;
- iii. Lei 8.080/1992, art. 47: dever de o Ministério da Saúde organizar sistema nacional de informações em saúde, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços;
- iv. Portaria GM/MS 3.462/2010, art. 2º e Portaria GM/MS 25/2011, art 3º, § 1º: obrigatoriedade alimentação dos sistemas, como o SIVEP-Malária e o SISAB;
- v. Portaria SAS 1.317/2017: registro das informações relativas a estabelecimentos que realizam ações de Atenção à Saúde para populações Indígenas no CNES.

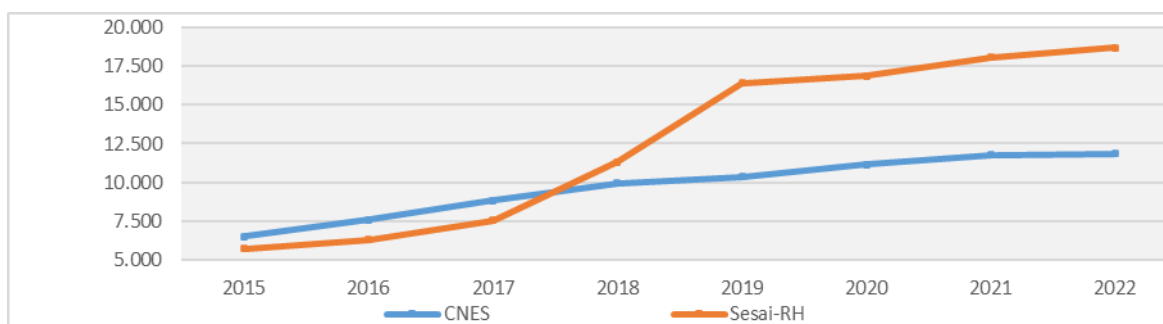
559. Ao se levantar dados no Sistema de Informações em Atenção Básica (Sisab) não se verificaram atendimentos realizados pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) que atuem em terras indígenas, mas apenas alguns procedimentos e visitas domiciliares. Isso indica que, embora as EMSI sejam responsáveis pela atenção básica à saúde indígena em uma área, nos termos do art. 2º, inciso I, da Portaria 1.317/2017-SAS/MS, seu registro no sistema do SUS que cuida da atenção básica (Sisab) é falho.

560. A discrepância entre os dados nacionais e os do subsistema de saúde indígena é também observada no CNES. Filtrando-se do sistema nacional todos os profissionais cadastrados no mês de dezembro de cada ano entre 2015 e 2022, e comparando-se com dados do sistema que cuida dos Recursos Humanos da Sesai (Sesai-RH), de profissionais que, a partir de registros únicos de entrada e saída, encontravam-se em atividade até 31 de dezembro do respectivo ano, tem-se também informações divergentes.

561. É importante esclarecer que o CNES e o Sesai-RH utilizam parâmetros diferentes para registrar os profissionais. Para o CNES, filtraram-se todos os profissionais estabelecimentos classificados como “unidade de atenção à saúde indígena”; já para o Sesai-RH filtraram-se todos os profissionais cuja atuação foi descrita como EMSI, Casai (Casa da Saúde Indígena) ou NASI (Núcleo de Apoio à Saúde Indígena). Em tese, as EMSI também podem ser cadastradas como “posto de saúde” ou “centro de saúde/unidade básica”.

562. Pelo CNES existiam 6.506 profissionais em dezembro de 2015, e no mesmo mês em 2022 foram para 11.863. Já no sistema da Sesai, o número de profissionais era até menor em 2015, perfazendo 5.727 registros, mas teve um aumento substancial entre 2017 e 2019, chegando a 18.684.

Figura 28 - Evolução do Número de Profissionais em Unidades de Saúde Indígena



Fonte: Elaboração própria a partir de do CNES e do Sesai-RH. Dados extraídos em 21/3/2023 (Sesai-RH) 16/6/2023 (CNES).

563. Embora o sistema de recursos humanos da Sesai apresente algumas funcionalidades limitadas, como um único registro de entrada e de saída dos profissionais (o que não permitiria o registro completo daqueles que atuaram por mais de um período ininterrupto), tem-se informações e tendências divergentes. A título exemplificativo, o Sesai-RH apresentou, em dezembro 2022, 419 médicos; no CNES esse número foi de 279 (diferença de mais de 50% tendo como referência o dado do CNES).

564. Analisando-se óbitos infantis da população Yanomami, também se observam divergências entre os dados da Sesai e os dados gerais do Sistema Único de Saúde. O território Yanomami está contido dentro da área de oito municípios brasileiros Barcelos (AM), Santa Isabel do Rio Negro (AM), São Gabriel da Cachoeira (AM), Amajari (RR), Alto Alegre (RR), Caracaraí (RR), Iracema (RR) e Mucajaí (RR). Não obstante, em alguns exercícios, os óbitos oficiais desses municípios, registrados no SIM, são inferiores aos registrados pela Sesai.

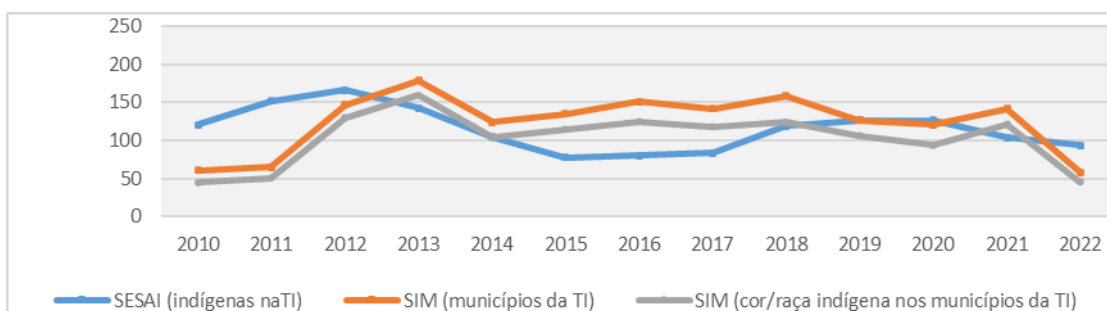
565. De acordo com a prévia da população dos municípios brasileiros, com base nos dados do Censo Demográfico 2022, coletados até 25/12/2022, os oito municípios que compõe o território Yanomami possuem população total de 174.039 habitantes. A Terra Indígena (TI) Yanomami, por sua vez, de acordo com dados da Sesai para 2022, possuía 30.598 indígenas vivos. Ou seja, os dados de mortalidade dos oito municípios tendem a ser maiores que os da terra indígena, pelo fato de esta estar contida naqueles, bem como por ter um uma população consideravelmente menor.

566. Não obstante, realizando-se um comparativo de óbitos infantis entre 2010 e 2021, observa-se que em cinco exercícios (2010, 2011, 2012, 2019 e 2020), os óbitos na TI é igual ou superior que o registrado nos municípios em que ela está contida, o que é um forte indicativo de que, historicamente, os óbitos de Yanomamis que vivem em terras indígenas não estão sendo adequadamente registrados no sistema oficial de mortalidade (como se não existissem).

567. Ao se analisar os dados da população Yanomami (Sesai), da população dos municípios em que a população Yanomami está contida (SIM) e da população identificada como indígena desses municípios (SIM), fica evidente que os óbitos infantis do povo Yanomami atingiram seu pico em 2012, decaíram até 2015 (mas ainda em patamares bem maiores que o da população não

residente na TI), voltou a aumentar em 2018, e teve leve decréscimo em 2021 e 2022.

568. Importante esclarecer que os dados do SIM para 2022 ainda são prévios, mas de 2010 a 2021 são definitivos. O gráfico a seguir tem que ser visto com ponderação, pois, por ter uma população quase cinco vezes menor que a dos municípios. Ou seja, os dados de óbitos infantis dos Yanomamis apresentam-se proporcionalmente mais elevados.

Figura 29 - Evolução do Número de Óbitos Infantis (Menores que 1 Ano de Idade)


Dados de 2022 no SIM são prévios.

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIM e da Sesai. Dados extraídos em 21/3/2023 (Sesai) e 20/6/2023 (SIM).

569. Alguns fatores podem justificar essa incoerência entre registros de óbitos no SIM e nas bases de dados Sesai, como dificuldade de investigação da causa, a desassistência, principalmente nos polos fechados (tópico abordado em outro capítulo deste relatório), alcance limitado das equipes de saúde em comunidades indígenas de difícil acesso, bem como resistência de alguns médicos em declarar óbitos que não puderam verificar. Não obstante, isso apenas reforça a necessidade de integração de sistemas para garantir dados de maior qualidade.

570. Essa situação tem como causa principal a tendência de se ver a saúde indígena como um subsistema isolado no âmbito do Sistema Único de Saúde. Não se observa o desenvolvimento de soluções tecnológicas para registro da atenção básica em que se considere as peculiaridades da saúde indígena. Isso resulta em dificuldades na implementação de soluções pela Sesai e prejudica o compartilhamento de informações e a comunicação entre os profissionais de saúde.

571. Relaciona-se a esse cenário o fato de os sistemas de informação da Sesai serem antigos, desenvolvidos com o apoio de terceiros, sem o devido cuidado de possibilitar a integração com outras bases de dados. Também contribui a dificuldade de encontrar profissionais que possam desenvolver novas soluções para a saúde indígena, ou que possam fazer manutenções adaptativas e evolutivas nos sistemas, de modo a propiciar maior eficiência e integração.

572. No âmbito das equipes de saúde, a falta de capacitação dos profissionais que atuam nos distritos para utilizar os sistemas eletrônicos, dificuldades logísticas em utilizar equipamentos eletrônicos em aldeias, bem como alterações em rotinas de trabalho podem ser obstáculos adicionais. Muitas vezes, investimentos em treinamento e capacitação são necessários, e a falta desses recursos pode resultar em utilização deficiente dos dados e das informações.

573. Outras potenciais causas dessa situação são a dificuldade em identificar e mapear indígenas isolados, preocupações com a segurança de informação, em especial em relação a dados pessoais, e a falta de priorização política dos sistemas de monitoramento da saúde indígena. Quando a saúde indígena não é uma prioridade na agenda governamental, os investimentos e recursos para melhorar a integração e eficiência dos sistemas podem ser insuficientes, perpetuando os problemas existentes.

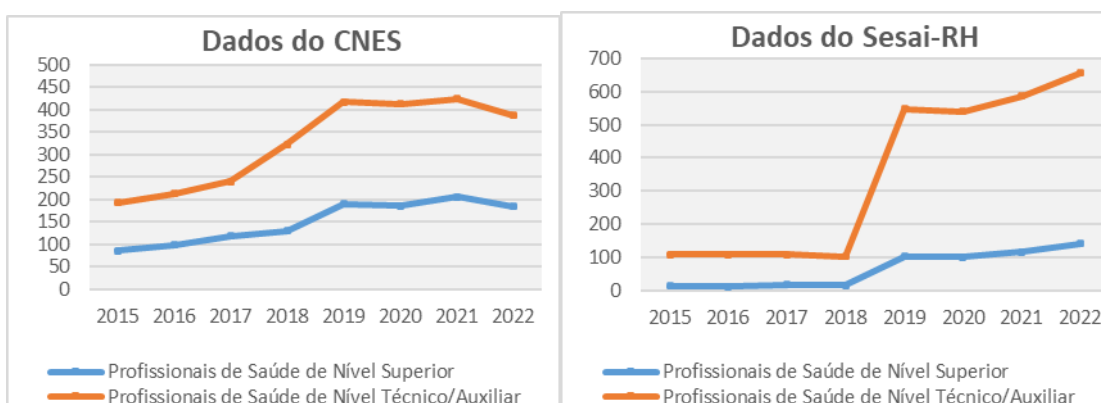
574. O principal efeito dessa situação é a baixa confiabilidade dos registros sobre a rede assistencial e sobre os atendimentos realizados, de modo a se identificar, por exemplo, a produção média das equipes de saúde, o número de indígenas que foram atendidos e a resolutividade desses atendimentos. Essa dificuldade de acesso aos dados (por falta de registro ou desorganização das informações) pode levar a diferentes diagnósticos da situação epidemiológica e prejudicar o desenvolvimento de políticas públicas.

575. Tal situação fica mais evidente ao se tentar verificar a situação do povo Yanomami, cuja situação foi objeto de declaração Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin), por meio da Portaria GM/MS 28/2023. Sem dados confiáveis, a equipe de auditoria e os próprios gestores podem ter um impacto distorcido da real situação dos indígenas. Isso pode levar a uma alocação inadequada de recursos e a uma não adoção de medidas simples que poderiam ter um impacto na melhoria de vida da população.

576. A falta de integração entre sistemas não só prejudica a qualidade de dados como dificulta a realização de análises mais sofisticadas, como o cruzamento de dados de profissionais, atendimentos realizados, medicamentos dispensados, remoções e resolatividade. Embora seja possível extrair dados gerais, há dúvidas sobre a sua qualidade e isso pode dificultar a identificação de providências a serem adotadas e a própria eficácia de ações emergenciais, como as propostas pelo Centro de Operação de Emergências em Saúde Pública (COE) Yanomami.

577. A título exemplificativo, repetindo-se as extrações feitas dos profissionais de saúde no CNES e no Sesai-RH, focando-se especificamente no povo Yanomami e filtrando-se apenas os profissionais de saúde de nível superior e técnico (incluídos agentes indígenas de saúde e de saneamento), ambos os sistemas indicam um aumento de profissionais de saúde entre 2015 e 2022, mas com números diferentes, sendo que a base da Sesai indica um forte crescimento dos de nível técnico/auxiliar entre 2018 e 2019.

Figura 30 - Evolução do Número de Profissionais em Unidades de Saúde Indígena na TI Yanomami

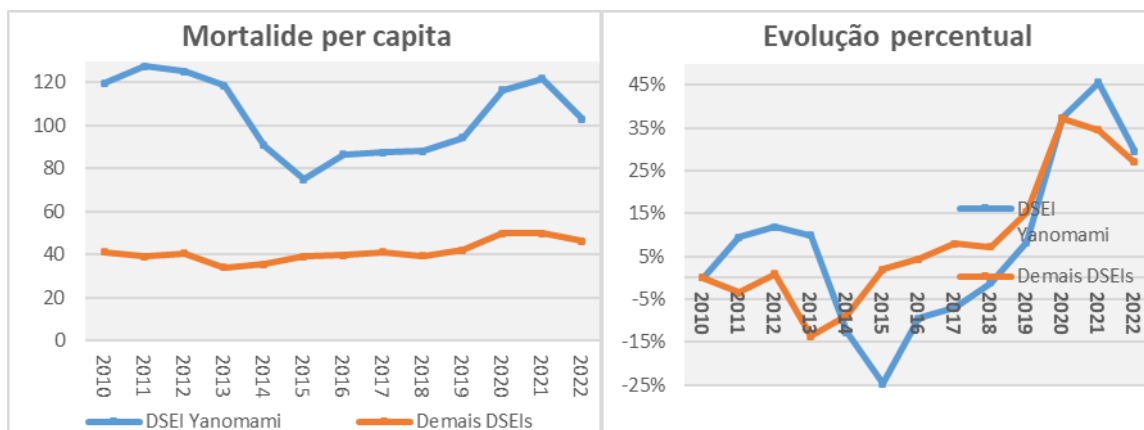


Fonte: Elaboração própria a partir de do CNES e do Sesai-RH. Dados extraídos em 21/3/2023 (Sesai-RH) e 16/6/2023 (CNES).

578. Não obstante, em sentido contrário do que a série histórica pode indicar, os trabalhos de campo indicaram que a falta de profissionais de saúde que atuem junto às terras indígenas ainda é um dos principais problemas do DSEI Yanomami (conforme abordado em outro capítulo deste relatório). Não se verificam elementos que atestem a qualidade ou a fidedignidade dos registros. É importante ressaltar que, no CNES, foi registrada uma ligeira redução de profissionais de saúde em 2022, tendência não identificada na base da Sesai.

579. Outro exemplo pode ser observado com dados de mortalidade da Sesai. Analisando-se a série histórica entre 2010 e 2022, não é possível identificar nos anos recentes um cenário diferente do que já foi registrado em anos pretéritos. Os gráficos a seguir dissociam dados do DSEI Yanomami e dos outros 33 DSEIs, e indicam que a mortalidade per capita dos Yanomamis é historicamente superior à de outros distritos indígenas. Entre 2010 e 2013 ela chegou a ser mais que o triplo do registrado nos demais DSEIs, teve uma queda expressiva de óbitos entre 2013 e 2015, e um aumento também expressivo entre 2018 e 2020.

580. Tomando-se os óbitos ocorridos em 2010 como referência, e analisando-se a sua variação ano a ano, observa-se que o DSEI Yanomami teve uma trajetória similar à dos demais distritos. É importante destacar que 2020 foi um ano de pandemia e o DSEI Yanomami é uma região de fronteira habitada por povos indígenas que vivem isolados e que historicamente sofrem com a falta de acesso a serviços.

Figura 31 - Evolução da Mortalidade no DSEI Yanomami e nos demais DSEIs


Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIM e da Sesai. Dados extraídos em 21/3/2023 (Sesai) e 20/6/2023 (SIM).

581. No Sistema de Informações sobre Mortalidade existe um campo chamado “Local de ocorrência do óbito” (LOCOCOR), cuja descrição de caractere número 6 é “aldeia indígena”. Não obstante, em 2021 (o último ano com dados já definitivos disponíveis), constam apenas 89 registros desse campo em todo o Brasil, sendo nenhum na área Yanomami. Tal número é ínfimo perto dos da Sesai, com 4.021 óbitos gerais, sendo 353 no DSEI Yanomami.

582. Conforme já abordado, essa falta de uniformidade nos dados e de integração de sistemas tem afetado negativamente a avaliação da situação de saúde das comunidades indígenas. Isso porque a avaliação da situação fica fortemente sujeita a percepções e juízos individuais, que tendem a variar de pessoa para pessoa.

583. Durante a execução da auditoria a equipe pode perceber que, mesmo entre profissionais que tem contato direto com o povo Yanomami, as impressões variaram. Alguns acham que a situação piorou muito nos últimos anos, enquanto outros entendem que esse cenário calamitoso sempre existiu, e a diferença é que agora a imprensa dá mais atenção. Essa falta de consenso prejudica a tomada de decisão e a implementação de políticas públicas efetivas para melhorar a situação de saúde das comunidades indígenas.

584. Essa situação ainda pode aumentar a vulnerabilidade a erros e fraudes. A falta de integração aumenta a possibilidade de que medicamentos ou de materiais possam ser dispensados equivocadamente, ou adquiridos sem necessidade, o que pode levar a desperdícios e custos desnecessários, bem como a falsificação de registros, o que pode fazer com que alguns agentes recebam recursos indevidamente.

585. Um último efeito é a falta de coordenação das ações assistenciais, que pode levar a erros de comunicação que prejudicam o atendimento aos indígenas, em especial quando o atendimento demandar processos de referência e contrarreferência (trânsito entre diferentes especialidades). Isso pode levar a duplicidade de ações, conflitos de informações e falta de clareza nas responsabilidades, atrasos no tratamento dos pacientes, remoções indesejadas, além de comprometer a qualidade do atendimento prestado.

586. Uma boa prática implementada pelo Ministério da Saúde é a integração da estratégia e-SUS APS (Atenção Primária à Saúde) à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), via Conecte SUS, que permitiu reestruturar as informações dos Sistemas de Informação em Saúde vinculadas a Atenção Primária, em nível nacional, com a qualificação da gestão da informação para ampliar a qualidade no atendimento à população.

587. É importante destacar que tanto a saúde indígena como o e-SUS APS atuam no mesmo nível de especialidade: a atenção primária à saúde – APS (também chamada atenção básica), que é o primeiro nível de atendimento do sistema de saúde, que busca prevenir doenças e promover a saúde por meio de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A APS é o ponto de entrada preferencial do indivíduo no sistema de saúde, por profissionais de saúde, como médicos de família, enfermeiros e agentes comunitários de saúde.

588. No caso, a estratégia e-SUS APS é composta pelo Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e a Coleta Simplificada de Dados (CDS). O PEC é uma ferramenta que permite o registro e o acompanhamento de informações de saúde do paciente, como histórico médico e medicamentos prescritos, auxiliando em diagnósticos e tratamentos. Já CDS é uma ferramenta que permite a coleta de dados epidemiológicos e de vigilância de forma simplificada, que facilita a gestão da saúde pública e permite a identificação de tendências em tempo real.

589. Na forma em que foi concebida, a referida estratégia pode ser implementada de forma gradual tanto em unidades informatizadas como não informatizadas, sem Internet, ou com Internet limitada. No caso do PEC ainda é possível o acesso via certificado digital ou por contra chave e um Token.

590. Há de se destacar que o Ministério da Saúde não tem a obrigação de criar um sistema de prontuário eletrônico ou expandir a estratégia do e-SUS APS para a saúde indígena, não obstante, tem o dever de zelar pelo atendimento da legislação pátria, notadamente os arts. 19-G e 47 da Lei 8.080/1992.

591. Em se considerando que a integração de sistemas é uma questão complexa, em que não é factível a implementação de providências imediatas para promover a integração dos dados dos sistemas de saúde indígena à Rede Nacional de Dados em Saúde, entende-se viável a elaboração de plano de ação, nos termos do art. 7º, § 3º, inciso I, e § 4º da Resolução 315/2020.

592. Face ao exposto, propõe-se determinar ao Ministério da Saúde, com fulcro no art. 250, inc. II, do Regimento Interno do TCU e no art. 7º, § 3º, inciso I, da Resolução 315/2020-TCU, que, no prazo de noventa dias, contados da ciência da deliberação, elabore plano de ação com vistas a implementar estratégia de informação na atenção primária à saúde indígena (prontuário eletrônico, e-SUS APS ou outra estratégia equivalente), de modo a garantir o atendimento aos arts. 19-G e 47 da Lei 8.080/1992, notadamente:

- a) garanta a todos os indígenas atendidos no âmbito do sistema público de saúde o direito de ter um registro do respectivo atendimento com a sua respectiva identificação;
- b) integre dados do Subsistema de Saúde Indígena com os demais sistemas de informação da rede do Sistema Único de Saúde;
- c) integre e registre dados de todos os profissionais que atuem em equipes de saúde indígena ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde; e
- d) ofereça soluções que atendam unidades de saúde não informatizadas, sem internet ou com internet limitada.

593. A deliberação tem como benefício esperado melhorar a qualidade de dados sobre saúde indígena, a fim de gerar informações úteis aos gestores da Sesai e dos DSEI, além de avaliar o progresso em relação às metas do programa de proteção, promoção e recuperação da Saúde Indígena, gerando informações úteis para o seu monitoramento.

