



MINISTÉRIO DOS POVOS INDÍGENAS
Gabinete da Ministra
Assessoria Especial Assuntos Parlamentares e Federativos
Coordenação-Geral de Assuntos Parlamentares

OFÍCIO SEI Nº 4722/2024/MPI

Ao Senhor
LUCIANO BIVAR
Deputado Federal
Primeiro Secretário da 1ª Secretaria - Mesa Diretora da Câmara dos Deputados
Câmara dos Deputados, Edifício Principal, Térreo, Ala A, Sala 27
Brasília-DF, CEP 70160-900
primeira.secretaria@camara.leg.br

Assunto: Resposta ao Ofício 1ºSec/RI/E/nº 201 de 24/07/2024 (SEI Nº 44284703) que trata dos Requerimentos de Informação, de autoria do Deputado Saullo Vianna, nºs 1493/2024, 1494/2024, 1495/2024, 1496/2024, 1497/2024, 1498/2024, 1500/2024, 1501/2024, 1502/2024, 1503/2024, 1509/2024, 1510/2024, 1511/2024, 1512/2024, 1513/2024, 1518/2024, 1519/2024, 1520/2024, 1521/2024, 1522/2024, 1523/2024, 1524/2024, 1525/2024, 1526/2024, 1527/2024, 1528/2024, 1529/2024, 1530/2024, 1531/2024, 1533/2024, 1534/2024, 1535/2024, 1536/2024, 1537/2024, 1538/2024, 1539/2024, 1540/2024, 1541/2024, 1542/2024, 1543/2024, 1544/2024, 1547/2024, 1551/2024, 1552/2024, 1553/2024, 1554/2024, 1555/2024, 1556/2024, 1560/2024, 1561/2024, 1562/2024, 1563/2024, 1565/2024, 1566/2024, 1567/2024, 1568/2024, 1569/2024, 1570/2024, 1571/2024, 1572/2024, 1573/2024.

Referência: Ao responder este Ofício, favor indicar expressamente o Processo nº 15000.002572/2024-86.

Senhor Primeiro-Secretário,

1. Apresento-lhe, com cordiais saudações, as respostas aos questionamentos formulados por esta Casa Legislativa, conforme solicitado pelos Requerimentos de Informação de autoria do Deputado Saullo Vianna, nºs 1493/2024, 1494/2024, 1495/2024, 1496/2024, 1497/2024, 1498/2024, 1500/2024, 1501/2024, 1502/2024, 1503/2024, 1509/2024, 1510/2024, 1511/2024, 1512/2024, 1513/2024, 1518/2024, 1519/2024, 1520/2024, 1521/2024, 1522/2024, 1523/2024, 1524/2024, 1525/2024, 1526/2024, 1527/2024, 1528/2024, 1529/2024, 1530/2024, 1531/2024, 1533/2024, 1534/2024, 1535/2024, 1536/2024, 1537/2024, 1538/2024, 1539/2024, 1540/2024, 1541/2024, 1542/2024, 1543/2024, 1544/2024, 1547/2024, 1551/2024, 1552/2024, 1553/2024, 1554/2024, 1555/2024, 1556/2024, 1560/2024, 1561/2024, 1562/2024, 1563/2024, 1565/2024, 1566/2024, 1567/2024, 1568/2024, 1569/2024, 1570/2024, 1571/2024, 1572/2024, 1573/2024, que "*Requer informações ao Ministério dos Povos Indígenas acerca das medidas adotadas para o fomento de políticas públicas para a promoção do envelhecimento saudável e digno da população indígena*" dos municípios de Alvarães, Amaturá, Anamá, Anori, Apuí, Atalaia do Norte, Autazes, Barcelos