594. Ademais, intenta-se aperfeiçoar processos de referência e contrarreferência, possibilitando que o subsistema de saúde indígena se comunique com o de atenção especializada. Isso pode melhorar a colaboração entre os profissionais, permitindo que medidas sejam tomadas para melhorar a assistência e garantir um atendimento mais adequado e efetivo aos usuários.

595. Espera-se que a integração de dados nos sistemas também auxilie a identificar possíveis erros no preenchimento de dados, aperfeiçoar o processo de dispensação de medicamentos e insumos, prevenir fraudes, bem como apurar eventuais lacunas na prestação dos serviços de saúde, permitindo uma melhor tomada de decisões, minimizando riscos de registros duplicados ou de erros de entrada de dados.

596. Por fim, espera-se a redução do tempo gasto com atividades burocráticas, como o preenchimento e arquivamento de registros em papel, de modo a permitir que os profissionais passem mais tempo cuidando dos pacientes, além de melhorar o atendimento e aumentar a satisfação dos usuários. A redução da burocracia pode ainda ajudar a diminuir os custos e otimizar os recursos, tornando o sistema mais eficiente e sustentável.

3.5. Achado V: Falhas na transparência e de divulgação de dados dos sistemas de saúde indígena

597. Não há adequada transparência e divulgação dos resultados apurados pela Sesai em indicadores de saúde indígena, bem como de dados assistenciais, de morbidade e de mortalidade em tabelas / painéis de acesso público, nem a existência de ferramentas que possibilitem a extração desses dados.

598. No caso específico sobre os dados de malária em terras indígenas, cujos dados são de responsabilidade de outra unidade, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), identificaram-se painéis e tabelas de acesso público, com dados segregados por distritos e aldeias, e com ferramentas que possibilitam a sua extração. Todavia, eles são de localização muito difícil no portal do Ministério da Saúde, e o indicador de acessos corrobora que poucas pessoas conseguiram visualizar tal conteúdo.

599. Não foi observada ação proposital de algum agente da Sesai ou do Ministério da Saúde de negar acesso aos dados sobre saúde indígena. Não obstante, foi identificada a falta de um mecanismo de transparência ativa. Além disso, foram encontradas dificuldades técnicas que impedem o uso desses dados para que o controle social seja exercido pelos conselhos de saúde indígena, por grupos ou entidades que representem a sociedade civil, bem como pela comunidade em geral.

600. Tal situação afronta dispositivos da Lei 8.080/1992 (também chamada lei orgânica do SUS), notadamente em relação aos arts. 15, incisos III e IV, e 16, incisos IV e XVII, que tratam, respectivamente, do dever de a União organizar e coordenar o sistema de informações em saúde e divulgar o nível de saúde da população, bem como de a direção nacional do SUS acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, e participar de mecanismos de controle de agravos com repercussão na saúde humana.

601. Em caráter complementar, essa falta de transparência também ofende preceitos da Lei 12.527/2011 (a lei acesso a informações), notadamente quanto às diretrizes de transparência, publicidade e controle social na administração pública, previstos no art. 3º, e o dever de os órgãos e entidades públicas promoverem, independentemente de requerimentos, a divulgação em local de fácil acesso, no âmbito de suas competências, de informações de interesse coletivo ou geral por eles produzidas ou custodiadas, previstos no art. 8º.

602. Considerando normas de caráter infralegal, a situação encontrada também atenta contra alguns preceitos da “Cartilha Técnica para Publicação de Dados Abertos no Brasil”, da Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação do Ministério do Planejamento e Orçamento, como em relação a asseguarção da autenticidade, preparação e validação, e a disponibilização em um formato de especificação aberta.

603. Durante a fase de execução da auditoria, a equipe fez fiscalização *in loco* na sede da Sesai, em Brasília/DF, e solicitou acesso aos dados sobre saúde indígena. Na ocasião, foi informado que esses dados estavam disponíveis em painel, no endereço eletrônico “<http://www.saudeindigena.net.br/paineis/>”, ao qual foi concedido acesso aos auditores por meio de usuário e senha. Durante a fase de execução da auditoria, ao se conectar no endereço supracitado, o usuário é direcionado ao endereço “<http://sesai.com.br/paineis/>”, com o mesmo conteúdo.

604. O primeiro ponto de atenção refere-se ao domínio onde os painéis estão localizados. A extensão “.net.br” indica um domínio criado para provedores de internet e empresas que atuam no setor de tecnologia da informação e comunicação. Já o “.com.br” é um domínio comercial, normalmente utilizado por empresas com finalidade lucrativa. A Sesai é uma secretaria vinculado a um órgão (Ministério da Saúde) do governo federal, que deveria utilizar o domínio “.gov.br”.

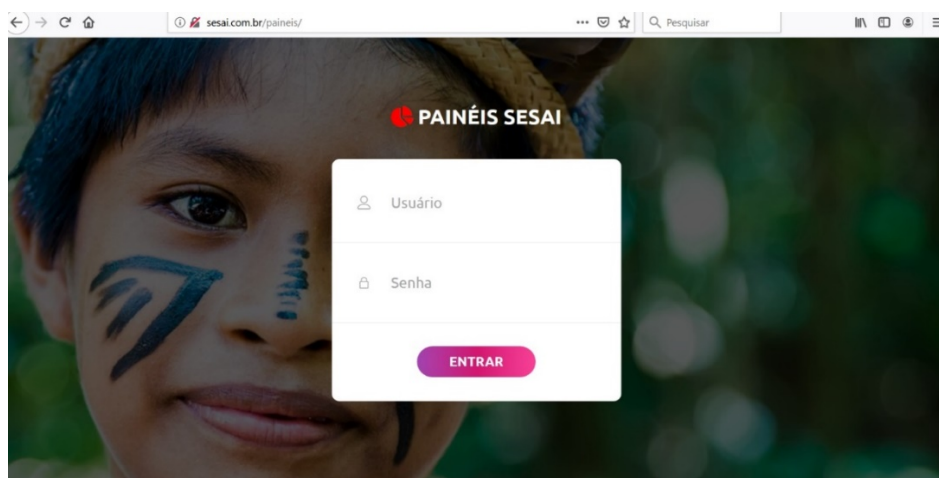
605. A utilização de outros domínios para apresentar esses dados, que não o do governo federal, além de poder incorrer em custos desnecessários pelo seu uso, tem o potencial de gerar dúvidas e questionamentos dos usuários sobre a autenticidade do conteúdo apresentado. Tal situação afronta orientação da “Cartilha Técnica para Publicação de Dados Abertos no Brasil”, que estabelece:

5. Premissas (...)

3. Autenticidade: Deve assegurar que os dados provêm de uma fonte legítima da instituição. Para isso todo conjunto de dados precisa possuir uma URL contendo um domínio sob controle do órgão ou entidade que termine em “.gov.br”. Por exemplo, os dados do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão podem ser publicados através do domínio <http://planejamento.gov.br/>. (grifou-se)

606. Ao se observar a interface de acesso aos painéis, identifica-se apenas uma janela que possibilita a inserção de dados de usuário e senha, mas sem opção para o cadastro de novo usuário, nem tampouco identifica endereços e telefones das respectivas unidades da Sesai que podem fornecer acesso a tais dados, com os respectivos horários de atendimento ao público, nos termos preconizados no inciso I do § 1º do art. 8º da Lei 12.527/2011.

Figura 32 - Visualização da Página Inicial dos Painéis de Dados da Sesai



Fonte: Endereço na web (sesai.com.br/paineis/). Imagem extraída em 23/6/2023

607. Essa apresentação dá a qualquer usuário que queira ter acesso a dados de saúde indígena a impressão de que o sistema trata de painéis de acesso restrito, possivelmente com dados de natureza pessoal ou sigilosa protegidos pela lei geral de proteção de dados. Não obstante, os painéis apresentam apenas informações que deveriam ser de caráter público sobre indicadores de saúde indígena, atendimentos realizados e monitoramento de doenças diarreicas agudas.

608. É importante destacar que não foi constatada dificuldades por parte da Sesai em fornecer acesso aos painéis para aqueles que solicitam. No entanto, é inegável que o processo de solicitação não é intuitivo e o acesso pode ser bastante complexo e confuso para muitos usuários. Assim, o problema reside na existência de dificultadores de acesso aos dados, que deveriam ser acessíveis a qualquer interessado com poucos cliques.

609. Ademais, é importante destacar que os referidos painéis apresentam muitos dados já agregados em indicadores, mas sem apresentar os dados brutos e estruturados, ou seja, que possibilite seu uso irrestrito e automatizado. Em alguns casos até existem algumas planilhas, mas elas estão em formato *hardcoded* dentro da página web, não sendo possível extrair as suas informações em formatos abertos e não proprietários, como .csv, .xml, .json ou .ods.

610. A equipe de auditoria necessitou de dados em formato bruto para realizar suas análises, e solicitou esses dados diretamente à Sesai, sendo atendida. Não obstante, usuários ou entidades que realizam o controle social sobre dados de saúde indígena podem não saber como fazer isso, ou como serem atendidos, o que compromete a sua utilização em análises mais complexas, como com o cruzamento de dados de outras fontes. A esse respeito, a “Cartilha Técnica para Publicação de Dados Abertos no Brasil” estabelece:

Os dados devem estar em seu formato mais bruto possível, ou seja, antes de qualquer cruzamento ou agregação. Mesmo que o órgão ou entidade ache importante e já tenha publicado alguma visão de agregação desses dados, existe grande valor no dado desagregado. Dessa forma

o órgão ou entidade pode publicar esses dados nas duas formas (...)

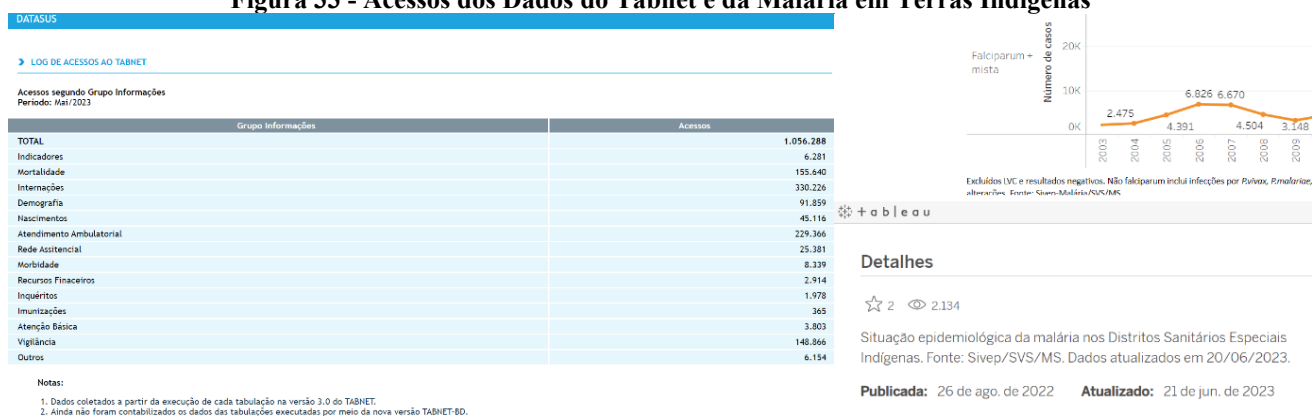
Os dados devem estar em formato aberto, não proprietário, estável e de amplo uso (...)

A filosofia de dados abertos não define exaustivamente uma lista de formatos permitidos. Para ser considerado um dado aberto, o conjunto de dados deve estar disponível em um formato de especificação aberta, não proprietário, e estruturado, ou seja, que possibilite seu uso irrestrito e automatizado através da Web. Além disso, é imprescindível que seja utilizado um formato amplamente conhecido.

611. No caso da malária, identificou-se um painel de acesso público e com dados brutos disponíveis para a extração no “Boletim interativo – Malária em terras indígenas”, mas ele é de muito difícil acesso, sendo que nenhum auditor da equipe de fiscalização conseguiu inicialmente encontrá-lo no portal do Ministério da Saúde. Sua visualização foi possível apenas a partir do momento em que um servidor da Secretaria de Vigilância em Saúde orientou a equipe sobre o caminho para encontrá-lo.

612. Dados de visualizações corroboram que esses dados são pouco acessados. De acordo com informações do portal do Ministério da Saúde, no período entre 20/8/2022 e 21/6/2023, os dados de malária nas terras indígenas tiveram 2.134 visualizações. É um número irrisório perto da importância dada à crise sanitária no povo Yanomami por veículos de comunicação. A título comparativo, o “log de acessos do Tabnet”, que tabula dados do SUS, apenas em maio de 2023, teve 1.056.288 acessos, sendo 148.866 em Vigilância em Saúde.

Figura 33 - Acessos dos Dados do Tabnet e da Malária em Terras Indígenas



Fonte: Endereço na web (datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet e public.tableau.com/app/profile/mal.ria.brasil). Imagens extraídas em 23/6/2023

613. O baixo número de visualizações dos dados de acesso mencionados é preocupante, principalmente considerando a crise sanitária que afetou o povo Yanomami nos últimos meses. Informações públicas ajudam a orientar políticas públicas e ações que visem a proteção da saúde dessa população. A discrepância entre os acessos não aparenta ser condizente com a relevância desses dados e a sua circulação.

614. É importante frisar que, mesmo entre profissionais que atuam em saúde indígena, os dados têm pouca disseminação. Em se considerando os profissionais das EMSI que preencheram os questionários até 30/6/2023, menos da metade (47,6%) disse conhecer os painéis de dados da Sesai; quando se perguntou quem tinha acesso, esse número caiu para 42,7%. No caso de profissionais que atuam em conselhos (controle social), apenas 40% disseram ter acesso aos painéis, sendo que 90% assinalaram que tais dados poderiam ajudar o seu trabalho.

615. A principal causa dessa situação é uma falta de proatividade ou de interesse do Ministério da Saúde em garantir ampla publicidade dos dados sobre a saúde indígena limitando o seu acesso a pessoas com usuário e senha pré-cadastrados e consultas em ambiente interno. O órgão aparenta priorizar outras linhas de atuação em detrimento da transparência dos dados. Pode haver também pressões políticas e econômicas de grupos de interesse que não querem que tais dados sejam de acesso público.

616. O principal efeito é a dificuldade no controle social, visto que com um acesso restrito e

sem uma ferramenta de extração dos dados, torna-se dificultoso cruzar os dados com os de outras fontes, a fim de buscar situações anômalas ou irregularidades na aplicação dos recursos. Isso ainda dificulta a avaliação das políticas públicas, pois restringe o acesso pela sociedade às informações necessárias para avaliar o impacto das ações governamentais.

617. Outros efeitos da falta de transparência de dados governamentais são prejuízos à prevenção a fraude e corrupção, além da desconfiança dos cidadãos em relação a gestão pública. Isso acontece porque a sociedade é impedida de monitorar as ações do governo e identificar possíveis irregularidades. Além disso, a falta de acesso às informações necessárias impede que a sociedade avalie a integridade das ações do governo. O Referencial de Combate a Fraude e Corrupção Aplicável a Órgãos e Entidades da Administração Pública elenca entre os Controles Preventivos:

P3 – TRANSPARÊNCIA E ACCOUNTABILITY

Se a organização se esforça para ter um ambiente correto e ético e atua para que a fraude e corrupção não ocorram, não há motivos para que ela não demonstre isso à sociedade. Permitir que terceiros observem as decisões da alta administração e acompanhem os resultados da gestão contribuirá para que a própria organização reveja os seus processos antifraude e anticorrupção, identificando os aspectos que precisam ser melhorados. Mas isso só é possível se a organização instrumentalizar a sociedade com dados e fatos, promovendo a transparência e o accountability (p. 59 do Referencial)

618. Neste sentido o Referencial estabelece como boa prática preventiva a ocorrência de fraude e corrupção: “Promover a cultura da transparência e divulgação proativa das informações, utilizando-se especialmente dos meios de tecnologia da informação” (Prática P3.1). O Referencial ainda destaca que:

O objetivo da busca por transparência é instrumentalizar o controle social. Isso faz com que qualquer pessoa, em qualquer lugar, possa ser um fiscal da gestão pública. Os ambientes transparentes dificultam que os desvios prosperem, pois elevam a probabilidade de que as ocorrências de fraudes e corrupções sejam identificadas

619. Ressalta-se que essa falta de transparência pode também prejudicar o desenvolvimento de programas de cooperação nacional ou internacional, pois impede que indivíduos e organizações tenham acesso às informações necessárias para tomar decisões de alocação de recursos. Em situações de crise essa falta de acesso fica mais evidente.

620. Existem boas práticas em diversos outros endereços eletrônicos do Ministério da Saúde utilizados para armazenar dados ou apresentar painéis, que utilizam o domínio “.gov.br”, em formatos abertos e não proprietários, e de fácil localização, dentre os quais citam-se os portais Opendatus, Tabwin/Tabnet, Localizadas, Sala de Apoio à Gestão Estratégica, e os painéis do Fundo Nacional de Saúde.

621. Em se considerando que é possível, sem grande esforço, adotar providências para promover a transparência de dados, no sentido de dar cumprimento aos dispositivos da Lei 8.080/1992 e 12.527/2011, bem como aderência à “Cartilha Técnica para Publicação de Dados Abertos no Brasil”, e que o Ministério da Saúde também pode atuar no sentido de dar mais publicidade aos dados da Secretaria de Vigilância em Saúde relacionados à saúde indígena, entende-se cabível as proposições a seguir detalhadas.

622. Face ao exposto, propõe-se determinar ao Ministério da Saúde, com fulcro no art. 43, inciso I, da Lei 8.443/1992, c/c art. 7º, § 3º, inciso I, da Resolução 315/2020-TCU, que no prazo de 90 dias, contados da ciência da deliberação, elabore plano de ação, identificando as ações a serem adotadas, os responsáveis por cada uma delas e os prazos para a implementação, com vistas a dar publicidade aos dados de saúde indígena integrantes do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi) não classificados como sigilosos ou pessoais, bem como aos indicadores a eles associados, com ferramentas que possibilitem a extração dos dados, observadas as diretrizes da Cartilha Técnica para Publicação de Dados Abertos no Brasil, a fim de garantir o atendimento ao art. 3º, incisos I, II, III, IV e V da Lei 12.527/2011.

623. De modo complementar, propõe-se recomendar ao Ministério da Saúde, com fulcro no art. 250, inciso III, do Regimento Interno do TCU que dê maior publicidade aos dados da Secretaria de Vigilância em Saúde sobre malária, tendo em vista que, embora existam painéis com dados públicos sobre a doença em terras indígenas, tais dados são de difícil localização e acesso por usuários externos ao Ministério da Saúde, comprometendo as diretrizes constantes art. 3º, incisos I, II, III, IV e V da Lei 12.527/2011.

624. Espera-se com essas deliberações permitir que qualquer pessoa possa acessar e analisar as informações sobre a situação da saúde dos povos indígenas, aumentando a transparência das políticas públicas, e permitindo que usuários possam avaliar a eficácia das medidas tomadas pelo governo e pressionar por mudanças, se necessário.

625. Ademais, intenta-se fomentar redes de controle, com participação e engajamento das comunidades na tomada de decisões relacionadas à saúde indígena, bem como na avaliação da eficácia de programas e intervenções específicas. As referidas proposições também podem aumentar a conscientização sobre as condições de saúde e os desafios enfrentados pelas comunidades indígenas.

3.6. Achado VI: Edificações de saúde instaladas em território indígena estão em estado de precariedade

626. Em visita aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas Alto Rio Negro, Leste de Roraima e Yanomami, foi constatado que os Polos Base Balaio, Ilha das Flores (Alto Rio Negro), Maloca Paapiu (Yanomami) e UBSIs do Polo Base Milho (Leste de Roraima) estão em situação precária, conforme se observa no anexo fotográfico realizado pela equipe durante os trabalhos de campo (Peça 267). Assoalhos de madeira destruídos, paredes de madeira infestadas por cupins e alguns ambientes insalubres com morcegos, sem fornecimento de água, energia elétrica, internet, o que pode impactar o atendimento de saúde de diversas maneiras. Além disso, as instalações não dispõem de acomodações adequadas para as equipes de saúde que ali permanecem por até 30 dias. Algumas unidades sequer possuem banheiro para uso dos profissionais.

627. Segundo informações do DSEI Yanomami, 51% das edificações são consideradas com o estado de conservação como ruins ou regulares. 45% dos polos/UBSIs não têm energia elétrica para que os profissionais da EMSI possam ter um refrigerador para estocar alimentos perecíveis, outros 22% dos Polos Bases/UBSI não possuem qualquer tipo de fornecimento de água (SEI/MS - 0034460585 – Despacho à peça 266).

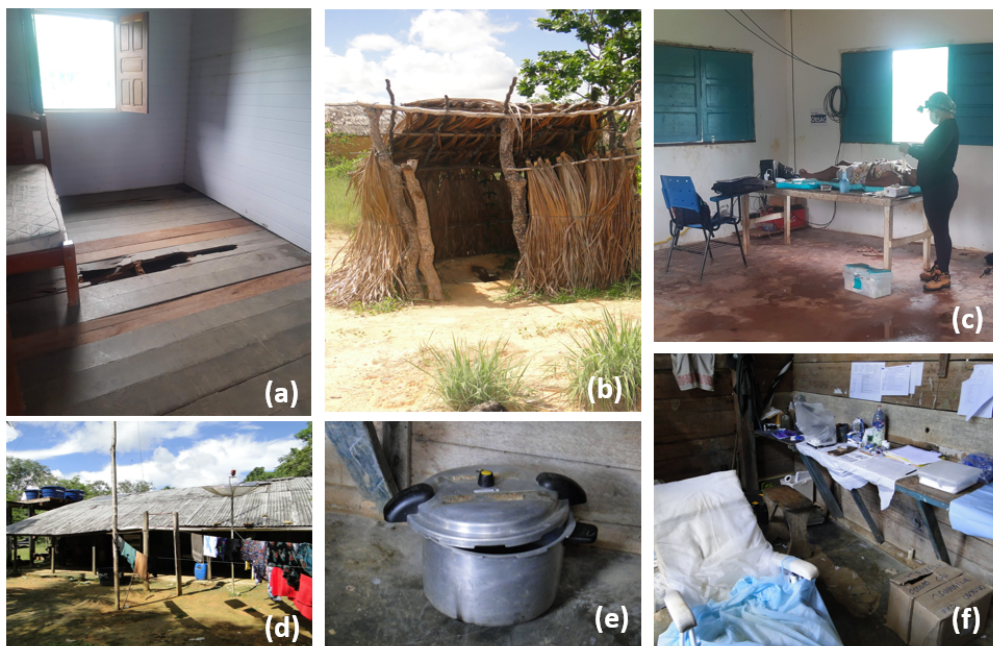
628. A falta de energia elétrica limita a utilização de aparelhos necessários para o atendimento das equipes. Por exemplo, é utilizada uma panela de pressão para esterilizar os instrumentos do dentista no Polo Base Maloca Paapiu no DSEI Yanomami (Figura 34 “e”). Outras profissionais usam baterias portáteis que são compradas com recursos próprios, conforme relato das equipes.

629. No DSEI Alto Rio Negro, o Polo Base Balaio está com o chão tão apodrecido que as EMSI não o estão usando, constatou-se que, assim como em outras comunidades, os atendimentos são feitos em barracões por falta de instalações adequadas. Durante a visita, a equipe pôde fotografar atendimento odontológico realizado, de forma improvisada, sobre uma mesa nas instalações da escola ao lado do Polo Base (Figura 34 “c”).

630. No DSEI Leste de Roraima se pôde verificar que as edificações do Polo Base Milho são muito simples, feita de adobe, chão de terra batida e telhado de palha, apesar de muito limpas e organizadas. Nas UBSIs visitadas pela equipe de auditoria, as edificações não possuíam banheiro para utilização dos profissionais de saúde. A psicóloga da equipe estava fazendo o atendimento nas instalações da igreja da comunidade, pois na UBSI não havia local reservado, de forma a manter a privacidade do paciente.

631. Na Figura 34 estão dispostas algumas fotografias selecionadas do registro feito durante a visita da equipe.

Figura 34 - Amostra de algumas fotografias registradas pela equipe em visita a campo



(a) Dormitório das equipes no Polo Base Balaio/DSEI ARN; (b) Local utilizado pela EMSI como banheiro na UBSI Três Irmãos do Polo Base Milho/DSEI LR (c) Atendimento odontológico sendo realizado no Polo Base Balaio/DSEI ARN; (d) Vista externa do Polo Base Maloca Paapiu/DSEI Y; (e) Panela de pressão utilizada para esterilização de equipamentos pela EMSI no Polo Base Maloca Paapiu/DSEI Y; (f) Instalações de atendimento odontológico no Polo Base Maloca Paapiu/DSEI Y.

Fonte: Registros fotográficos realizados pela equipe de auditoria.

632. Nota-se que as instalações das unidades de saúde não propiciam um ambiente seguro e saudável, necessários tanto aos profissionais quanto aos pacientes, de forma a assegurar a qualidade do atendimento de saúde.

633. Uma das dificuldades relatadas, em entrevista com o chefe do Sesani/DSEI Yanomami foi a dificuldade logística, uma vez que 98% dos polos somente são acessíveis por avião, o que demanda muitas horas de voo para o transporte de materiais e pessoal para execução dos serviços de reforma e construção. Isto se deve ao peso médio suportado pelas aeronaves contratadas em conjunto com as necessidades de: transporte de materiais de construção e de saneamento; locomover suas equipes técnicas para realizar monitoramento de qualidade da água, manutenção e levantamento de necessidades; e limpeza dos aeródromos.

634. Outra situação comumente relatada pelas equipes de saúde é a falta de privacidade para realizar alguns procedimentos e atendimentos, como o Exame Preventivo de Colo do Útero (PCCU). Também não há espaço reservado para atendimentos com o psicólogo, conforme mencionado no item 630 deste relatório.

635. Dessa forma, a falta de condições adequadas de salubridade pode comprometer a eficácia das ações de saúde, além de aumentar, consequentemente, o risco de transmissão de doenças, o que pode afetar não apenas os indígenas, mas também os profissionais de saúde que trabalham nessas áreas. Destaca-se que, normalmente, a equipe permanece trinta dias em área, por isso, é fundamental que as edificações estejam em boas condições para, além do atendimento da população indígena, fornecer condições adequadas para as equipes se instalarem durante o período que estão em atendimento naquelas unidades de saúde, pois precisam fazer suas refeições, higiene pessoal e dormir. Essa situação de insalubridade das instalações é uma das causas de insuficiência de profissionais das EMSI, que está tratada no Achado III.

636. Assim, buscou-se junto a Sesai informações sobre como é realizado o planejamento e a execução das obras de manutenção e construção das edificações necessárias à prestação dos serviços de saúde. Em resposta ao Ofício de Requisição 3-11/2023, o Sesani/DSEI Yanomami informou que (peça 268, p. 1):

Desde a sua criação, o Serviço de Edificações e Saneamento Indígena (SESANI) do DSEI Yanomami é pioneiro na realização direta de projetos de infraestrutura e saneamento, utilizando mão de obra especializada interna e adquirindo materiais para alcançar esse objetivo. Nesse sentido, o DSEI possui uma equipe diversificada de profissionais, incluindo pedreiros, carpinteiros, serradores, bombeiros hidráulicos, eletricitas e uma equipe técnica especializada com engenheiro civil, engenheiro eletricitista, apoiador técnico em saneamento, gestor em saneamento, geólogo, biólogo, técnicos em saneamento e servidores.

637. Ainda segundo o Sesani/DSEI Yanomami, em decorrência dessa equipe, obras de engenharia podem ser realizadas, desde a construção de UBSIs em áreas extremamente isoladas até a instalação de sistemas de abastecimento de água que solucionam problemas de longa data relacionados ao bem-estar da população indígena. Entretanto, não há evidências de que as equipes diversificadas de profissionais estejam, de fato, sendo efetivas para manter as edificações em condições adequadas para o atendimento de saúde.

638. Levantamento realizado, por equipe da própria Sesani/DSEI Yanomami, nas Unidades Básicas de Saúde Indígena na região da serra de Surucucu, em abril/2023, comprova tal situação. Foram visitadas, na ocasião, o Polo Base Parafuri, UBSI Aratháú, Waphuta, UBSI Kataroa, UBSI Keeta, Polo Base Xitei, Polo Base Haxiu e Polo Base Hakoma (peça 280).

639. Na UBSI Aratháú, a equipe da Sesani conversou com o técnico de enfermagem que estava sozinho na unidade e relatou as seguintes dificuldades: “Não há água potável, energia elétrica, as condições do banheiro são insalubres e a estrutura da UBSI é precária”.

640. Na comunidade Waphuta, os técnicos apontaram o mesmo cenário encontrado nas comunidades anteriores com condições de infraestrutura são precárias e sistema de radiofonia possui baixa propagação.

641. Na UBSI Keeta, foi relatado o pior cenário logístico da região:

Ao chegar na UBSI Keeta, inicialmente pode se observar o pior cenário logístico da região. A infraestrutura está muito precária. O abastecimento de água é feito através de uma estrutura improvisado para captar água da nascente. A água não possui gosto e visualmente não pode se observar turbidez. Dentre os locais visitados pelo profissional Neozito Almeida, considera-se a comunidade Keeta, a mais desafiadora para a execução de ações de infraestrutura e saneamento.

O laudo técnico da equipe composta por engenheiro civil, geólogo e técnico de saneamento assim descreveu a situação encontrada nas unidades de saúde na região de Surucucu: “infraestrutura precária com ausência de salubridade para permanência dos profissionais de saúde, ausência de fornecimento de água potável, energia e comunicação.”

Ausência de manutenções preventivas periódicas nos Polos Base e UBSIs

642. Informações constantes do PDSI 2020-2023 do DSEI Yanomami destacam que é responsabilidade da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (Diasi) do DSEI solicitar ação de infraestrutura, pois é este setor que justifica a necessidade da estrutura física com base em dados epidemiológicos. No entanto, a Diasi é um setor formado, majoritariamente, por profissionais de saúde, que não possuem capacidade técnica para avaliar a necessidade de manutenção e reforma de uma estrutura de edificação.

643. Neste sentido, o Serviço de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena (Sesani) é o setor do DSEI responsável pelas ações de infraestrutura de estabelecimentos de saúde e saneamento ambiental.

644. É necessário que sejam realizados levantamentos periódicos, por profissionais competentes, das condições das instalações físicas dos Polos Base e UBSIs, com a respectiva programação de manutenções preventivas e corretivas necessárias. As manutenções se tornam mais relevantes considerando que essas edificações são construídas com material mais frágil, mais leve, normalmente madeira, com menor durabilidade, mas com menor peso para ser transportado a longas distâncias. Além disso, sendo área de floresta, esperam-se variações bruscas de temperatura, com chuvas intensas e ventos fortes. As edificações também estão expostas a ataques de insetos e

outros animais, como cupins, que também contribuem para deteriorar as estruturas de madeira. Nessas visitas, caso o estado da edificação se mostre muito precário, há que se planejar uma reforma, ou mesmo uma demolição, seguida de nova construção.

645. Após a realização das obras de reforma ou construção, a manutenção preventiva se torna importante para garantir que as instalações permaneçam em boas condições e que os custos de manutenção sejam minimizados ao longo do tempo. É fundamental que a manutenção seja realizada de forma regular e preventiva, com o objetivo de identificar possíveis problemas antes que se tornem graves.

Deficiência no planejamento das ações para manutenção, reforma e construção das edificações de saúde

646. Como causa dessa situação, foi identificada a deficiência no planejamento das ações para a construção e manutenção da estrutura física das edificações de saúde (Polo Base Tipo I, UBSIs e alojamentos de apoio às EMSI), considerando as dificuldades logísticas para o acesso.

647. Foram avaliados os pagamentos realizados pelos Distritos Alto Rio Negro, Leste de Roraima e Yanomami em relação aos subitens de despesas relacionados à construção e manutenção de bens imóveis: Manutenção e Conservação de Bens Imóveis (Outros serviços de terceiros - pessoa jurídica), Manutenção e Conservação de Bens Imóveis (Locação de mão-de-obra) e Material p/ Manutenção de Bens Imóveis/Instalações.

Tabela 8 - Pagamentos relativos às despesas com construção, manutenção e conservação de bens imóveis por DSEI

DSEI	2018	2019	2020	2021	2022	Total Geral
Alto Rio Negro	54.733,99	72.714,13		195.775,79	4.467,87	327.691,78
Leste RR	632.359,88	815.274,64	262.001,60	64.122,47	186.550,02	1.960.308,61
Yanomami	436.331,24	1.884.201,05	1.264.894,20	2.001.236,83	714.801,89	6.301.465,21
Total Geral	1.123.425,11	2.772.189,82	1.526.895,80	2.261.135,09	905.819,78	8.589.465,60

Fonte: Tesouro Gerencial

648. Observa-se que as despesas ocorrem de forma irregular, o DSEI Alto Rio Negro não apresentou pagamento em 2020, provavelmente em decorrência da pandemia. Além disso, o valor total pago no período de 2018 a 2022 foi de R\$ 327.691,78, embora, em visita à Comunidade Balaio, tenham sido verificadas as péssimas condições da UBSI com o piso completamente destruído e com cômodos infestados por morcegos.

649. Em relação ao DSEI Leste de Roraima, houve uma variação significativa de um ano para o outro. Em 2018, o montante pago foi de R\$ 632.359,88, enquanto em 2019 houve um aumento para R\$ 815.274,64. Em 2020, houve uma redução para 262.001,60, mas no ano seguinte, em 2021, o valor diminuiu ainda mais para R\$ 64.122,47. Em 2022, houve um aumento para R\$ 186.550,02. A maior variação observada nesse distrito ocorreu entre 2019 e 2020, representando uma redução de 553.273,04.

650. Por fim, o maior montante pago no período foi pelo Distrito Yanomami, sendo que o valor pago em 2018 foi de R\$ 436.331,24, apresentando um aumento para R\$ 1.884.201,05 em 2019. Em 2020, houve uma redução para R\$ 1.264.894,20, mas no ano seguinte, em 2021, o valor aumentou para R\$ 2.001.236,83. Em 2022, o valor registrou uma diminuição para R\$ 714.801,89. A maior variação nesse distrito ocorreu entre 2018 e 2019, representando um aumento de R\$ 1.447.869,81.

651. A principal ferramenta de planejamento e execução de ações de saúde nas aldeias indígenas, em coordenação com a Sesai, é o Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) que estabelece intenções, objetivos e metas a serem alcançados ao longo de quatro anos, com ênfase na avaliação e monitoramento contínuos pela Sesai, DSEIs e Condisis. Ele está alinhado ao Plano Estratégico da Sesai e deve subsidiar a proposta orçamentária para garantir a viabilidade das ações planejadas, nos termos do art. 5º, inciso III, do Decreto 10947/2022.

652. Esse acompanhamento permite identificar novas prioridades e planejar intervenções anuais de acordo com as particularidades de cada DSEI. Além disso, o PDSI serve como base para

o acompanhamento do orçamento destinado ao DSEI e possibilita avaliar o impacto das ações na saúde da população indígena, fortalecendo o papel do Condisi na tomada de decisões relacionadas à saúde indígena.

653. Dessa forma, o PDSI, como instrumento de planejamento, tem como um dos objetivos o direcionamento de recursos financeiros para as ações de manutenção e construção das edificações de saúde nas comunidades indígenas, com base nas demandas dos distritos. Nesse sentido, a peça 120, p. 43-45, apresenta orçamento geral para custeio das ações indígenas no período de 2016 – 2019 do Distrito Leste de Roraima (PDSI 2016 - 2019). Constatou-se que, para o ano de 2019, em relação às Unidades Básicas de Saúde Indígena - tipo II, foram previstos R\$ 1.300.000,00, sendo R\$ 650.000,00 para cada uma delas.

Tabela 9 - Orçamento geral para custeio das Unidades Básicas de Saúde Indígena - tipo II do DSEI Leste de Roraima (PDSI 2016 - 2019)

Obra	Município	Aldeia	Polo Base	Valor Unitário
UBSI II	Normandia	Xumina Raposa	Raposa	R\$ 650.000,00
UBSI II	Boa Vista	Lago Grande	Milho	R\$ 650.000,00
Subtotal				R\$ 1.300.000,00

Fonte: peça 120, p. 43-45

654. Da mesma forma, para o mesmo ano, em relação às Unidades Básicas de Saúde Indígena – tipo I, foram orçados o montante de R\$ 2.100.000,00, sendo divididos em partes iguais (peça 120, p. 45).

Tabela 10 - Orçamento geral para custeio das Unidades Básicas de Saúde Indígena - tipo I do Distrito Leste de Roraima (PDSI 2016 - 2019)

Obra	Município	Aldeia	Polo Base	Valor Unitário
UBSI I	Uiramuta	Camararém	Maturuca	R\$ 350.000,00
UBSI I	Normandia	Tucumã	Bismark	R\$ 350.000,00
UBSI I	Pacaraima	Curicaca	Sorocaima II	R\$ 350.000,00
UBSI I	Amajari	Urucuri	Três Corações	R\$ 350.000,00
UBSI I	Alto Alegre	Mangueira	Boqueirão	R\$ 350.000,00
UBSI I	Normandia	Mari-Mari	Camará	R\$ 350.000,00

Fonte: peça 120, p. 45

655. Observa-se que, sendo o PDSI uma peça de planejamento, deveria apresentar orçamentos compatíveis com os custos reais de construção de uma UBSI considerando cada localidade. O quadro acima apresenta valores unitários iguais para todas as obras, independentemente do polo base. Essa uniformidade de valores indica que não foram consideradas as particularidades e desafios logísticos de cada polo base, inviabilizando qualquer ação gerencial com base nos dados informados.

656. Ao não levar em conta as diferenças regionais, pode haver problemas relacionados aos orçamentos realizados, pois os custos de construção e manutenção podem variar significativamente entre os polos. Isso pode resultar em recursos insuficientes para obras em áreas mais remotas, onde os desafios logísticos podem ser maiores, comprometendo a qualidade e a efetividade das ações referentes às edificações de saúde.

657. Dessa forma, o PDSI acabou se tornando mera peça formal no que tange à necessidade financeira para a execução de obras e manutenção das edificações de saúde indígena, pois, no caso acima, a necessidade total para 2019 era de R\$ 2.100.000,00, montante 158% maior que o efetivamente pago no mencionado exercício financeiro.

658. O planejamento deve levar em consideração os desafios operacionais, pois, entre os distritos visitados, o Alto Rio Negro e o Yanomami se destacam, sobremaneira, quanto às dificuldades logísticas para o acesso às edificações de saúde. No caso do Distrito Yanomami, o “Documento de Formalização da Demanda”, para a contratação de ajudantes de campo para a

execução das ações de infraestrutura, saneamento e manutenção de aeródromos, relata sobre essa dificuldade (peça 274, p. 1).

659. Devido às dificuldades de acessos às aldeias na Terra Indígena Yanomami, localizados em sua maioria em área de floresta densa e fechada, a execução direta das obras e serviços de engenharia é a modalidade mais favorável para esse distrito, sendo mais viável economicamente e com resultados mais rápidos para atendimento das demandas por edificações, saneamento ambiental e manutenção de aeródromos.

660. Dessa forma, os ajudantes de campo executarão as ações de manutenção de aeródromos em operação pela saúde indígena, realizando ações de limpeza de terreno, compactação e drenagem da pista, corte de árvores no perímetro, entre outros serviços. Essas ações são consideradas essenciais para a segurança dos indígenas e profissionais da saúde que utilizam o transporte aéreo.

661. Além disso, os ajudantes de campo irão realizar a limpeza no entorno das Unidade Básica de Saúde Indígena, realizando a campina e roçagem do terreno. A limpeza do terreno visa a redução de riscos de enfermidades relacionadas com animais peçonhentos, roedores e insetos.

662. Portanto, fica evidente que um planejamento adequado é de extrema importância ao considerar as dificuldades logísticas enfrentadas para acessar as aldeias na Terra Indígena Yanomami. Essas áreas, em sua maioria, estão localizadas em regiões de floresta densa e fechada, o que torna a execução direta das obras e serviços de engenharia a modalidade mais favorável para esse distrito.

663. Em relação ao Plano Distrital de Saúde Indígena do Distrito Leste de Roraima, referente ao período de 2020-2023, no que tange às necessidades para construção e manutenção das edificações, conforme peça 121, p. 109, houve priorização das obras, mas não existem valores suficientes para a execução delas.

664. O planejamento adequado é fundamental para garantir que a obra seja realizada de forma eficiente, dentro do prazo e orçamento previstos, ainda mais no caso da saúde indígena que possui dificuldades logísticas díspares. Além disso, é importante que o planejamento seja atualizado e revisado anualmente para garantir que esteja alinhado com as mudanças nas condições e necessidades da obra e para subsidiar a elaboração do Plano de Contratação de Aquisições do DSEI. Como já destacado, é primordial o levantamento de necessidades para a adequada programação orçamentária, de modo a propiciar recursos suficientes para garantir instalações adequadas de atendimento aos indígenas e condições dignas de trabalho aos profissionais de saúde.

665. Dessa maneira, é importante que o orçamento leve em consideração todos os custos envolvidos, incluindo materiais, mão de obra e custos indiretos. Além disso, é importante que o orçamento seja baseado em preços de mercado local, levando em consideração a realidade de cada localidade com as devidas justificativas e consequências da ausência dessas manutenções.

666. É importante ressaltar que não é necessário incluir todos os itens detalhados anteriormente no Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI), mas é fundamental ter informações mínimas e realistas que possibilitem um planejamento razoável.

667. A análise realizada revela a deficiência no planejamento das ações para a construção e manutenção das edificações de saúde, especialmente ao desconsiderar as dificuldades logísticas para o acesso às áreas indígenas. A falta de adequação nos orçamentos realizados pode acarretar problemas na execução das obras, comprometendo a qualidade e efetividade das edificações de saúde. A consulta aos pagamentos realizados pelos distritos evidencia uma alta variabilidade nos valores pagos, bem como uma baixa execução financeira em 2022. Essa situação pode impactar negativamente a saúde e o bem-estar das comunidades indígenas, dificultando o acesso a serviços de qualidade.

668. Além disso, o Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI), assim como o PCA, são ferramentas importantes para o planejamento e execução das ações de saúde, porém, é necessário que seja mais preciso, com maior participação da Sesai como coordenadora das ações a serem realizadas, considerando as particularidades de cada região. Um planejamento adequado, com

orçamentos realistas e consideração das dificuldades logísticas, é essencial para garantir a eficiência das obras e a sustentabilidade das edificações de saúde indígena.

669. Portanto, a falta de estrutura física adequada e a irregularidade nos pagamentos comprometem a manutenção das edificações, resultando em condições precárias e insalubres para a prestação dos serviços. Essa deficiência no planejamento, principalmente, quanto à adequação entre os recursos disponíveis e às necessidades reais leva à deterioração e precariedade das estruturas, comprometendo a qualidade e efetividade dos serviços de saúde prestados às comunidades indígenas. Consequentemente, a manutenção preventiva também é prejudicada em decorrência desse planejamento deficiente. A ausência de uma manutenção regular e preventiva contribui para o agravamento dos problemas estruturais ao longo do tempo, aumentando os custos e comprometendo a qualidade dos serviços prestados.

670. Diante do exposto, deve-se fazer recomendação à Sesai para que estabeleça procedimentos operacionais de avaliação e manutenção periódica das edificações, a ser realizados pelos DSEIs com o apoio do Departamento de Projetos e Determinantes Ambientais da Saúde Indígena.

671. Em consonância com as propostas de encaminhamento do achado II, deve-se recomendar a Sesai que:

- a) aprimore a gestão orçamentária de forma a garantir que despesas prioritárias para atingimento dos objetivos da Pnspi, conhecidas por meio de levantamentos objetivos, estejam adequadamente contempladas na proposta orçamentária anual; e
- b) elabore o planejamento das aquisições, de acordo com levantamentos objetivos das reais necessidades dos DSEIs, considerando as despesas prioritárias para a melhoria dos resultados da Pnspi, para que elas estejam adequadamente contempladas na proposta orçamentária.

3.7. Achado VII: Autonomia limitada do Condisi para exercício do controle social

672. O Controle Social Indígena não tem garantido os recursos necessários para exercer suas atribuições principalmente quanto ao acompanhamento e monitoramento da execução das ações de atenção integral à saúde indígena e determinantes ambientais, além da execução financeira dos DSEIs.

673. Assim, os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi) e os Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI) não têm acesso aos recursos necessários para desenvolver suas atribuições. Ao mesmo tempo, eles dependem do transporte disponibilizado pelo DSEI para se deslocarem pelo território indígena, tanto para realização de reuniões com os conselhos locais, quanto para apuração de denúncias e avaliação *in loco* dos serviços de atenção à saúde prestados, fato que limita a sua autonomia. Além disso, não é garantido ao controle social acesso aos processos para o adequado acompanhamento da execução financeira do DSEI.

674. Cabe lembrar, que o Condisi tem como objetivo participar na elaboração e aprovação do Plano Distrital de Saúde Indígena e acompanhar e avaliar sua execução. Já os CLSI são instâncias permanentes e consultivas, formados somente por indígenas que se organizam por aldeia ou por um conjunto de aldeias e têm entre suas atribuições, manifestar-se sobre as ações e os serviços de atenção à saúde indígena necessários às respectivas comunidades, bem como acompanhar a execução de ações à saúde em sua comunidade, entre outras.

675. Por sua vez, compete ao DSEI fortalecer o controle social por intermédio dos Condisi e CLSI, nos termos do artigo art. 6º, inc. XI, da Pnspi. Deve a Sesai/MS garantir os meios necessários para realização das atividades dos colegiados de saúde indígena, conforme plano de trabalho do DSEI. Além disso, cabe ao coordenador do DSEI analisar e aprovar as solicitações para execução das atividades de controle social de acordo com a disponibilidade orçamentária existente, conforme o art. 26, inciso I e III do anexo 4 do Anexo VIII da Portaria de Consolidação GM/MS 4/2017, acrescido pela Portaria GM/MS 3.021/2020. A mesma norma, no art. 13, § 3º, estabelece ainda que o suporte financeiro e logístico para a realização das reuniões do Condisi “deverão constar nos planos de trabalho anual dos respectivos DSEIs, sob pena de não ocorrência da reunião”.

676. As despesas com alimentação, transporte e hospedagem do controle social do SasiSUS também devem ser custeadas pela Sesai/MS mediante plano de ação por ela aprovado. No entanto, os conselhos de saúde indígena não recebem diretamente recursos financeiros destinados ao controle social. Os recursos para a realização de reuniões e capacitações são providos por meio de instituições privadas sem fins lucrativos que celebram convênio com o MS para a execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas, nos termos da Portaria Sesai/MS 69/2018.

677. Inicialmente, elabora-se o plano de trabalho detalhando os valores e materiais necessários para realizar as ações do controle social relacionadas às reuniões e capacitações. Esse plano é submetido à apreciação da Sesai/MS para fins de aprovação ou de correções. Posteriormente, o plano de trabalho aprovado é enviado para a execução pela organização conveniada (peça 114, p. 1). Os processos de contratação e compras são realizados via projetos e cotações de preços e inseridos diretamente na plataforma “Transfere.gov.br” (peça 106, p. 342). Os pagamentos são realizados diretamente aos fornecedores de produtos e serviços. Todos os processos são requeridos pelo DSEI e aprovados via aceite na plataforma (peça 106, p. 342).

678. Enquanto o plano de trabalho não é aprovado, não se pode iniciar os eventos planejados referentes a reuniões e capacitações dos Condisis e CLSI. Foi constatado que é recorrente a não realização desses eventos (reuniões e capacitações) planejados pelo controle social, em razão de atrasos na aprovação do plano de trabalho da instituição conveniada, conforme demonstrado a seguir.

679. Tal atraso está registrado em nota de esclarecimento do Condisi Yanomami, sem data de assinatura, porém, inserida no sistema SEI em 5/7/2023, onde consta a informação que as ações daquele conselho só terão início a partir do mês de agosto daquele exercício, visto que ainda estão em processo de liberação de recurso (peça 281). No entanto, de acordo com o disposto no art. 15 do Regimento Interno do Condisi Yanomami, as reuniões ordinárias deveriam se dar nos meses de abril e outubro (peça 33, p. 89).

680. No exercício de 2022, em que pese a previsão de realização de três reuniões distritais e 37 reuniões e capacitações locais, realizou-se somente uma reunião distrital e dez reuniões locais (peça 269, p. 2-3).

681. Em relação aos exercícios de 2020 até meados de 2021, importa destacar que, em razão da pandemia de Covid-19, as reuniões dos conselhos e as capacitações foram prejudicadas.

682. Em 2019, o plano de trabalho do DSEI Yanomami previu a realização de 2 reuniões no Condisi e 10 reuniões nos CLSI no referido exercício, conforme relatório de acompanhamento de ação (peça 110, p. 7, 11). Entretanto, de acordo com análise crítica contida no Balanço da execução do Plano Distrital de Saúde Indígena - PDSI 2016-2019 Yanomami (peça 36, p. 415):

Condisi do DSEI Yanomami não realizou atividades e programação existente, pois depende de voo de monomotor para adentrar no território yanomami para a execução das ações programadas. Pois o distrito yanomami ainda continua operando com o contrato de hora voo emergencial, usado somente para remoção de paciente, trocas de acompanhantes e da equipe multidisciplinar de saúde indígena-EMSI.

683. Situação semelhante ocorre no Condisi Alto Rio Negro. As reuniões e capacitações locais, previstas para exercício de 2023, ainda não foram realizadas em função de atraso na homologação do plano de trabalho (peça 269, p. 1).

684. Ademais, há evidências de que os recursos recebidos em exercícios anteriores não foram suficientes para arcar com as atividades do controle social. No plano de trabalho ajustado de 2023 do DSEI Yanomami está previsto incremento de 60% dos recursos, de R\$ 552.138,89 para R\$ 888.174,36, para a realização de reuniões e de capacitações (peça 228, p. 24). A motivação para esse acréscimo se encontra a seguir (peça 269, p. 68):

Considerando que o recurso repassado anteriormente **não atendeu todas as atividades do Controle Social**, e que devido às especificidades geográficas do Território Indígena Yanomami,

faz-se necessário o aumento para que possamos efetuar todas as programações pactuadas. (grifo nosso)

685. Em acréscimo às limitações orçamentárias e atrasos na liberação de recursos, há restrições de acesso às informações necessárias ao controle dos conselhos. Nesse sentido, o Presidente do Condisi Yanomami, em entrevista realizada com a equipe de auditoria, relatou dificuldades criadas pela coordenação do DSEI para conceder acesso ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI), de modo a possibilitar a análise dos processos licitatórios e contratos no âmbito do DSEI, assim como para fornecer dados epidemiológicos ou permitir acesso a sistemas como o Siasi. Para que o representante do Condisi tenha acesso ao sistema SEI, deve usar login e senha vinculado ao DSEI Yanomami, quando deveria dispor de login próprio do conselho. Ademais, também há queixas de que há dificuldades para obter meios de transporte para efetuar a fiscalização *in loco*.

686. Tal situação também fica evidente nos documentos Condisi/DSEI YY/Sesai/RR (peça 206, p. 23, 24 e 35), onde o Condisi solicita ao DSEI acesso ao sistema SEI, informações necessárias à apreciação da prestação de contas e meios de transporte para fiscalizações.

687. A dependência do DSEI para o seu funcionamento faz, ainda, com que a falta de alinhamento entre a Administração e o Condisi, dificulte o trabalho de acompanhamento e fiscalização exercido pelos conselheiros. Por exemplo, o fornecimento de meio de transporte para averiguação de alguma situação referente à atenção de saúde indígena está condicionado a autorização do coordenador do DSEI.

688. Além disso, por se tratar de interação entre pessoas, já ocorreram desavenças entre a Administração do DSEI e o Condisi. Por exemplo, na 31ª Reunião ordinária do Conselho Distrital de Saúde Yanomami 2021, o então coordenador do DSEI reconhece que o relacionamento com o Presidente do Condisi não estava no melhor momento, razão pela qual propõe superar o relacionamento passado: "... portanto nesse momento quero chamar o Sr. ..., para em um momento de ato simbólico, darmos as mãos e começarmos novamente. E para saúde Indígena, é em busca de melhorias para eles" (peça 124, p. 18-19).

689. Ademais, o controle social também depende do DSEI no que se refere ao suporte logístico, uma vez que as despesas de deslocamento devem ser custeadas pela Sesai por meio do DSEI (peça 228, p. 67-68). Assim, os conselheiros necessitam de transporte para o deslocamento da equipe de fiscalização do controle social (juntamente com alimentação e materiais) e de conselheiros para as reuniões do Condisi e CLSI. Essa dependência decorre do fato de esses custos não contarem das despesas consignadas no plano de trabalho da instituição conveniada.

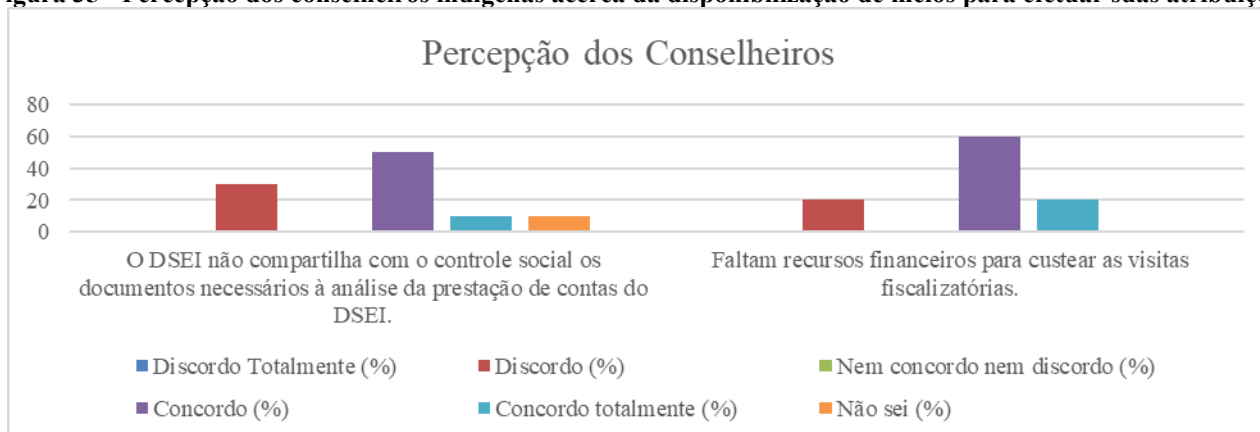
690. Desta forma, como não há uma cota de transporte específica para o Condisi, resulta em limitação na sua atuação, que precisa solicitar ao DSEI a cada necessidade e depende de liberação ou não do coordenador.

691. Em especial na região norte, os deslocamentos pelas terras indígenas são longos e possuem condições adversas pelas características de sua geografia. Os deslocamentos são feitos de forma terrestre, fluvial ou aérea, com um custo elevado. Como exemplo, cita-se a TI Yanomami em que 98% do deslocamento é feito de forma aérea.

692. Nota-se que houve prejuízo a atuação do controle social em decorrência da dificuldade para reunir os conselheiros, seja pela aprovação tardia do plano de trabalho, seja pela falta de apoio logístico aos conselheiros.

693. Por oportuno, importa registrar a percepção dos conselheiros indígenas acerca da suficiência ou não dos meios disponibilizados pela Administração para que os Condisi e CLSI possam exercer adequadamente as funções.

Figura 35 - Percepção dos conselheiros indígenas acerca da disponibilização de meios para efetuar suas atribuições



Fonte: Elaboração própria utilizando dados do questionário eletrônico aplicado.

694. Nas respostas obtidas no formulário eletrônico, 60% dos conselheiros manifestaram que não possuem acesso aos painéis da saúde indígena elaborados pela Sesai.

695. A matéria sobre a disponibilização de dados epidemiológicos sobre a saúde indígena está sendo tratado em tópico específico sobre a transparência nesta fiscalização.

696. Cabe transcrever, ainda, algumas manifestações formuladas pelos conselheiros acerca do controle social.

Há uma dificuldade muito grande para deslocar os conselheiros locais até o local das reuniões, capacitações e demais eventos por falta de recursos financeiros e logísticos.

É necessário o fortalecimento das ações do controle social, de maneira que as fiscalizações sejam contempladas tanto pelos conselheiros distritais e locais. A gestão do DSEI precisa se alinhar ao controle social, facilitando as atribuições do mesmo. Dessa forma, sugerimos uma adaptação na maneira de fiscalização dos conselhos dentro dos distritos.

Devido à falta de logística no DSEI muitas vezes não podemos realizar reuniões nas aldeias.

697. É possível verificar nas manifestações externadas pelos conselheiros no questionário eletrônico, quando se menciona falta de acesso a documentos e informações epidemiológicas, que os Condisi não possuem autonomia suficiente para reservar meios necessários para o pleno exercício do controle social.

698. Esta questão já foi objeto de determinação à Sesai/MS, no âmbito do TC 027.952/2019-3, que tratou de auditoria da governança e da gestão das contratações relacionadas à implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. O Acórdão 599/2020-TCU-Plenário (da relatoria do Ministro Benjamin Zymler) determinou a Sesai/MS:

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:

(...)

9.1.2.3. medidas visando a fortalecer a participação social também nas questões relativas às contratações relacionadas à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, de modo a envolver a população usuária, a sociedade e as demais partes interessadas na política de contratações, permitindo-lhes opinar a respeito e **ter o devido acesso às informações necessárias para esse fim**; (grifo nosso)

699. As medidas adotadas pela Sesai, para o atendimento dessa deliberação, não se mostraram efetivas, pois o controle social ainda encontra dificuldades para acessar as informações necessárias ao acompanhamento das contratações da Pnapi.

700. A ausência de independência do Condisi para o exercício de suas competências fiscalizadoras pode ser comprovada por ofícios do presidente do Condisi Yanomami ao DSEI Yanomami solicitando meios de transporte, acesso a sistemas eletrônicos e dados epidemiológicos

da região (peça 206, p. 23, 24 e 35).

701. No que tange aos dados epidemiológicos, esta equipe de auditoria já está tratando da matéria no tópico III.5, sobre transparência.

702. Desta forma, observam-se limitações à atuação do controle social. Por vezes, a disponibilização dos meios necessários para o Condisi exercer suas atribuições, depende da discricionariedade do gestor do DSEI, que é fiscalizado. Nota-se, assim, um conflito de interesses que enseja alto risco de o gestor não colaborar com o controle social.

703. A não realização ou realização em número insuficiente de reuniões comprova que os Condisis não possuem independência suficiente para seu funcionamento.

704. Em resumo, as causas da limitação da atuação dos conselhos de saúde indígena relacionam-se com:

- a) inexistência de previsão orçamentária para apoio logístico aos conselheiros, condicionando a atuação à disponibilidade de transporte e à discricionariedade do coordenador do DSEI;
- b) restrições de acesso a dados e informações necessários ao controle exercido pelos conselhos de saúde indígena; e
- c) dependência de aprovação do plano de trabalho do convênio para realizar reuniões e capacitações, a qual, por vezes, ocorre com atrasos.

705. Vislumbra-se os seguintes efeitos relacionados as limitações impostas ao controle social, conforme relatado:

- a) a ocorrência de irregularidade, que poderia ser detectada pelos conselhos de saúde, deixa de ser conhecida pela sociedade e pelos órgãos como TCU, CGU e Ministério Público;
- b) atuação não efetiva dos conselhos locais e distritais sobre ações de atenção à saúde indígena, ou seja, a fiscalização *in loco* é deficiente, bem como elaboração deficiente do PDSI, visto que os conselheiros muitas vezes não se reúnem e discutem o tema em quantitativo de encontros necessários para avaliar os tópicos, impactando no enfraquecimento do controle social a seu cargo e consequentemente na defesa dos interesses dos indígenas na prestação do serviço de saúde ao seu povo;
- c) os CLSI não podem se manifestar tempestivamente e adequadamente em relação ao seu principal objetivo, qual seja, atuar na elaboração de propostas e monitoramento da efetividade da execução do PDSI junto às comunidades indígenas (art. 2º do anexo 4 do Anexo VIII da Portaria de Consolidação GM/MS 4/2017, acrescido pela Portaria 3.021/2020); e
- d) os Condisi não conseguem deliberar adequadamente no que tange ao acompanhamento e monitoramento da execução das ações de atenção integral à saúde indígena e determinantes ambientais (art. 9º do anexo 4 do Anexo VIII da Portaria de Consolidação GM/MS 4/2017, acrescido pela Portaria 3.021/2020).

706. Por tudo isso, caberá recomendar à Sesai que:

- a) regulamente, com parâmetros objetivos, a disponibilização dos meios necessários ao exercício do controle social, com vistas à:
 - a.1) disponibilizar cota de transporte aos conselheiros, suficiente para efetuar reuniões e fiscalizações, a ser gerenciada pelos respectivos Condisis;
 - a.2) conceder acesso aos conselheiros de saúde aos sistemas eletrônicos e documentação necessária a avaliação da prestação de contas referente à execução de ações relacionadas à atenção à saúde indígena;
- b) avalie a conveniência e oportunidade da gestão dos recursos necessários ao cumprimento do plano de ação do controle social, ser realizado diretamente pelos DSEIs.

707. Para resolver o atraso na aprovação do plano de trabalho relacionado a estratégia “Ampliação da efetividade do controle social em acompanhar e fiscalizar a PNASPI” e a dificuldade de os conselhos de saúde viajarem para verificar as ocorrências *in loco* ou acessar documentos necessários ao exercício de suas funções e a relacionado à estratégia, a Unidade

Técnica propõe recomendações para amenizar o problema. Espera-se que a efetivação dessas recomendações permita que os conselhos de saúde indígena possam:

- a) exercer as atribuições relacionadas ao controle social previstas no anexo 4 do Anexo VIII da Portaria de Consolidação GM/MS 4/2017, notadamente acompanhar a execução das ações de atenção à saúde indígena e determinantes ambientais, dando cumprimento ao disposto no art. 3º, VI, e art. 12, IV, anexo 4 do Anexo VIII da Portaria de Consolidação GM/MS 4/2017; e
- b) reunir-se, no mínimo, anualmente conforme disciplinado no anexo 4 do Anexo VIII da Portaria de Consolidação GM/MS 4/2017, acrescido pela Portaria 3.021/2020, assegurando a participação comunitária indígena no âmbito PNASPI.

4. Conclusão

708. A expansão do garimpo ilegal, na proporção que ocorreu nos últimos anos, é uma das causas do agravamento da saúde dos povos Yanomamis, com impacto no aumento do número de óbitos de crianças dessa etnia menores de cinco anos. Sua ocorrência nessa terra indígena é histórica e um futuro trabalho deste Tribunal específico sobre o tema poderá avaliar os possíveis cenários que envolvem a atuação de outros órgãos que possuem as atribuições de fiscalizar e coibir a intrusão do garimpo ilegal em território indígena (itens 528-530).

709. Seis postos de saúde foram fechados no território Yanomami entre 2021 e 2023 impactados pelo crescimento massivo do garimpo ilegal, que causou desestruturação ambiental, alimentar e social as populações indígenas envolvidas e deixou desassistidos ou precariamente assistidos quase cinco mil indígenas (item 217).

710. Verificou-se insuficiência e intempestividade da articulação interministerial, que não obteve sucesso em reabrir os postos de saúde fechados no início de 2021 e novos precisaram ser fechados em 2022 e 2023, porque a situação de insegurança não foi resolvida. Até o encerramento da fase de execução deste trabalho, em junho de 2023, dois postos ainda continuam fechados aguardando a extrusão do garimpo (item 244).

711. Além do garimpo ilegal, verificou-se que não ocorreu a adequada capacitação das equipes de saúde para atuar em contexto de interculturalidade, fato que contribuiu para que conflitos entre os profissionais de saúde e indígenas tenham ocasionado o fechamento de postos de saúde e consequente desassistência da população, como no Polo Base Parafuri e na UBSI Kataroa, onde se concentram casos graves de desnutrição (itens 264 e 271).

712. Entretanto, a análise dos dados epidemiológicos de Polos Base que não estão em área afetada pelo garimpo, indicam que, além do impacto da atividade de garimpo, há uma gestão ineficiente do DSEI Yanomami que, mesmo nos anos em que não ocorreu a incidência massiva dessa atividade, mostrou-se incapaz de melhorar os indicadores de saúde da população, a despeito de ser o DSEI mais dispendioso do país (itens 81-88 e 104).

713. As equipes de saúde que atuam dentro dos territórios indígenas, as EMSIs, são a primeira e principal forma de implementar a Pnasp. Dotá-las dos meios necessários à sua atuação adequada é a forma mais eficiente da União cumprir com sua obrigação de financiar o SasiSUS, em atendimento ao artigo 19-C da Lei 8080/1990.

714. No entanto, verificou-se que não há uma adequada gestão orçamentária pela Sesai, considerando que não são adotados critérios e parâmetros que garantam recursos suficientes para as ações prioritárias da Pnasp, impondo aos DSEIs limitações orçamentárias na contratação de profissionais de saúde e de medicamentos básicos que impactam na prestação do serviço de atenção básica de saúde pelas EMSI dentro dos territórios indígenas, levando a remoções para tratamento de agravos que poderiam ser tratados em área e que são mais onerosas ao orçamento da União, em especial no caso do DSEI Yanomami, que realiza 98% de seu transporte pelo modal aéreo (itens 310, 380 e 455).

715. A aquisição de medicamentos não é precedida de planejamento baseado em indicadores epidemiológicos que considere as reais necessidades dos DSEIs, ao contrário, tem como premissas a limitação orçamentária e as aquisições de exercícios anteriores, perpetuando o

subdimensionamento de quantitativos impostos aos DSEIs. A recente Portaria GAB/SESAI 80, de 26/7/2023, regulamentando a elaboração do Plano de Contratação Anual (PCA) no âmbito dos DSEIs, oficializa a sistemática, equivocada e danosa à adequada execução da Pnspi, já adotada pela Sesai (item 325).

716. Além disso, a Sesai não exerce adequadamente a coordenação logística da aquisição de medicamentos para suprir o SasiSUS. A maior parte das aquisições são realizadas de forma descentralizada por meio dos próprios DSEIs, em consequência, as compras são fragmentadas com quantitativos pouco atrativos para empresas do ramo. E ainda, há morosidade nos processos de aquisição e de descentralização de recursos. São fatores que contribuem para a falta de medicamentos constatada nas inspeções realizadas na execução deste trabalho (itens 342 e 356).

717. A ausência de planejamento baseado em indicadores epidemiológicos também se reflete na contratação de profissionais de saúde em quantitativos e categorias profissionais insuficientes para combater os principais agravos de saúde que acometem as populações indígenas sob responsabilidade dos DSEIs visitados nesta auditoria (itens 478 e 516).

718. A atuação das EMSIs no território do DSEI Yanomami é agravada pela insuficiência de profissionais, especialmente enfermeiros, causada por afastamentos e absenteísmos de profissionais que não são tempestivamente substituídos pela conveniada, e impede a execução dos protocolos preconizados para a atenção básica de saúde (item 461).

719. A análise documental apontou indícios de que esteja ocorrendo pagamento sem contraprestação do serviço pela conveniada, ante a não reposição de profissionais afastados com recebimento de benefícios pelo INSS e a fiscalização ineficiente do DSEI Yanomami e da Sesai (itens 544-546).

720. As edificações de saúde visitadas pela equipe de auditoria estão em estado de precariedade, em condições inadequadas para realizar atendimentos de saúde com qualidade e alojamento dos profissionais. Evidenciou-se deficiência no planejamento das ações para manutenção preventiva e corretiva e reforma das edificações de saúde, com inadequação dos orçamentos realizados, especialmente ao desconsiderar as dificuldades logísticas para o acesso às áreas indígenas, que resultam em comprometimento à manutenção das estruturas físicas de atendimento (itens 667 e 669).

721. O DSEI Yanomami avalia que metade de suas edificações estão em estado ruim ou regular. As equipes de saúde nesse DSEI, em 45% das edificações, não têm energia elétrica para ligar um refrigerador e estocar alimentos perecíveis, resultando em que passam seus trinta dias de trabalho se alimentando de embutidos e enlatados (item 520).

722. Quanto aos sistemas informatizados que registram os dados da saúde indígena, gerenciados pela Sesai, estes não são integrados ou retroalimentados com os demais sistemas nacionais de informações em saúde. A principal consequência é a baixa confiabilidade dos registros sobre a rede assistencial e sobre os atendimentos realizados que pode ocasionar diagnósticos de situação epidemiológica divergentes e prejudicar o planejamento de políticas públicas, mas, também, aumenta a vulnerabilidade a erros e fraudes (item 574).

723. A boa prática adotada pelo Ministério da Saúde na integração da estratégia e-SUS APS (Atenção Primária à Saúde) à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), via Conecte SUS, pode ser avaliada pelos gestores para ter sua implementação expandida para a saúde indígena, tendo o potencial de aumentar a eficiência na atuação das EMSIs que terão mais tempo para se dedicar aos atendimentos de saúde ante a redução do tempo gasto com atividades burocráticas, como o preenchimento e arquivamento de registros em papel (itens 586-589).

724. Também se constata que os indicadores de saúde indígena e demais dados assistenciais, de morbidade, mortalidade e atendimentos, não têm a adequada transparência e divulgação à sociedade, nem são disponibilizadas ferramentas que possibilitem a extração desses dados (item 597).

725. O principal efeito é dificultar o controle social e, ainda, dificulta a avaliação das políticas públicas, pois restringe o acesso pela sociedade às informações necessárias para avaliar o impacto das ações governamentais. Ademais, acarreta prejuízos à prevenção a fraude e corrupção (itens 616-617).

726. Com relação ao controle social exercido pelo Condisi, observa-se que há limitações na autonomia para exercer suas atividades fiscalizatórias do serviço prestado pelo respectivo DSEI.

727. Os recursos financeiros necessários não são garantidos pela Sesai. O Condisi depende de disponibilidade e autorização do coordenador do DSEI para obter transporte e se deslocar dentro do território, tanto para realização de reuniões com os conselhos locais, quanto para apuração de denúncias e avaliação *in loco* dos serviços de atenção à saúde prestados. Como não há uma cota de transporte específica para o Condisi, resulta em limitação na sua atuação (item 688).

728. Além disso, os recursos para a realização de reuniões e capacitações são providos pelo mesmo convênio que contrata os profissionais de saúde, enquanto o plano de trabalho anual não é aprovado, não se pode iniciar os eventos planejados. Foi constatado que é recorrente a indisponibilidade de recursos ao controle social em razão de atrasos na aprovação do plano de trabalho (itens 678-684).

729. Diante disso, foram propostas determinações e recomendações a Sesai/MS, que constitui a Alta Administração responsável por coordenar, orientar, avaliar e monitorar, da Pnspi visando melhorar a prestação de serviço de saúde aos indígenas. Cabe a ela, com auxílio dos DSEIs, estabelecer prioridades, garantindo recursos orçamentários suficientes para contratar profissionais de saúde e suprir a aquisição de insumos estratégicos, como medicamentos, objetivando a melhoria na atenção básica à saúde indígena, principalmente em relação aos povos Yanomami que apresentam indicadores de saúde alarmantes.

5. Proposta de Encaminhamento

730. Ante o exposto, submetem-se os autos à consideração superior, para o posterior envio ao Gabinete do Ministro Vital do Rêgo, Relator do processo, propondo os seguintes encaminhamentos:

I. com base no art. 250, inc. II, do Regimento Interno do TCU e no art. 7º, § 3º, inc. I, da Resolução-TCU 315/2020, determinar à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, à qual se subordina o Departamento de Logística em Saúde, e à Secretaria de Saúde Indígena, com fundamento no art. 13, inc. IV e VI, no art. 17, inc. II e IV, e no art. 46, inc. I a VI e XV, do Anexo I do Decreto 11.358/2023, que apresente plano de ação, no prazo de 90 (noventa) dias, identificando as ações a serem adotadas, os responsáveis por cada uma delas e prazos para a implementação, com vistas a racionalizar as aquisições de medicamentos essenciais para atender a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, por meio da promoção de contratações centralizadas, a fim de obter economia de escala, padronização de produtos e serviços e redução de custos processuais, de acordo com levantamento objetivo de necessidades e realidades epidemiológicas locais dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (item 383);

II. com base no art. 250, inc. II, do Regimento Interno do TCU e no art. 7º, § 3º, inc. I, da Resolução-TCU 315/2020, determinar à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, à Secretaria de Saúde Indígena e à Secretaria de Saúde Digital, com fundamento no art. 13, inc. I, III e XIV, no art. 46, inc. I a VI e XV, e no art. 53, inc. I, V e VI, do Anexo I do Decreto 11.358/2023, que:

a) no prazo de noventa dias, contados da ciência da deliberação, apresente plano de ação, identificando as ações a serem adotadas, os responsáveis por cada uma delas e os prazos para a implementação, com vistas a implementar estratégia de informação na atenção primária à saúde indígena (prontuário eletrônico, e-SUS APS ou outra estratégia equivalente), de modo a garantir o atendimento aos arts. 19-G e 47 da Lei 8.080/1992, notadamente (item 588):

a.1) garanta a todos os indígenas atendidos no âmbito do sistema público de saúde o direito de ter um registro do respectivo atendimento com a sua respectiva identificação;

- a.2) integre os dados do Subsistema de Saúde Indígena com os demais sistemas de informação da rede do Sistema Único de Saúde;
- a.3) integre e registre os dados de todos os profissionais que atuem em equipes de saúde indígena ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde; e
- a.4) ofereça soluções que atendam as unidades de saúde não informatizadas, sem internet ou com internet limitada; e
- b) no prazo de noventa dias, contados da ciência da deliberação, apresente plano de ação, identificando as ações a serem adotadas, os responsáveis por cada uma delas e prazos para a implementação, com vistas a dar publicidade aos dados de saúde indígena integrantes do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi) não classificados como sigilosos ou pessoais, bem como aos indicadores a eles associados, com ferramentas que possibilitem a extração dos dados, observadas as diretrizes da Cartilha Técnica para Publicação de Dados Abertos no Brasil, a fim de garantir o atendimento ao art. 3º, incisos I, II, III, IV e V da Lei 12.527/2011 (item 618);
- III. com base no art. 250, inc. II, do Regimento Interno do TCU, determinar à Secretaria de Saúde Indígena e ao Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami, com fundamento nos arts. 46, inciso V, e 49, inciso I, do Anexo I, do Decreto 11.358/2023 c/c a Cláusula Quarta, item II, *alínea “e”*, do Convênio 882.481/2019, que realizem o levantamento dos profissionais de saúde atualmente afastados com recebimento de benefício pelo INSS ou de salário-maternidade e adote medidas junto à instituição conveniada no sentido de efetivar a substituição da totalidade desses profissionais, informando a esta Corte, no prazo de noventa dias, as medidas adotadas (item 539);
- IV. com base no art. 250, inc. II, do Regimento Interno do TCU e no art. 7º, § 3º, inc. I, da Resolução-TCU 315/2020, determinar à Secretaria de Saúde Indígena e ao Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami, com fundamento nos arts. 46, inciso V, e 49, inciso I, do Anexo I, do Decreto 11.358/2023, que, no prazo de noventa dias, contados da ciência da deliberação, elabore plano de ação, identificando as ações a serem adotadas, os responsáveis por cada uma delas e prazos para a implementação, com vistas a reestruturar a gestão do DSEI de modo a estabelecer medidas necessárias a (item 277 e 533):
- a) reformar ou reconstruir os Polos Base depredados durante o período de fechamento, incluídas as instalações de apoio às EMSIs;
- b) viabilizar a logística para a assistência de saúde, de forma a permitir o transporte das EMSIs a todas as comunidades de cada polo base em todas as entradas de equipe; e
- c) escalar equipes compostas por perfis profissionais adequados e em quantidades que atendam a situação epidemiológica, as necessidades de saúde e as características geográficas de cada Polo Base, conforme disposto na Portaria SAS/MS 1.317/2017, art. 7º;
- V. com base no art. 250, inc. III, do Regimento Interno do TCU, recomendar à Secretaria de Saúde Indígena, com fundamento no art. 46, inc. I a VI e XV, do Anexo I do Decreto 11.358/2023 que:
- a) estabeleça fluxo processual de levantamento/apuração completo dos casos de ameaças à EMSI, com a participação do Condisi, para que apresente a versão da comunidade envolvida, de modo a identificar as causas desses eventos e definir os encaminhamentos suficientes para a solução deles, de maneira a evitar o fechamento das unidades de saúde ou, caso o fechamento se mostre inevitável, permitir a breve reabertura das unidades (item 278);
- b) realize capacitação consistente e contínua das EMSIs para atuar no contexto de interculturalidade (item 278);
- c) melhore o monitoramento e o tratamento de saúde preconizado dos indígenas que fazem uso prejudicial do álcool, com o devido registro da morbidade no Siasi, conforme orienta o Manual de Monitoramento do Uso Prejudicial do Álcool em Povos Indígenas, do Ministério da Saúde (item 537);
- d) aprimore a gestão orçamentária de forma a garantir que despesas prioritárias para atingimento dos objetivos da Pnspi, conhecidas por meio de levantamentos objetivos, estejam

adequadamente contempladas na proposta orçamentária anual (item 384);

e) considere na elaboração do plano anual de contratações as reais necessidades de medicamentos essenciais, considerando dados atualizados da população assistida, indicadores epidemiológicos e fatores socioambientais, de cada DSEI (item 384);

f) elabore o planejamento das aquisições, de acordo com levantamentos objetivos das reais necessidades dos DSEIs, identificando as despesas prioritárias para a melhoria dos resultados da Pnaspi, para que elas estejam adequadamente contempladas na proposta orçamentária (item 667);

g) estabeleça registros, em sistemas oficiais do SasiSUS, de dados de remoção de pacientes de Terras Indígenas, em decorrência de agravamento ou falta de condições de atendimento adequado nos Polos Base, indicando a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), data do traslado de ida e volta, DSEI/Polos Base, modal de transporte, estimativas de custos de cada remoção, com o objetivo de auxiliar a avaliação e o monitoramento da resolutividade da prestação de serviços de saúde aos indígenas (item 384);

h) estabeleça procedimentos operacionais de avaliação e manutenção periódica das edificações, a ser realizados pelos DSEIs com o apoio do Departamento de Projetos e Determinantes Ambientais da Saúde Indígena (item 667);

i) regulamente, com parâmetros objetivos, a disponibilização dos meios necessários ao exercício do controle social, com vistas à (item 706):

i.1) disponibilizar cota de transporte aos conselheiros, suficiente para efetuar reuniões e fiscalizações, a ser gerenciada pelos respectivos Condisis; e

i.2) conceder acesso aos conselheiros de saúde aos sistemas eletrônicos e documentação necessária a avaliação da prestação de contas referente à execução de ações relacionadas à atenção à saúde indígena;

j) avalie a conveniência e oportunidade de a gestão dos recursos necessários ao cumprimento do plano de ação do controle social ser realizado diretamente pelos DSEIs (item 702);

VI. com base no art. 250, inc. III, do Regimento Interno do TCU, recomendar ao Ministério da Saúde que dê maior publicidade aos dados da Secretaria de Vigilância em Saúde sobre malária, tendo em vista que, embora existam painéis com dados públicos sobre a doença em terras indígenas, tais dados são de difícil localização e acesso por usuários externos ao Ministério da Saúde, comprometendo as diretrizes constantes art. 3º, incisos I, II, III, IV e V da Lei 12.527/2011 (item 619);

VII. com base no art. 250, inc. III, do Regimento Interno do TCU, recomendar à Secretaria de Saúde Indígena e ao Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena, com fundamento nos arts. 46, inciso V, 47, inciso IV, e 49, inciso I, do Anexo I, do Decreto 11.358/2023, que:

a) em respeito às diretrizes da Pnaspi e ao princípio da eficiência na administração pública que, no prazo de noventa dias, elaborem normativo que oriente os DSEIs na definição do quantitativo e categorias de profissionais que devem formar uma EMSI, tendo por base, no mínimo, o tamanho da população a ser atendida, perfil epidemiológico e características geográficas (item 533); e

b) apoiem o Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami no fortalecimento de sua gestão por meio da elaboração de documento estabelecendo o fluxo do processo de trabalho de seus profissionais de saúde que atuam em área, a exemplo da boa prática observada no DSEI Alto Rio Negro que trabalha com base no documento denominado “Fluxo de Trabalho da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena do DSEI ARN” (peça 249) (item 536);

VIII. nos termos do art. 8º da Resolução-TCU 315, de 2020, fazer constar, na ata da sessão em que estes autos forem apreciados, comunicação do relator ao colegiado no sentido de:

a) monitorar as determinações e recomendações do acórdão que vier a ser prolatado nos presentes autos;

b) autorizar a autuação de representação com o objetivo de verificar possíveis irregularidades na falta de reposição de profissionais afastados contratados para atuar no DSEI Yanomami no

âmbito do Convênio 882481/2019 firmado com a instituição Missão Evangélica Caiuá, podendo tal análise ser estendida também para os Convênios 878439/2018 e 878441/2018 firmados com a instituição São Vicente de Paulo, que operacionaliza as contratações de profissionais, respectivamente, para os DSEIs Alto Rio Negro e Leste de Roraima (item 551); e

c) que a Segecex avalie a conveniência e oportunidade de realizar fiscalização com o objetivo de avaliar a interação das diversas políticas públicas e dos órgãos federais envolvidos na proteção das terras indígenas, incluindo a atuação em relação ao garimpo ilegal, identificado na presente auditoria, e à outras atividades ilícitas realizadas nessas terras (item 280); e

IX. encaminhar cópia do acórdão que vier a ser adotado, acompanhado do relatório e voto que o fundamentarem, à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, ao Departamento de Logística em Saúde, à Secretaria de Saúde Digital, à Secretaria de Saúde Indígena, aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas Yanomami, Alto Rio Negro e Leste de Roraima, e à Controladoria Geral da União.

É o relatório.

VOTO

Trata-se de Auditoria Operacional realizada na Secretaria de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (Sesai), tendo por objetivo avaliar as causas das vulnerabilidades socioambientais que têm afetado a saúde dos povos indígenas, em especial, do povo Yanomami.

2. Relembro que essa temática havia chamado a minha atenção, em 24/11/2021, quando apresentei comunicação a este Plenário sugerindo fiscalização em razão do aumento da fragilidade socioambiental dos povos indígenas brasileiros. Naquele momento, em razão da pandemia de Covid-19 que assolava o mundo, este Tribunal não pôde atuar de maneira mais enfática, haja vista a grande demanda de trabalhos que o momento de excepcionalidade nos impôs.

3. Em 25/1/2023, em comunicação do Presidente desta Casa, esse tema novamente ganhou destaque, tendo sido relacionado alguns trabalhos até então realizados:

i) TC 013.233/2008-5 – Auditoria de Natureza Operacional, Acórdão 402/2009-TCU-Plenário (relator Ministro José Jorge): determinou a elaboração e implementação de programa de monitoramento, acompanhamento, orientação e tratamento da condição de nutrição da população indígena, adotando as medidas necessárias para solucionar as deficiências nutricionais identificadas, além de várias medidas. Os resultados desta fiscalização culminaram com a criação da Sesai, pela Lei 12.314/2010;

ii) TC 019.793/2012-0 – Levantamento, Acórdão 6791/2012-TCU-1ª Câmara (relator Ministro Walton Alencar Rodrigues), o qual tratou de questões de saúde indígena atinentes aos Distritos Yanomami e Leste de Roraima; e

iii) TC 022.388/2016-8 – Auditoria de conformidade, Acórdão 1.439/2017-TCU-Plenário (da minha relatoria), onde foram abordadas as deficiências na fiscalização das Organizações Não Governamentais responsáveis pela prestação dos serviços de saúde indígena.

4. No bojo desta auditoria operacional, estive em visita técnica ao estado de Roraima, nos dias 8 e 9 de fevereiro de 2023, juntamente com a comitiva organizada pelo Ministério da Defesa. Naquela oportunidade, pude testemunhar a complexidade do tema que envolve a saúde dos povos indígenas. Boa parte dessa população vive em regiões remotas, o que dificulta sobremaneira a prestação de serviços de saúde, bem como o envio de medicamentos, água potável e alimentos.

5. Dificuldade que se fez registrar no Plano de Trabalho 2021, elaborado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) e referente ao Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami, ao apontar que 98% das aldeias Yanomami são acessíveis somente por via aérea. E, em razão das condições climáticas, não houve a possibilidade de irmos às terras Yanomami, mesmo com toda a perícia das Forças Armadas, que nos deram o apoio necessário. Assim, não foi possível aterrizar os helicópteros da FAB no território indígena.

6. E, na data de 28/3/2023, este TCU realizou audiência pública em que fomos honrados com a participação da Ministra da Saúde, Nísia Verônica Trindade Lima, da Presidente da Fundação Nacional dos Povos Indígenas, Joênia Wapichana, entre outras autoridades e especialistas sobre o tema, que prestigiaram o evento. A audiência teve o objetivo de debater a matriz de auditoria, de forma a obter contribuição para a execução do trabalho fiscalizatório e auxiliar na elucidação das problemáticas envolvidas.

7. Por fim, em 13/4/2023, a equipe de auditoria realizou painel de referência para apresentar a matriz de auditoria e proceder aos ajustes finais, em que contou com a participação de servidores da Secretaria de Saúde Indígena, Fundação Nacional do Índio, Controladoria-Geral da União, coordenadores do Distrito Sanitário Indígena Leste Roraima e Yanomami e ex-presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena Yanomami.

8. Assim, enumero as questões de auditoria que conduziram a equipe deste TCU na execução da fiscalização (peça 68):

- i) Questão 1 – O processo de planejamento das ações referentes à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi) realizado entre 2018 e 2022 pela Secretaria de Saúde Indígena, em relação ao dimensionamento das equipes de saúde e ao seu treinamento, observou os critérios previstos nas Portarias GM/MS 1533/2016 (PNV), GM/MS 1397/2017 (AIDPI) e SAS/MS 1317/2017 (Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena - EMSI) e Norma Técnica Vigilância Alimentar e Nutricional?
- ii) Questão 2 – O processo de planejamento das ações referentes à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas realizado entre 2018 e 2022 pela Secretaria de Saúde Indígena observaram, quanto à manutenção da qualidade das edificações de saúde dos Polos Base Tipo 1, das Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSIs) e alojamentos de apoio às EMSI e em relação à contratação de bens e serviços, os critérios previstos nas Portarias GM/MS 1801/2015 e SAS/MS 1317/2017, Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), Vigência Alimentar e Nutricional (VAN) e malária?
- iii) Questão 3 – O processo de planejamento das ações referentes à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, realizado entre 2018 e 2022, pela Secretaria de Saúde Indígena, em relação à promoção de ações específicas para contenção da situação especial derivada do avanço do garimpo ilegal na Terra Indígena (TI) Yanomami, observou as diretrizes previstas no item 4.6.4 da Pnaspi?
- iv) Questão 4 – Em que medida a fiscalização de convênios e contratos exercida pelo Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei) é eficiente e atende à legislação reguladora (Decreto 6.170/2007, Portaria Interministerial 127/2008 e suas alterações, e Leis 8.666/93 e 14.133/2021)?
- v) Questão 5 – Em que medida o Ministério da Saúde está atuando junto aos Dseis e demais gestores locais no sentido de monitorar os indicadores de saúde indígena, com transparência e fidedignidade, e em que medida os dados disponíveis têm indicado deterioração das condições de saúde da população Yanomami, cuja situação foi objeto de declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin), nos termos da Portaria GM/MS 20/2023? e
- vi) Questão 6 – Em que medida o controle social na saúde indígena atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas conforme preceitua a Lei 8.080/90 (princípio da participação da comunidade), da Lei 8.142/90 e atende aos parâmetros estabelecidos na Portaria MS 69/2018 e Resolução MS 453/2012?

9. Ressalto que não são parte do escopo de análise: (a) ações do Governo Federal relacionadas à pandemia de Covid-19 direcionadas especificamente aos povos indígenas; (b) desmatamento ilegal em território indígena; (c) avaliação da atuação de outros órgãos no enfrentamento ao garimpo ilegal em território indígena; (d) prestação de serviço e estrutura física da Casa de Saúde Indígena Yanomami (Casai-Yanomami); (e) avaliação da atuação do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-Yanomami); e (f) análise do contrato de prestação do serviço de horas voo do Dsei Yanomami.

10. Friso que o escopo desta auditoria compreende avaliar a execução do programa de atenção à saúde da população indígena e com o objetivo de apresentar as causas para a vulnerabilidade da saúde indígena, em especial do povo Yanomami, adstritas à gestão da Secretaria de Saúde Indígena (Sesai), que compõe a estrutura do Ministério da Saúde. Nesse sentido, a equipe de auditoria priorizou as ações que visem garantir o atendimento da atenção básica de saúde prestado pelo Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei) Yanomami dentro do território.

11. A equipe de auditoria identificou sete achados:
- i) fechamento de unidades de saúde no DSEI Yanomami entre 2021 e 2023;
 - ii) falta de medicamentos essenciais para atendimento dos povos indígenas nos Polos Base e UBSIs;
 - iii) equipes multidisciplinares de saúde indígena não são compostas em quantidades e categorias de profissionais necessários para executar o atendimento de atenção básica;
 - iv) falta de integração dos sistemas de saúde indígena com os demais sistemas do Sistema Único de Saúde (SUS);
 - v) falhas na transparência e na divulgação de dados dos sistemas de saúde indígena;
 - vi) precariedade de edificações de saúde instaladas em território indígena; e
 - vii) limitação da autonomia do Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi) para exercício do controle social.
12. Em vista dos achados e das conclusões, a equipe de auditoria, formada por auditores das Unidades de Auditoria Especializada em Saúde (AudSaúde) e em Agricultura, Meio Ambiente e Desenvolvimento Econômico (AudAgroAmbiental) e da Secretaria de Controle Externo de Desenvolvimento Sustentável (SecexDesenvolvimento), com a anuência do corpo dirigente das unidades técnicas, propôs, em síntese (peças 311-314):
- I - determinar à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, à qual se subordina o Departamento de Logística em Saúde, e à Secretaria de Saúde Indígena, que apresente plano de ação para racionalizar as aquisições de medicamentos essenciais para atender a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, por meio da promoção de contratações centralizadas, a fim de obter economia de escala, padronização de produtos e serviços e redução de custos processuais, de acordo com levantamento objetivo de necessidades e realidades epidemiológicas locais dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;
 - II - determinar à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, à Secretaria de Saúde Indígena e à Secretaria de Saúde Digital, que apresente plano de ação para: (i) implementar estratégia de informação na atenção primária à saúde indígena (prontuário eletrônico, e-SUS APS ou outra estratégia equivalente), de modo a garantir o atendimento aos arts. 19-G e 47 da Lei 8.080/1992; e (ii) dar publicidade aos dados de saúde indígena integrantes do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi) não classificados como sigilosos ou pessoais, bem como aos indicadores a eles associados, com ferramentas que possibilitem a extração dos dados, observadas as diretrizes da Cartilha Técnica para Publicação de Dados Abertos no Brasil;
 - III - determinar à Secretaria de Saúde Indígena e ao Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami que: (i) elabore plano de ação para reestruturar a gestão do Dsei; e (ii) realizem o levantamento dos profissionais de saúde atualmente afastados com recebimento de benefício pelo INSS ou de salário-maternidade e adote medidas junto à instituição conveniada no sentido de efetivar a substituição da totalidade desses profissionais, informando a esta Corte, no prazo de noventa dias, as medidas adotadas;
 - IV - recomendar à Secretaria de Saúde Indígena que adote medidas necessárias para evitar a ocorrência dos achados apontados;
 - V - recomendar ao Ministério da Saúde que dê maior publicidade aos dados da Secretaria de Vigilância em Saúde sobre malária; e
 - VI - recomendar à Secretaria de Saúde Indígena e ao Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena que adotem medidas necessárias para atendimento às diretrizes da Pnaspi e ao princípio da eficiência na administração pública e para apoio ao Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami no fortalecimento de sua gestão.
13. Passo, então, a apresentar uma breve contextualização sobre estrutura para atendimento de saúde indígena, controle social e aspectos orçamentários e, em seguida, a destacar os principais apontamentos acerca dos achados resultantes da fiscalização realizada.

Estrutura de Atendimento à Saúde Indígena, Controle Social, Aspectos Orçamentários e Garimpo na Terra Indígena Yanomami

Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai)

14. A responsabilidade pela saúde indígena foi atribuída à então Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), atualmente Secretaria de Saúde Indígena, órgão vinculado diretamente ao Ministério da Saúde e constituído, à época, por três departamentos (Decreto 7.336/2010): (i) Departamento de Gestão da Saúde Indígena (Dgesi); (ii) Departamento de Atenção à Saúde Indígena (Dasi); e (iii) Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis).

15. Cumpre à Sesai coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnspi) e gerenciar o Subsistema de Saúde Indígena componente do Sistema Único de Saúde (SasiSUS) em todo o país, nos termos da Lei 12.314/2010. A Sesai tem como missão implantar um novo modelo de gestão e atenção à saúde indígena, em conjunto com o SUS, descentralizado e com a participação dos 34 Dseis. A Figura a seguir contempla a estrutura da Sesai.

Estrutura SESAI



16. Os 34 Dseis são unidades gestoras descentralizadas da Sesai, divididas por critérios territoriais e não necessariamente por estados, com base na ocupação geográfica das comunidades indígenas. Eles são responsáveis por promover a saúde indígena em seus territórios e executar as ações previstas para alcançar esse objetivo. Para tanto, no território dos Dseis, a estrutura de atendimento é composta por 1.000 Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI), 376 Polos Base e 67 Casas de Saúde Indígena (Casai), com a atuação de mais de 700 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), formadas por 22 mil profissionais, sendo a maioria (52%) de indígenas.

Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI)

17. Os Dseis oferecem serviços de atenção básica de saúde indígena e saneamento básico, em uma determinada área geográfica que pode abranger mais de um município ou estado. Os polos base são subdivisões dos Dseis e constituem a primeira referência para os agentes indígenas de saúde e saneamento. Existem dois tipos de polos base, Tipo I (localizado em aldeias) e Tipo II (localizado em área urbana). Além disso, há as UBIs, que oferecem serviços de saúde em aldeias com diferentes populações e distâncias dos polos base.

18. Por fim, a Casai oferece serviços complementares de atenção básica aos indígenas referenciados à Rede de Serviços do SUS, bem como seus acompanhantes, quando necessário. Destaque-se que a qualidade das edificações da Casai não está no escopo do presente trabalho. A Figura a seguir ressalta a estrutura dos Dseis.

Organização do Distrito Sanitário Especial Indígena e Modelo Assistencial



Fonte: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2017/agosto/unidades-da-saude-indigena-contam-com-nova-classificacao-para-subtipos-de-estabelecimentos-no-cnes>>. Acesso em 17/7/2023.

19. Os Dseis são constituídos pelos seguintes setores com atribuições definidas na Portaria GM/MS 1.419/2017 (arts. 18 a 25): Seção de Apoio Administrativo (SAA), Serviço de Orçamento e Finanças (Seofi), Serviço de Recursos Logísticos (Selog), Serviço de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena (Sesani) e Divisão de Atenção à Saúde Indígena (Diasi), que possui sob sua subordinação a Casa de Saúde Indígena (Casai).

Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI)

20. A Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) corresponde a um conjunto de profissionais responsáveis pela atenção básica à saúde indígena na área do território indígena, sob gestão do SasiSUS, sendo responsável por prestar assistência e cuidados de saúde às comunidades indígenas, considerando suas especificidades culturais, sociais e territoriais (Portaria SAS/MS 1.317, de 3/8/2017). As EMSIs são compostas por profissionais de diferentes áreas da saúde que trabalham de forma integrada: médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, assistentes sociais, entre outros. Dentre as diversas atividades da EMSI, destacam-se aquelas voltadas para a Atenção Básica, em especial a de enfermeiro (Portaria 2.436, de 21/9/2017):

II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

21. Além disso, as EMSIs também identificam e direcionam casos para tratamentos especializados, como consultas com especialistas, exames laboratoriais e de imagem, e encaminham para hospitais de referência, quando necessário. Os principais tratamentos realizados são: infecções respiratórias, doenças gastrointestinais, doenças de pele, malária, entre outras. Destacam-se também: tratamentos odontológicos, acompanhamento de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, atenção à saúde da mulher, saúde mental, cuidados com a saúde infantil, vacinação e atendimento às necessidades específicas das populações indígenas.

Controle Social

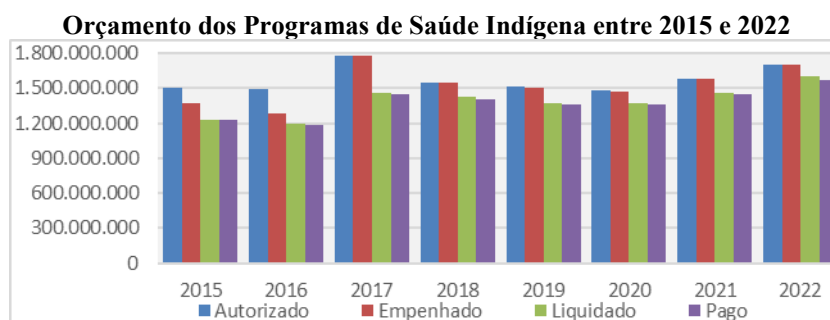
22. A Lei 9.836/1999, que instituiu o SasiSUS, determina que as populações indígenas têm direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

23. O controle e a participação social são exercidos por conselhos em diversos níveis: Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI), composto apenas por indígenas e de caráter permanente e consultivo; Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi), estabelecido no âmbito de cada Dsei, sendo permanente, deliberativo e paritário, com participação de usuários (indígenas), trabalhadores (profissionais que atuam na saúde indígena) e governos; e Fórum de Presidentes dos Condisi (FPCondisi), de caráter permanente e consultivo. Há também a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi), que assessora o Conselho Nacional de Saúde (CNS) em relação às políticas públicas atinentes aos povos indígenas.

Aspectos Orçamentários

24. Todos os recursos da saúde indígena foram destinados à Unidade Orçamentária 36901 (Fundo Nacional de Saúde) e empenhados preponderantemente na subfunção de assistência à saúde (97,5%), havendo uma parcela residual para saneamento básico rural (2,5%). Embora os recursos sejam administrados pelo Fundo Nacional de Saúde, a quem compete transferências intergovernamentais na área da saúde, 99,45% deles possuem localizador nacional, muito em decorrência de serem geridos pelas unidades gestoras do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

25. Em termos gerais, observa-se uma tendência de incremento do orçamento para saúde indígena entre 2015 e 2022, com aumento entre 2016 e 2017, quando o valor empenhado foi de R\$ 1,29 bilhão para aproximadamente R\$ 1,78 bilhão. Nos anos seguintes, esse valor referencial (empenhado) oscilou entre R\$ 1,47 bilhão e R\$ 1,58 bilhão, voltando a aumentar em 2022, para R\$ 1,70 bilhão. Outro dado que chama a atenção é que, a partir de 2017, os valores autorizado e empenhado foram bem próximos, conforme a Figura abaixo.



Fonte: Equipe de auditoria, a partir de dados financeiros do governo federal, extraídos em 16/6/2023.

26. Em relação aos planos orçamentários, a distribuição dos recursos destinados a saúde indígena está apresentada na Tabela a seguir, destacando-se: 93,1% para promoção, proteção e recuperação da saúde indígena e 3,1% para estruturação das unidades de saúde;

Despesas em Saúde Indígena por Planos Orçamentários entre 2015 e 2022 (valor empenhado por R\$ 100.000,00)

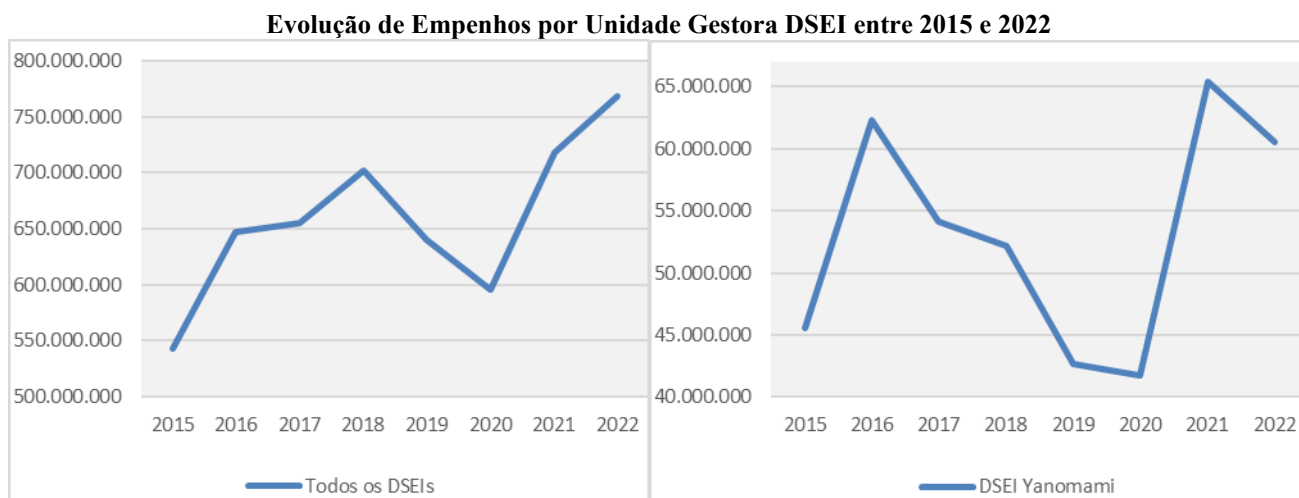
Código	Plano Orçamentário	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
0000	Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena - Despesas Diversas	-	11.946,9	15.733,0	13.844,3	14.279,7	14.291,4	14.675,2	16.136,6
0002	Promoção, proteção e recuperação da saúde indígena	13.029,2	-	-	-	-	-	-	-
0003	Estruturação de Unidades de Saúde e DSEI para Atendimento à População Indígena	402,5	576,5	570,4	852,4	423,6	212,2	434,7	328,3
0000	Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para	-	330,4	-	500,0	379,9	-	-	-
0000	Prevenção e Controle de Agravos - Despesas	-	-	-	-	-	235,7	354,9	469,8
0000	Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para	-	-	-	-	-	-	-	-
0000	Prevenção de doenças e Agravos	-	-	-	-	-	-	-	-
EREL	Emenda de Relator	-	-	998,7	-	-	-	-	-
0000	Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para	267,5	-	482,6	-	-	-	-	-
0000	Prevenção e Controle de Agravos	-	-	-	-	-	-	-	-
CVB0	COVID-19 - Medida Provisória nº 1.032, de 24 de fevereiro de 2021	-	-	-	-	-	-	246,7	-
000Z	Execução de ações de acompanhamento especial	-	-	-	180,3	-	-	-	-
EIND	Emenda Individual	-	41,2	-	94,0	-	-	-	-
0004	Logística para Distribuição de Medicamentos e Insumos Estratégicos para a População	-	-	-	-	-	-	-	78,6
CV00	COVID-19 - Medida Provisória nº 1.041, de 30 de março de 2021	-	-	-	-	-	-	45,0	-
CV19	Coronavírus (COVID-19)	-	-	-	-	-	-	-	2,4
TOTAL		13.699	12.895	17.785	15.471	15.083	14.739	15.756	17.016

Fonte: Equipe de auditoria, a partir de dados financeiros do governo federal, extraídos em 16/6/2023.

27. Entre 2015 e 2022, a maior parte dos recursos foram executados na “Diretoria Executiva do Fundo Nacional de Saúde”, com R\$ 5,94 bilhões (48,5% do total), enquanto as unidades gestoras dos 34 Dseis, juntas, foram responsáveis pela execução de R\$ 5,27 bilhões (43% do total).

28. A despesa total das Unidades Gestoras Dseis apresentou uma trajetória irregular nos últimos anos. De 2015 para 2016, houve um aumento de 19,4% nos dispêndios, chegando a R\$ 646,8 milhões. Em 2017, houve um novo incremento de 1,2%, para R\$ 654,7 milhões; no ano seguinte, as despesas atingiram o maior valor em 4 anos, totalizando R\$ 702,1 milhões. Não obstante, em 2019 e 2020, houve reduções de 8,8% e 7,3%, respectivamente, chegando a R\$ 596 milhões. Nos anos seguintes houve uma retomada no aumento das despesas, com um acréscimo de 20,3% em 2021 e 6,9% em 2022, totalizando R\$ 768,6 milhões.

29. Os dados específicos do Dsei Yanomami indicam um incremento de 36,5% nos recursos empenhados entre 2015 e 2016, quando o montante subiu de R\$ 45,6 milhões para R\$ 62,3 milhões. A partir de então, ocorreu uma queda constante dos recursos, chegando a R\$ 41,7 milhões em 2020. No ano seguinte, houve um aumento de recursos empenhados pela unidade gestora (UG) (56,4%), alcançando R\$ 65,4 milhões. E, em 2022, houve uma redução, para R\$ 60,6 milhões, consoante descrito na Figura a seguir.



Fonte: Equipe de auditoria, a partir de dados financeiros do governo federal, extraídos em 16/6/2023.

30. Conforme destacado pela equipe de auditoria, o Dsei Yanomami foi o que mais empenhou recursos entre 2015 e 2022, em termos absolutos, com mais de R\$ 120 milhões em relação ao Leste de Roraima. A título comparativo, o Dsei Yanomami recebeu uma média de R\$ 54,1 milhões por ano entre 2015 e 2022, enquanto a média para os 34 Dseis foi de R\$ 19,4 milhões. Em relação aos recursos per capita, considerando a população indígena projetada pela Sesai por Dsei em 2022 e os montantes empenhados no mesmo ano, o Dsei Yanomami foi o 9º que mais recebeu, com R\$ 1.980,28 por habitante.

31. Ainda em relação ao DSEI Yanomami, o montante empenhado em locação de meios de transportes em 2022 se destacou ao atingir R\$ 37,4 milhões. Esse valor corresponde a 61,8% de todas as despesas do Dsei Yanomami, e é maior do que o orçamento total empenhado de 31 dos 34 Dseis (apenas os Distritos do Mato Grosso do Sul e do Guamá Tocantins, além do Yanomami, apresentaram em 2022 orçamento maior que 37,4 milhões).

32. Passo a seguir a tratar dos achados de auditoria.

Achado I – Fechamento de unidades de saúde no Dsei Yanomami entre 2021 e 2023

33. O Quadro a seguir relaciona, até data de 12/4/2023, os Polos Base e as UBSI com ocorrência de fechamento entre 2021 e 2023 e o motivo declarado.

Polos base e UBSIs fechados entre 2021 e 2023, situação em 12/4/2023

N.º	Polo Base/UBSI	Início de Fechamento	Motivo de Fechamento	Perspectiva de Reabertura
1	Haxiu	26/10/2021	Evasão dos indígenas	Parcialmente aberto
2	Homoxi	07/11/2021	Invasão do garimpo	Fechado - aguardando tramitação
3	Hakoma	07/11/2021	Evasão dos indígenas	Fechado - aguardando tramitação - definição de Moradia
4	Kayanaú	30/03/2022	Ameaça aos colaboradores	Fechado - aguardando tramitação
5	Alto Padauri/ Waharo	06/04/2022	Ameaça aos colaboradores	Aberto
6	Xitei	14/04/2022	Conflito	Aberto - com equipe de força de segurança
7	Surucucu/Kataroa	04/04/2023	Ameaça aos colaboradores	Fechado – aguardando Tramitação
8	Parafuri	30/03/2023	Ameaça aos colaboradores	Fechado - aguardando tramitação
9	Ajarani	2021	Ameaça aos colaboradores e migração	Fechado - atendimento semanal (terrestre)

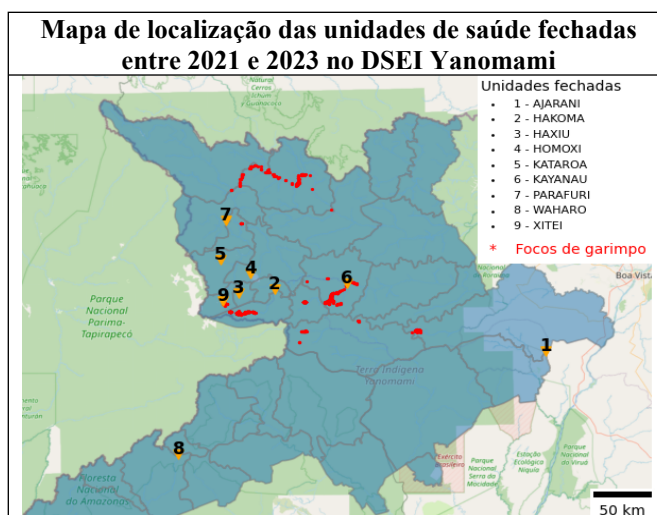
Fonte: Ofício 726/2023/YANOMAMI/DSEI/SESAI/MS, de 12/4/2023 (peça 66, p. 8-9).

34. A última atualização obtida pela equipe de auditoria junto ao Dsei, referente à data de 30/6/2023 (peça 205), indica que, desses nove postos: dois continuavam fechados (Kayanaú e Parafuri), três estavam parcialmente abertos (Homoxi, Hakoma e Ajarani), um estava aberto com apoio da Força Nacional de Segurança (Xitei) e três foram reabertos (Haxiu, Waharo e Kataroa).

35. Nota-se que os motivos para o fechamento das unidades de saúde no Dsei Yanomami, ao longo do período analisado, indicam: (i) ameaça aos colaboradores; (ii) evasão de indígenas; (iii) invasão de garimpeiros; e (iv) conflito. De acordo com a apuração procedida pela equipe de auditoria, o fechamento dessas unidades levou à interrupção do serviço de atenção básica de saúde às populações indígenas envolvidas, impactando no aumento da quantidade de óbitos e de agravos de saúde como malária, pneumonia e desnutrição infantil e de remoções que, por serem aéreas em 98% dos casos, têm custo elevado.

36. De acordo com o Relatório Missão Yanomami – Jan/2023, “existem na região de Surucucu 4 polos fechados, e outros 3 [também fechados] em outras regiões, todos devido à insegurança causada pelos invasores (peça 63, p. 22).

37. A Figura a seguir apresenta a localização geográfica dessas unidades, que estavam fechadas entre 2021 e 2023, de acordo com as informações encaminhadas pela Sesai, em conjunto com a localização dos pontos classificados como garimpo pelo Projeto MapBiomias.



38. A localização dos pontos de garimpo, segundo o MapBiomas e apurado pela equipe de auditoria, coincide com a descrição presente no Laudo 004/2023 – DITEC/PF, elaborado pela Polícia Federal (peça 272, p. 7):

(...) de modo geral, a ocupação [do garimpo] na TI ao longo dos anos se concentrou da região central, em direção a porção oeste da TI, rumo ao Território Venezuelano. Conforme se avança ao interior da TI a tendência é que o acesso esteja dificultado, devido à ausência de estradas e as dificuldades inerentes a navegação fluvial.

39. O documento datado de 11/11/2022 (peça 67, p. 321), assinado por três profissionais de saúde, à época responsáveis técnicos por núcleos da Diasi/Dsei Yanomami, indica que os “Polos Base Homoxi, Hakoma, Haxiu, Kayanau e Xitei tiveram que ser fechados em decorrência de atividade ilegal de garimpo nas proximidades dos Polo Base, fato que colocou a segurança das EMSI [Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena] em risco”, além de elevar:

(...) o risco de doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão e diabetes), bem como dano hidrográfico decorrente do envenenamento dos leitos dos rios, com sérias consequências para a saúde e para a economia das famílias, além de um recrudescimento da violência contra os indígenas.

40. A Tabela a seguir expõe o impacto sobre atendimentos e óbitos vivenciados pela população desses seis polos a partir de 2021.

População atingida e efeitos nos polos base fechados pelo impacto do garimpo ilegal

Polo-base	Quantidade de aldeias	População em 2022	Taxa de atendimentos em 2021 (%)	Taxa de atendimentos em 2022 (%)	Óbitos Total*/<5a** (2021+2022)
Homoxi	5	248	8,41	0,07	6 / 2
Haxiu	12	976	13,50	2,13	10 / 5
Hakoma	13	668	12,90	2,31	10 / 2
Xitei	23	2.098	9,81	7,75	50 / 26
Kayanaú	5	313	12,66	7,16	14 / 3
Parafuri	6	507	15,72	9,24	17 / 6
Totais	64	4.810	32	15,73	107 / 44

*total dos óbitos ocorridos em todas as faixas etárias, somados os anos de 2021 e 2022.

**óbitos de crianças menores de cinco anos por causas evitáveis, com base em lista de causas do Ministério da Saúde, somados os anos de 2021 e 2022.

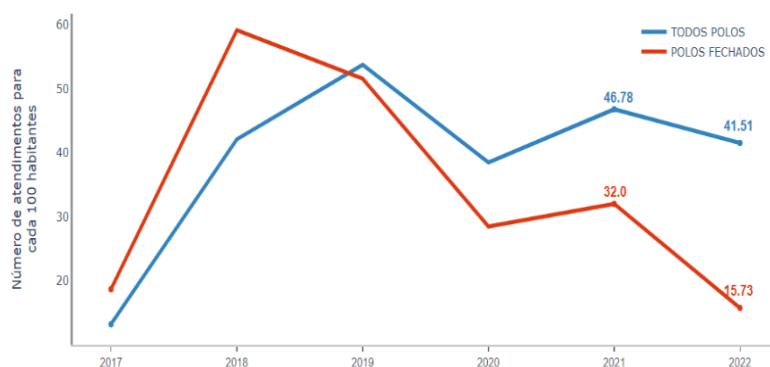
Fonte: Siasi, dados do período entre 1º/1/2021 e 31/12/2022, extraídos em 5/5/2023.

41. Consoante ressaltado pela equipe de fiscalização do TCU, seis das nove unidades de saúde têm na sua região de atuação, ou em seu entorno, a intensa atividade de garimpo ilegal como causa preponderante do motivo de fechamento: Homoxi, Haxiu, Hakoma, Xitei, Kayanau e Parafuri.

42. Os efeitos do fechamento dos seis polos impactados pelo crescimento do garimpo ilegal incluem a desassistência de 4.800 indígenas e potencial aumento expressivo de agravos e óbitos evitáveis, principalmente em crianças menores de cinco anos, como desnutrição, pneumonia e doença diarreica aguda, além de malária.

43. O fechamento das seis unidades impactadas pelo garimpo ilegal reduziu a taxa de atendimento por habitante pela metade entre 2021 e 2022. Em 2021, a taxa média de atendimento, considerando as seis unidades em conjunto, foi de 32 atendimentos por habitante, decaindo para 15 atendimentos por habitante em 2022, conforme demonstrado na Figura a seguir.

Evolução das taxas de atendimento no conjunto dos seis Polos Base



Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do Siasi em 5/5/2023.

44. A equipe de auditoria constatou que as principais causas para interrupção da assistência básica de saúde devido ao fechamento dos postos estão associadas a: (i) falhas na articulação interministerial para realizar a proteção da TI Yanomami e a extrusão do garimpo no território, a qual é a causa mais complexa; e (ii) insuficiência de treinamento dos profissionais de saúde para atuarem no contexto de interculturalidade, em especial a inexistência de antropólogo no quadro de pessoal do Dsei desde 2020, a contribuir com esta causa.

45. Em relação aos polos fechados por impacto do garimpo ilegal, as falhas na articulação interministerial resultaram em que **não ocorresse a extrusão dos agentes ilícitos, medida fundamental para o retorno das ações de assistência à saúde.**

46. Quanto à insuficiência de treinamento, a equipe de auditoria verificou que, nos anos de 2021 e 2022, 80% da força de trabalho não foi capacitada para compreender e aprender a lidar com as diferenças culturais existentes.

47. Anuo às conclusões da equipe de auditoria no sentido de que a extrusão completa do garimpo, ou ao menos a redução a níveis anteriores a 2018, é uma etapa fundamental, mas que deve ser seguida de um plano de reestruturação do serviço de assistência à saúde do Dsei Yanomami.

48. Tais conclusões estão alinhadas com as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnapi) - Anexo 1, ao prever que, na organização do Dsei: (i) é no Polo Base que a maioria dos agravos de saúde devem ser resolvidos (item 4.1.2); e (ii) deverão ser “consideradas e priorizadas ações para situações consideradas especiais”, entre essas o “acompanhamento, monitoramento e desenvolvimento de ações que venham coibir agravos de violência (suicídios, agressões e homicídios, alcoolismo) em decorrência da precariedade das condições de vida e da expropriação e intrusão das terras indígenas” (item 4.6.4).

49. Assim sendo, acolho a proposta sugerida pelas unidades técnicas responsáveis pela fiscalização referentes à determinação endereçada à Sesai e ao Dsei Yanomami e à recomendação direcionada à Sesai.

Achado II - Faltam medicamentos essenciais para atendimento dos povos indígenas nos Polos Base e UBSIs

50. A equipe de auditoria constatou que é recorrente a falta de medicamentos essenciais nos Dseis visitados, em especial, no Alto Rio Negro, Leste de Roraima e Yanomami, tais como: antibióticos, Dipirona, Albendazol e fármacos para tratamento da malária. A consequência disso é o agravamento de quadros de verminoses, diarreias, doenças respiratórias, malária, doenças que poderiam ter resolutividade na atenção primária prestada nas próprias comunidades indígenas. E, ainda, acarretam remoções que são mais desgastantes para os pacientes e dispendiosas para o erário por serem efetivadas mediante transporte aéreo ou fluvial.

51. A causa para essa falta de remédios está associada a: (i) falhas no planejamento e coordenação das aquisições; e (ii) deficiências na gestão orçamentária.

52. A questão da limitação orçamentária foi objeto de análise no bojo do TC 027.952/2019-3 (Relator Ministro Benjamin Zymler), em que foram apontadas deficiências na governança e gestão da Sesai nas aquisições para atender a finalidade da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi). Especialmente, porque a gestão orçamentária da organização não estava institucionalizada, com critérios e parâmetros definidos para uma adequada alocação de recursos entre os executores da política (Acórdão 599/2020-TCU-Plenário).

53. Durante a realização desta fiscalização, a equipe identificou recente avanço para o aprimoramento no planejamento das aquisições de medicamentos. Isso se deve à publicação da Portaria GAB/Sesai 88, de 21/8/2023, que estabelece os procedimentos de planejamento, aquisição e gestão de insumos de saúde indígena, no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas da Secretaria de Saúde Indígena do Ministério da Saúde. Destaco o art. 9º desse normativo por prever parâmetros para o dimensionamento da demanda de insumos de saúde, assim enumerados:

Art. 9º O dimensionamento da demanda de insumos de saúde indígena deverá observar:

I - o perfil epidemiológico local;

II - a população assistida;

III - o estoque atual;

IV - os serviços ofertados;

V - os dados de consumo e de demanda não atendida.

VI - evidências sobre demandas reprimidas;

VII - dados históricos de consumo oriundos de sistemas oficiais de informação; e

VIII - outras memórias de cálculo que permitam justificar as quantidades de aquisição planejadas.

Parágrafo único. O estabelecimento de margens de segurança no dimensionamento da aquisição, como forma de prevenir o desabastecimento, ser justificado.

54. Concorro com as unidades técnicas responsáveis pela fiscalização de que a Portaria GAB/Sesai 88/2023 direciona o planejamento das aquisições de insumos de saúde, em especial medicamentos, para critérios relacionados às demandas específicas do perfil epidemiológico de cada comunidade indígena e das equipes de saúde. E, nesse sentido, pode representar potencial importante para reduzir o risco de insuficiência dessas aquisições.

55. Ademais, conforme bem salientado pela equipe de auditoria, é fundamental para a: (i) efetividade dos trabalhos das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSIs); e (ii) disponibilidade de medicamentos em quantidade suficiente para que os principais agravos como doenças endêmicas, crônicas e saúde infantil sejam tratados na comunidade indígena, sem a necessidade de remoção para a Casai ou hospitais da atenção especializada.

56. Cito, como exemplo, os casos de Doenças Diarreicas Agudas (DDA) e de desnutrição que, em relação ao Dsei Yanomami, têm sido monitorados desde 2013 e aparece, ano após ano, como o primeiro ou o segundo com maior número desses casos, e sempre sendo mais atingidas as crianças menores de cinco anos.

57. A DDA é um agravo recorrente entre as crianças Yanomami. O ano de 2021 foi o último registrado pela Sesai em sua página eletrônica com painéis de acompanhamento dos Dsei sobre DDA. O Dsei Yanomami é o que teve a maior quantidade de casos no país: 5.376 casos. O Dsei Alto Rio Negro teve a segunda maior quantidade de casos, com 3.708 casos, e o Dsei Leste de Roraima teve 136 casos, conforme dados extraídos do Siasi e publicados pela Sesai nos painéis (http://sesai.com.br/paineis/indicadores_sesai_2022.php, acessado em 13/7/2023).

58. Adicionalmente, com relação à desnutrição, a frequência de baixo peso em crianças menores de cinco anos cresceu de 49,3% em 2015 para 56,5% em 2021, e, alguns polos base, em 2022, apresentaram frequências maiores, como Paapiu (81%), Aratha-u (78%), Surucucu (71,4%), entre outros (peça 63, p. 23).

59. O Relatório Missão Yanomami – Jan/2023 descreve um diagnóstico estarrecedor (peça 63, p. 24):

- i) o acompanhamento de vigilância nutricional indicado de 80% nos parece que na verdade representa somente uma pesagem ao ano das crianças, ou seja, a vigilância é falha, as visitas domiciliares são praticamente inexistentes;
- ii) o baixo peso nas gestantes chega a 46,9% em 2022. Nesse sentido apontamos que os dados de consultas pré-natal são baixos com 7% com 6 ou mais, 7,6% com 4 a 5, 40,6% com 1 a 3 consultas e 44,8% sem nenhuma consulta;
- iii) o percentual de cobertura do Esquema Vacinal Completo (EVC) só foi acima de 80% em 2018, em 2019 foi de 66%, 2020 de 68%, 2021 de 73% e 2022 de 53%;
- iv) nos últimos 4 anos, o número de casos de malária no Dsei Yanomami passou de 9.928 em 2018 para 20.393, o que representa um aumento de mais de 105%. Até o momento, foram registrados no Dsei 11.634 casos da doença em 2022, sendo que 3.478 (29,9%) são em crianças de 0 a 9 anos (principalmente menores de 3 anos), porém, pondera-se que a inserção de dados no Sivep-Malária por parte do Distrito pode levar mais de 3 meses, com ainda importante subnotificação.

60. Portanto, acolho o encaminhamento sugerido de determinação à Sesai e à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde e de recomendação à Sesai, pois objetivam propiciar melhorias no processo de aquisição de medicamentos para atendimento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnapi).

Achado III - Equipes multidisciplinares de saúde indígena não são compostas em quantidades e categorias de profissionais necessários para executar o atendimento de atenção básica

61. A Portaria SAS/MS 1.317/2017, em seu art. 7º, determina que o quantitativo e o perfil (categorias de profissionais) da equipe multidisciplinar de saúde indígena devem atender a situação epidemiológica, a necessidade de saúde, as características geográficas, o acesso e o nível de organização dos serviços. Essa norma prevê, ainda, que a equipe mínima a realizar o atendimento em um polo base ou UBSI deve ser composta por um profissional de nível superior, sendo médico ou enfermeiro, e dois profissionais de nível médio, sendo um técnico ou auxiliar de enfermagem e um agente indígena de saúde (AIS) ou agente indígena de saneamento (Aisan).

62. A equipe de fiscalização constatou que, nos anos de 2018 a 2022, a composição das equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) no território indígena sob responsabilidade do Dsei Yanomami foi insuficiente, em quantidades e categorias de profissionais, para realizar adequadamente o atendimento de assistência básica à saúde preconizado, resultando em descumprimento de protocolos de saúde normatizados, em especial, para Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Aidpi), Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), malária e saúde mental.

63. O protocolo estabelecido na Norma Técnica de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena prevê que crianças com desnutrição moderada devem ser acompanhadas quinzenalmente pela EMSI e crianças com desnutrição grave devem ter atendimento semanal por médico com visitas domiciliares¹. Ainda, a suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso deve ocorrer de forma profilática e universal no público compreendido por crianças entre 6 (seis) e 24 (vinte e quatro) meses de idade, gestantes e mulheres até o 3º mês pós-parto e pós-aborto, conforme

¹ Vigilância alimentar e nutricional para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas: Norma Técnica; p. 45.

Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/acervo/documentos/vigilancia-alimentar-e-nutricional-para-os-distritos-sanitarios-especiais>; Acesso em 13/11/2023.

Portaria GM/MS 1.977/2014, art. 2º, Parágrafo Único (incorporada na Portaria de Consolidação GM/MS 5/2017).

64. A insuficiência das equipes de saúde resultou em uma prestação de serviços de saúde inadequada e aquém do necessário, conforme ressaltado pela equipe de auditoria. Isso contribuiu para os resultados ruins relativos à saúde das populações indígenas sob responsabilidade desses Dseis, evidenciado por indicadores epidemiológicos e de desempenho que, no caso do Dsei Yanomami, estão entre os piores do país, consoante descrito no Quadro a seguir.

Amostra de indicadores dos três DSEIs visitados

	DSEI	População	CeD ^(a)	Casos de Malária	Desnutrição na população < 5 anos ^(b)	TMI ^(c)	Óbitos na população < 1 ano	Óbitos por suicídio	Óbitos totais
2022	Yanomami	30.584	7,5	12.399	42,20%	78,9	94	4	315
	Leste de Roraima	55.710	21,8	1.177	4,20%	24,5	44	9	288
	Alto Rio Negro	27.726	72,6	5.645	7,00%	28,9	22	28	166
2021	Yanomami	29.041	0,1	19.992	45,20%	73,8	104	7	354
	Leste de Roraima	54.497	17,8	2.690	4,20%	26,8	51	8	317
	Alto Rio Negro	27.388	53,3	5.458	6,60%	19,3	16	10	159

(a) CeD: Percentual de crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento.

(b) Considera a proporção de crianças com até 5 anos que apresentam déficit nutricional.

(c) TMI: Taxa de Mortalidade Infantil – número de óbitos de crianças com até 1 ano dividido pelo número de nascidos vivos no ano multiplicado por mil.

Fonte: Relatório de auditoria (peça 311, Quadro 5): população e óbitos, extraídos do Siasi em 5/5/2023; malária, extraídos do Sivep-Malária em 20/4/2023; CeD e Desnutrição, extraídos dos painéis da Sesai em 28/7/2023.

65. Uma das metas definidas no PPA 2020-2023, a serem cumpridas pelos Dsei, é relacionada à promoção e à proteção da saúde indígena, Meta 052N (Ampliar para 60% a proporção de crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento – CeD), tendo como meta parcial para 2022 alcançar 52% do público-alvo.

66. Para essa meta, em 2022, no Dsei Alto Rio Negro, as EMSIs conseguiram praticar o protocolo preconizado de CeD das crianças menores de um ano em 72,6% de seu público-alvo, o quinto melhor desempenho no país. No Dsei Leste de Roraima, a frequência que conseguiram foi de 21,8% e no Dsei Yanomami somente 7,5% de suas crianças menores de um ano receberam o atendimento preconizado, o segundo pior desempenho naquele ano (http://sesai.com.br/paineis/indicadores_sesai_2022.php, acessada pela equipe em 13/7/2023).

67. Passo a narrar outros exemplos para se ter uma noção da problemática apresentada.

68. No Dsei Alto Rio Negro, há comunidades habitadas por uma etnia específica que demandam psicólogos e/ou antropólogos na composição da EMSI para tratar de agravos relacionados a tentativas de suicídio. Isso se deve ao fato de que, em 2022, foram registrados 28 casos de suicídio e 44 tentativas notificadas, revelando a maior quantidade entre os 34 Dseis do país. No entanto, a composição das EMSIs, ainda que tivesse a quantidade mínima de profissionais exigida na normatização, não incluiu as categorias específicas de psicólogos e/ou antropólogos.

69. No Dsei Yanomami, há comunidades com altos índices de ocorrência de malária, demandando agentes de endemia e microscopistas a compor EMSI. Os números registrados no Sivep-Malária apontam para o aumento de casos de malária registrados de 2018 (9.738) para 2019 (16.478) da ordem de 70%.

70. O Polo Base Waputha e a UBSI Ketaa tiveram escalas, durante seis meses de 2022, de EMSI formada somente por dois profissionais de saúde e, nos outros seis, composta por três membros. Por nove meses daquele ano, todos os profissionais da EMSI eram técnicos de enfermagem,

descumprindo a equipe mínima determinada pela Portaria SAS/MS 1.317/2017, Anexo II (peça 67, p. 451-504).

71. Em termos geográficos, a região de Waputha possui uma população de 827 indígenas distribuídos em comunidades distantes entre 15 minutos e 3h30 de caminhada, a partir do Polo Base, enquanto outras são acessadas somente por helicóptero (peça 186, p. 1). Ketaa possui 529 indígenas para serem atendidos, com comunidades distantes, por caminhada, entre 1 hora e 2h30 e outras que são atingidas somente por helicóptero (peça 186, p. 8).

72. A situação é ainda pior, pois como a quantidade de médicos é menor que a de enfermeiros, trabalham em escala volante entre os polos, deixando as comunidades muito tempo sem acompanhamento desse profissional até a próxima visita. No mês de maio de 2023, por exemplo, apenas 8 das 69 unidades de saúde do Dsei Yanomami tiveram médico presente na equipe, representando 11% das unidades de saúde (peça 218). Conforme reportado em entrevistas realizadas durante a presente fiscalização, têm sido efetuadas interconsultas com médicos do quadro de recursos humanos do Dsei via rádio, quando necessário e a tecnologia permite.

73. Essa situação se torna crítica, considerando-se a porção do Território Yanomami situada no Estado de Roraima, ante a dispersão geográfica das aldeias e o relevo desafiador, pois são fatores impactantes no planejamento da composição do quantitativo de profissionais por EMSI.

74. Essa criticidade se dá em razão de o acesso ocorrer por transporte aéreo via helicóptero em 33% das comunidades (peça 52, p. 69) e, quando o acesso é possível, mediante caminhada, o relevo se apresenta bastante íngreme, aspecto que exige um esforço físico por vezes incompatível com a capacidade física da EMSI. A consequência disso pode refletir negativamente sobre o atendimento que passa a ser prestado, majoritariamente, no Polo Base e por esporádicas visitas às comunidades.

75. Tendo em vista esses fatores, a equipe de auditoria, quando da visita aos Dseis Alto Rio Negro e Leste de Roraima, verificou que as EMSIs percorrem toda a área adstrita ao polo base ou UBSI, dormindo nas comunidades na maioria das vezes, dada a necessidade de prosseguir para comunidades mais distantes da edificação de saúde nos dias seguintes.

76. Outro exemplo observado pela equipe de auditoria se refere ao Núcleo 2 da Diasi/Dsei Yanomami. Nesse caso, não há disponibilidade de profissionais enfermeiros ou médicos suficientes para alocar, minimamente, um profissional de uma dessas duas categorias de nível superior por polo base/UBSI a cada escala. E, para uma situação que requer tratamento de agravos de saúde mais complexos, um técnico de enfermagem não possui formação profissional e nem habilitação para tal.

77. Ademais, no Dsei Yanomami, restou verificada a insuficiência de profissionais para minimamente compor uma EMSI com um profissional enfermeiro e dois profissionais técnicos de enfermagem. Conforme apurado pela equipe de auditoria, o déficit de enfermeiros é de quase 50% do necessário para que todos os polos e UBSIs tenham uma equipe mínima. Além disso, 30% das equipes são formadas somente por dois técnicos de enfermagem e existem UBSIs sem equipe escalada.

78. Ainda que os dados epidemiológicos indiquem urgência de uma ação, o quantitativo de agentes de endemia contratados não se modificou entre 2018 e 2020, conforme constatado pela equipe de auditoria, na medida em que houve a contratação de 50 profissionais naquele período, de acordo com o planejamento efetuado (peças 261 e 262). Tampouco variou o quantitativo de técnicos de laboratório microscopistas entre 2018 e 2022, haja vista que sempre foram contratados oito profissionais. Para 2023, o Dsei planeja triplicar o número de agentes de endemia para 140 e dobrar o quantitativo para 16 profissionais microscopistas.

79. De qualquer forma, restou constatado que a falta de médicos é um problema recorrente entre os Dseis da região amazônica ante a baixa atratividade salarial frente as dificuldades estruturais e logísticas.

80. A Portaria SAS/MS 1.317/2017, em seu art. 7º, determina que quantitativo e categorias dos profissionais que comporão as EMSI serão definidos conforme a situação epidemiológica, as necessidades de saúde, as características geográficas, o acesso e o nível de organização dos serviços. Todavia, segundo a equipe de auditoria a falta de um normativo parametrizando esses critérios dificulta seu cumprimento pelos Dseis.

81. De acordo com a equipe de auditoria, o Dsei Yanomami e a Sesai, nos anos de 2021 e 2022, realizaram planos emergenciais para tentar conter a situação que se mostrava agravando há algum tempo. No entanto, tais planos registraram pontuais melhorias nas quantidades de casos de agravos, mas que não reverteram a gravidade do quadro epidemiológico do território adstrito a esse Dsei Yanomami.

82. Concorde com a equipe de auditoria no sentido de que a atuação insuficiente das EMSIs impacta todo o sistema de saúde, inclusive onerando financeiramente o orçamento, não só da Sesai, mas de todo o Sistema Único de Saúde (SUS). Isso porque o agravamento de pacientes acarreta remoções que têm custo elevado, principalmente, no Dsei Yanomami por utilizar o transporte aéreo em 98% de seu território. Por conseguinte, impactam a Casai e a rede hospitalar municipal e/ou estadual, que passam a receber pacientes, e acompanhantes, que poderiam estar sendo adequadamente tratados em território e na proximidade de seus lares.

83. Durante o trabalho de fiscalização, constatou-se, também, que as condições das estruturas físicas das edificações de saúde são precárias e insalubres. Situação que agravou a qualidade do serviço de saúde praticado. As informações acostadas aos autos apontam que 45% dos polos/UBSIs não têm energia elétrica para que os profissionais da EMSI possam ter um refrigerador para estocar alimentos perecíveis, obrigando-os a se alimentar de enlatados e embutidos por trinta dias. Além disso, o sistema solar ou fotovoltaico existente em alguns polos base tem se mostrado insuficiente para manter um freezer de vacina. E, por fim, 22% das edificações não têm qualquer tipo de sistema de fornecimento de água (peça 266, p. 3).

84. Assim sendo, acolho o encaminhamento sugerido de determinação à Sesai e ao Dsei Yanomami e de recomendação à Sesai e ao Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena (Dapsi), que tem o objetivo de propor melhorias para a configuração das equipes multidisciplinares de saúde indígena para atendimento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi).

Achado IV - Falta de integração dos sistemas de saúde indígena com os demais sistemas do SUS

85. A equipe de auditoria verificou a ausência de integração entre o Subsistema de Saúde Indígena e os sistemas de informação da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto para as informações epidemiológicas quanto para as de profissionais.

86. Concorde com as unidades técnicas que essa situação aumenta a possibilidade de que medicamentos ou materiais possam ser dispensados equivocadamente, ou adquiridos sem necessidade, o que pode gerar desperdícios e custos desnecessários.

87. Por outro lado, a equipe de fiscalização citou uma boa prática implementada pelo Ministério da Saúde. Trata-se da integração da estratégia e-SUS APS (Atenção Primária à Saúde) à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), via Conecte SUS. Essa estratégia permitiu reestruturar as informações dos Sistemas de Informação em Saúde vinculadas à Atenção Primária, em nível nacional, com a qualificação da gestão da informação para ampliar a qualidade no atendimento à população. A importância disso é que tanto a saúde indígena como o e-SUS APS atuam no mesmo nível de especialidade: a atenção primária à saúde – APS (também chamada atenção básica).

88. Ademais, conforme ressaltado pelas unidades técnicas, a referida estratégia poderia ser implementada de forma gradual tanto em unidades informatizadas como não informatizadas, sem Internet ou com Internet limitada. No entanto, o Ministério da Saúde não tem a obrigação de criar um

sistema de prontuário eletrônico ou expandir a estratégia do e-SUS APS para a saúde indígena, além de que a integração de sistemas é uma questão complexa.

89. Assim, tendo em vista os desafios para a integração do Subsistema de Saúde Indígena com os sistemas de informação da rede do SUS, entendo pertinente o encaminhamento de determinar ao Ministério da Saúde que elabore plano de ação para implementar estratégia de informação na atenção primária à saúde indígena (prontuário eletrônico, e-SUS APS ou outra estratégia equivalente), nos termos sugeridos.

Achado V - Falhas na transparência e de divulgação de dados dos sistemas de saúde indígena

90. A equipe de auditoria constatou inadequada transparência e divulgação dos resultados apurados pela Sesai em indicadores de saúde indígena, de dados assistenciais, de morbidade e de mortalidade em tabelas / painéis de acesso público, bem com a ausência de ferramentas que possibilitem a extração desses dados.

91. Durante a execução dos trabalhos fiscalizatórios, a equipe verificou que os dados de saúde indígena estão disponíveis em painel, no endereço eletrônico “<http://www.saudeindigena.net.br/paineis/>”, e, ao acessá-los, o usuário é direcionado ao endereço “<http://sesai.com.br/paineis/>”, com o mesmo conteúdo. Os domínios (“.net.br” e “.com.br”) chamaram a atenção dos auditores, pois indicam, respectivamente, domínio criado para provedores de internet e empresas que atuam no setor de tecnologia da informação e comunicação (“.net.br”) e domínio comercial, normalmente utilizado por empresas com finalidade lucrativo (“.com.br”). Como a Sesai é uma secretaria vinculada ao Ministério da Saúde, deveria utilizar o domínio “.gov.br”, referente ao governo federal.

92. A utilização de outros domínios, que não o do governo federal, além de poder incorrer em custos desnecessários, também pode gerar dúvidas e questionamentos dos usuários sobre a autenticidade do conteúdo apresentado. Existe orientação constante da “Cartilha Técnica para Publicação de Dados Abertos no Brasil” no sentido de que, para o parâmetro autenticidade, os dados devem provir de uma fonte legítima da instituição e, para isso, todo conjunto de dados precisa possuir uma URL contendo um domínio sob controle do órgão ou entidade que termine em “.gov.br”.

93. As unidades técnicas ressaltaram que os painéis apresentam muitos dados já agregados em indicadores, mas sem apresentar os dados brutos e estruturados que facilitem seu uso. Em alguns casos, existem planilhas no formato *hardcoded* dentro da página *web*, não sendo possível extrair as suas informações em formatos abertos e não proprietários, como .csv, .xml, .json ou .ods. Sobre esse aspecto, a “Cartilha Técnica para Publicação de Dados Abertos no Brasil” estabelece:

Os dados devem estar em seu formato mais bruto possível, ou seja, antes de qualquer cruzamento ou agregação. Mesmo que o órgão ou entidade ache importante e já tenha publicado alguma visão de agregação desses dados, existe grande valor no dado desagregado. (...)

Os dados devem estar em formato aberto, não proprietário, estável e de amplo uso (...)

94. No caso das informações sobre malária, a equipe de fiscalização identificou um painel de acesso público e com dados brutos disponíveis para a extração, mas de difícil acesso. Tanto que sua visualização foi possível a partir da indicação do caminho para encontrar o painel por parte de um servidor da Secretaria de Vigilância em Saúde.

95. Além disso, as respostas dos profissionais das EMSI que preencheram os questionários até 30/6/2023, enviados pela equipe de fiscalização, apontam que 47,6% dos respondentes conhecem os painéis de dados da Sesai e 42,7% tinham acesso aos painéis. Esses dados indicam baixos percentuais ante a importância da informação para a implementação da política pública em tela.

96. Concorro com as unidades técnicas no sentido de que o acesso restrito e sem uma ferramenta de extração dos dados dificulta a avaliação das políticas públicas, pois restringe o acesso

pela sociedade às informações necessárias para avaliar o impacto das ações governamentais.

97. Nesse escopo, entendo pertinente a proposta sugerida de determinar ao Ministério da Saúde que elabore plano de ação para dar publicidade aos dados de saúde indígena integrantes do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi) não classificados como sigilosos ou pessoais.

Achado VI – Precariedade de edificações de saúde instaladas em território indígena

98. A equipe de fiscalização deste TCU, quando da visita aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas Alto Rio Negro, Leste de Roraima e Yanomami, constatou que os Polos Base Balaio, Ilha das Flores (Alto Rio Negro), Maloca Paapiu (Yanomami) e UBSIs do Polo Base Milho (Leste de Roraima) apresentavam situação precária, destacando-se: (i) assoalhos de madeira destruídos; (ii) paredes de madeira infestadas por cupins; (iii) ambientes insalubres com morcegos; (iv) ausência de fornecimento de água, energia elétrica e internet; e (v) ausência de banheiro para uso dos profissionais.

99. As informações do Dsei Yanomami corroboram a situação vivenciada pelos auditores, na medida em que: (i) 51% das edificações são consideradas com o estado de conservação como ruins ou regulares; (ii) 45% dos polos/UBSIs não têm energia elétrica para que os profissionais da EMSI possam ter um refrigerador para estocar alimentos perecíveis; e (iii) outros 22% dos polos bases/UBSI não possuem qualquer tipo de fornecimento de água (peça 266).

100. Trata-se de instalações que (i) não dispõem de acomodações mínimas para as EMSI ali permanecem por até 30 dias, (ii) não propiciam um ambiente seguro e saudável tanto aos profissionais quanto aos pacientes e (iii) não asseguram a qualidade do atendimento de saúde.

101. A dificuldade logística novamente aparece como um desafio, pois 98% dos polos em território Yanomami somente são acessíveis por avião, demandando horas de voo para o transporte de materiais e pessoal para execução dos serviços de manutenção, reforma e construção.

102. Sobre esse aspecto, anuo à conclusão da equipe de auditoria de que a falta de estrutura física adequada compromete a qualidade e a efetividade dos serviços de saúde prestados às comunidades indígenas.

103. Portanto, acolho a proposta de recomendação direcionada à Sesai para estabelecer procedimentos operacionais de avaliação e manutenção periódica das edificações.

Achado VII – Limitação da autonomia do Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi) para exercício do controle social

104. A equipe de auditoria apontou as seguintes causas limitantes da atuação dos conselhos de saúde indígena:

- a) inexistência de previsão orçamentária para apoio logístico aos conselheiros, condicionando a atuação à disponibilidade de transporte e à discricionariedade do coordenador do Dsei;
- b) restrições de acesso a dados e informações necessários ao controle exercido pelos conselhos de saúde indígena; e
- c) dependência de aprovação do plano de trabalho do convênio para realizar reuniões e capacitações, a qual, por vezes, ocorre com atrasos.

105. Os conselhos de saúde indígena são denominados de Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI) e Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi).

106. O Condisi tem como objetivo participar na elaboração e aprovação do Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) e acompanhar e avaliar sua execução.

107. Os CLSIs são instâncias permanentes e consultivas, formados somente por indígenas que se organizam por aldeia ou por um conjunto de aldeias e têm, entre suas atribuições, manifestar-se sobre as ações e os serviços de atenção à saúde indígena necessários às respectivas comunidades, bem como acompanhar a execução de ações à saúde em sua comunidade, entre outras.

108. Ao Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei), compete fortalecer o controle social por intermédio dos Condisi e CLSI, nos termos do art. 6º, inciso XI, da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnapi). E, cabe ao coordenador do Dsei analisar e aprovar as solicitações para execução das atividades de controle social de acordo com a disponibilidade orçamentária existente, conforme o art. 26, incisos I e III, do anexo 4 do Anexo VIII da Portaria de Consolidação GM/MS 4/2017, acrescido pela Portaria GM/MS 3.021/2020.

109. À Secretaria de Saúde Indígena (Sesai), cumpre garantir os meios necessários para realização das atividades dos colegiados de saúde indígena, conforme plano de trabalho do Dsei.

110. Esse tema foi objeto da apreciação, nos termos do Acórdão 599/2020-TCU-Plenário (relator Ministro Benjamin Zymler), em que o TCU determinou à Sesai que estabelecesse medidas visando a fortalecer a participação social também nas questões relativas às contratações relacionadas à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, de modo a envolver a população usuária, a sociedade e as demais partes interessadas na política de contratações, permitindo-lhes opinar a respeito e ter o devido acesso às informações necessárias para esse fim (subitem 9.1.2.3 do acórdão).

111. Em decorrência da pandemia do coronavírus, as reuniões dos conselhos e as capacitações foram prejudicadas no exercício de 2020 e 2021.

112. No exercício de 2022, foi realizada uma reunião distrital e dez reuniões locais, ante a previsão de realização de três reuniões distritais e 37 reuniões e capacitações locais (peça 269, p. 2-3).

113. E, em 2023, a nota de esclarecimento do Condisi Yanomami, inserida no sistema SEI em 5/7/2023, noticia que o processo de liberação de recurso ainda não havia sido aprovado (peça 281), apesar de as reuniões ordinárias estarem previstas para abril e outubro (peça 33, p. 89).

114. Quanto ao Condisi Alto Rio Negro, ainda não foram realizadas as reuniões em função de atraso na homologação do plano de trabalho (peça 269, p. 1).

115. Nesse escopo, acolho o encaminhamento sugerido de recomendar à Sesai que regulamente a disponibilização dos meios necessários ao exercício do controle social.

Ante o exposto, voto para que seja aprovada a minuta de acórdão que submeto a este Plenário.

TCU, Sala das Sessões, em 29 de novembro de 2023.

Ministro VITAL DO RÊGO
Relator

ACÓRDÃO Nº 2467/2023 – TCU – Plenário

1. Processo TC 001.308/2023-8.
- 1.1. Apensos: TC 002.491/2023-0; TC 001.153/2023-4.
2. Grupo I – Classe de Assunto: V – Relatório de Auditoria.
3. Interessado: Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (00.394.544/0173-12).
4. Órgãos/Entidades: Ministério da Saúde; Secretaria de Saúde Indígena.
5. Relator: Ministro Vital do Rêgo.
6. Representante do Ministério Público: não atuou.
7. Unidades Técnicas: Unidade de Auditoria Especializada em Saúde (AudSaúde); Unidade de Auditoria Especializada em Agricultura, Meio Ambiente e Desenvolvimento Econômico (AudAgroAmbiental); e Secretaria de Controle Externo de Desenvolvimento Sustentável (SecexDesenvolvimento).
8. Representação legal: não há.

9. Acórdão:

VISTOS, relatados e discutidos estes autos sobre auditoria operacional na Secretaria de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (Sesai), com o objetivo de avaliar as causas das vulnerabilidades socioambientais que têm afetado a saúde dos povos indígenas, em especial, do povo Yanomami;

ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em Sessão do Plenário, ante as razões expostas pelo Relator, em:

9.1. determinar à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, à qual se subordina o Departamento de Logística em Saúde, e à Secretaria de Saúde Indígena, com base no art. 43, inciso I, da Lei 8.443/1992, c/c o art. 250, inciso II, do Regimento Interno do TCU e o art. 7º, § 3º, inciso I, da Resolução-TCU 315/2020, que apresentem plano de ação, no prazo de 90 (noventa) dias, a contar da ciência deste acórdão, identificando as ações a serem adotadas, os responsáveis por cada uma delas e os prazos para a implementação, com vistas a racionalizar as aquisições de medicamentos essenciais para atender a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, por meio da promoção de contratações centralizadas, a fim de obter economia de escala, padronização de produtos e serviços e redução de custos processuais, de acordo com levantamento objetivo de necessidades e realidades epidemiológicas locais dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, ante o disposto no art. 13, incisos IV e VI, no art. 17, incisos II e IV, e no art. 46, incisos I a VI e XV, do Anexo I do Decreto 11.358/2023;

9.2. determinar à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, à Secretaria de Saúde Indígena e à Secretaria de Saúde Digital, com base no art. 43, inciso I, da Lei 8.443/1992, c/c o art. 250, inciso II, do Regimento Interno do TCU e o art. 7º, § 3º, inciso I, da Resolução-TCU 315/2020, que apresentem plano de ação, no prazo de 90 (noventa) dias, a contar da ciência deste acórdão, identificando as ações a serem adotadas, os responsáveis por cada uma delas e os prazos para a implementação:

9.2.1. com vistas a implementar estratégia de informação na atenção primária à saúde indígena (prontuário eletrônico, e-SUS APS ou outra estratégia equivalente), ante o disposto no art. 13, incisos I, III e XIV, no art. 46, incisos I a VI e XV, e no art. 53, incisos I, V e VI, do Anexo I do Decreto 11.358/2023, de modo a assegurar o atendimento aos arts. 19-G e 47 da Lei 8.080/1992, para notadamente:

9.2.1.1. garantir a todos os indígenas atendidos no âmbito do sistema público de saúde o direito de ter um registro do respectivo atendimento com a sua respectiva identificação;

9.2.1.2. integrar os dados do Subsistema de Saúde Indígena com os demais sistemas de informação da rede do Sistema Único de Saúde;

9.2.1.3. integrar e registrar os dados de todos os profissionais que atuem em equipes de saúde indígena ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde; e

9.2.1.4. oferecer soluções que atendam as unidades de saúde não informatizadas, sem internet ou com internet limitada; e

9.2.2. com vistas a dar publicidade aos dados de saúde indígena integrantes do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi) não classificados como sigilosos ou pessoais, bem como aos indicadores a eles associados, com ferramentas que possibilitem a extração dos dados, observadas as diretrizes da Cartilha Técnica para Publicação de Dados Abertos no Brasil, tendo em vista o disposto no art. 13, incisos I, III e XIV, no art. 46, incisos I a VI e XV, e no art. 53, incisos I, V e VI, do Anexo I do Decreto 11.358/2023, a fim de garantir o atendimento ao art. 3º, incisos I, II, III, IV e V, da Lei 12.527/2011;

9.3. determinar à Secretaria de Saúde Indígena e ao Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami, com base no art. 43, inciso I, da Lei 8.443/1992, c/c o art. 250, inciso II, do Regimento Interno do TCU e o art. 7º, § 3º, inciso I, da Resolução-TCU 315/2020, que, no prazo de 90 (noventa dias), a contar da ciência deste acórdão:

9.3.1. realizem o levantamento dos profissionais de saúde atualmente afastados com recebimento de benefício pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) ou de salário-maternidade e adotem medidas junto à instituição conveniada no sentido de efetivar a substituição da totalidade desses profissionais, informando a esta Corte, as medidas adotadas, tendo em vista o disposto nos arts. 46, inciso V, e 49, inciso I, do Anexo I, do Decreto 11.358/2023 c/c a Cláusula Quarta, item II, alínea “e”, do Convênio 882.481/2019;

9.3.2. elaborem plano de ação, identificando as ações a serem adotadas, os responsáveis por cada uma delas e os prazos para a implementação, com vistas a reestruturar a gestão do Distrito Sanitário Especial Indígena, tendo em vista os termos dos arts. 46, inciso V, e 49, inciso I, do Anexo I do Decreto 11.358/2023, de modo a estabelecer medidas necessárias a:

9.3.2.1. reformar ou reconstruir os Polos Base depredados durante o período de fechamento, incluídas as instalações de apoio às Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena;

9.3.2.2. viabilizar a logística para a assistência de saúde, de forma a permitir o transporte das EMSIs a todas as comunidades de cada polo base em todas as entradas de equipe; e

9.3.2.3. escalar equipes compostas por perfis profissionais adequados e em quantidades que atendam a situação epidemiológica, as necessidades de saúde e as características geográficas de cada Polo Base, conforme disposto no art. 7º da Portaria SAS/MS 1.317/2017;

9.4. recomendar à Secretaria de Saúde Indígena, com base no art. 250, inciso III, do Regimento Interno do TCU e tendo em vista os termos do art. 46, incisos I a VI e XV, do Anexo I do Decreto 11.358/2023, que adote as medidas necessárias a fim de:

9.4.1. estabelecer fluxo processual de levantamento/apuração completo dos casos de ameaças à Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, com a participação do Conselho Distrital de Saúde Indígena, para que apresente a versão da comunidade envolvida, de modo a identificar as causas desses eventos e definir os encaminhamentos suficientes para a solução deles, de maneira a evitar o fechamento das unidades de saúde ou, caso o fechamento se mostre inevitável, permitir a breve reabertura das unidades;

9.4.2. realizar capacitação consistente das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena para atuar no contexto de interculturalidade;

9.4.3. melhorar o monitoramento e o tratamento de saúde preconizado dos indígenas que fazem uso prejudicial do álcool, com o devido registro da morbidade no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena, conforme orienta o Manual de Monitoramento do Uso Prejudicial do Alcool em Povos Indígenas, do Ministério da Saúde;

9.4.4. aprimorar a gestão orçamentária de forma a garantir que despesas prioritárias para atingimento dos objetivos da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi),

conhecidas por meio de levantamentos objetivos, estejam adequadamente contempladas na proposta orçamentária anual;

9.4.5. considerar na elaboração do plano anual de contratações as reais necessidades de medicamentos essenciais, levando em conta dados atualizados da população assistida, indicadores epidemiológicos e fatores socioambientais de cada Distrito Sanitário Especial Indígena;

9.4.6. elaborar o planejamento das aquisições de acordo com levantamentos objetivos das reais necessidades dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, identificando as despesas prioritárias para a melhoria dos resultados da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi), para que elas estejam adequadamente contempladas na proposta orçamentária;

9.4.7. estabelecer registros, em sistemas oficiais do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), de dados de remoção de pacientes de Terras Indígenas, em decorrência de agravamento ou falta de condições de atendimento adequado nos Polos Base, indicando a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), data do traslado de ida e volta, Distrito Sanitário Especial Indígena/Polo Base, modal de transporte e estimativas de custos de cada remoção, com o objetivo de auxiliar a avaliação e o monitoramento da resolutividade da prestação de serviços de saúde aos indígenas;

9.4.8. estabelecer procedimentos operacionais de avaliação e manutenção periódica das edificações a serem realizados pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas com o apoio do Departamento de Projetos e Determinantes Ambientais da Saúde Indígena;

9.4.9. regulamentar, com parâmetros objetivos, a disponibilização dos meios necessários ao exercício do controle social, com vistas a:

9.4.9.1. disponibilizar cota de transporte aos conselheiros, suficiente para efetuar reuniões e fiscalizações, a ser gerenciada pelos respectivos Conselhos Distritais de Saúde Indígena; e

9.4.9.2. conceder acesso aos conselheiros de saúde aos sistemas eletrônicos e documentação necessária para a avaliação da prestação de contas referente à execução de ações relacionadas à atenção à saúde indígena;

9.4.10. avaliar a conveniência e oportunidade de a gestão dos recursos necessários ao cumprimento do plano de ação do controle social ser realizado diretamente pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;

9.5. recomendar ao Ministério da Saúde, com base no art. 250, inciso III, do Regimento Interno do TCU, que dê maior publicidade aos dados da Secretaria de Vigilância em Saúde sobre a malária, tendo em vista que, embora existam painéis com dados públicos sobre a doença em terras indígenas, tais dados são de difícil localização e acesso por usuários externos ao Ministério da Saúde, comprometendo as diretrizes constantes art. 3º, incisos I, II, III, IV e V, da Lei 12.527/2011;

9.6. recomendar à Secretaria de Saúde Indígena e ao Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena, com base no art. 250, inciso III, do Regimento Interno do TCU e tendo em vista o disposto nos arts. 46, inciso V, 47, inciso IV, e 49, inciso I, do Anexo I do Decreto 11.358/2023, que:

9.6.1. em respeito às diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi) e ao princípio da eficiência na administração pública que, no prazo de 90 (noventa) dias, elaborem normativo que oriente os Distritos Sanitários Especiais Indígenas na definição do quantitativo e categorias de profissionais que devem formar uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, tendo por base, no mínimo, o tamanho da população a ser atendida, o perfil epidemiológico e as características geográficas; e

9.6.2. apoiem o Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami no fortalecimento de sua gestão por meio da elaboração de documento estabelecendo o fluxo do processo de trabalho de seus profissionais de saúde que atuam em área, a exemplo da boa prática observada no Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Negro que trabalha com base no documento denominado “Fluxo de Trabalho da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena do DSEI ARN”, acostado à peça 249;

9.7. autorizar a Unidade de Auditoria Especializada em Saúde (AudSaúde), nos termos do art. 8º da Resolução-TCU 315/2020, que:

9.7.1. realize o monitoramento das determinações e recomendações deste acórdão;

9.7.2. autue representação com o objetivo de verificar possíveis irregularidades na falta de reposição de profissionais afastados contratados para atuar no Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami no âmbito do Convênio 882481/2019 firmado com a instituição Missão Evangélica Caiuá, podendo tal análise ser estendida também para os Convênios 878439/2018 e 878441/2018 firmados com a instituição São Vicente de Paulo, que operacionaliza as contratações de profissionais, respectivamente, para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas Alto Rio Negro e Leste de Roraima;

9.8. notificar a Secretaria-Geral de Controle Externo (Segecex) para que avalie a conveniência e oportunidade de realizar fiscalização com o objetivo de avaliar a interação das diversas políticas públicas e dos órgãos federais envolvidos na proteção das terras indígenas, incluindo a atuação em relação ao garimpo ilegal, identificado na presente auditoria, e a outras atividades ilícitas realizadas nessas terras; e

9.9. notificar a Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, o Departamento de Logística em Saúde, a Secretaria de Saúde Digital, a Secretaria de Saúde Indígena, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas Yanomami, Alto Rio Negro e Leste de Roraima, e a Controladoria-Geral da União sobre este acórdão.

10. Ata nº 49/2023 – Plenário.

11. Data da Sessão: 29/11/2023 – Ordinária.

12. Código eletrônico para localização na página do TCU na Internet: AC-2467-49/23-P.

13. Especificação do quórum:

13.1. Ministros presentes: Bruno Dantas (Presidente), Walton Alencar Rodrigues, Benjamin Zymler, Augusto Nardes, Aroldo Cedraz, Vital do Rêgo (Relator), Jorge Oliveira, Antonio Anastasia e Jhonatan de Jesus.

13.2. Ministro-Substituto presente: Augusto Sherman Cavalcanti.

(Assinado Eletronicamente)

BRUNO DANTAS
Presidente

(Assinado Eletronicamente)

VITAL DO RÊGO
Relator

Fui presente:

(Assinado Eletronicamente)

CRISTINA MACHADO DA COSTA E SILVA
Procuradora-Geral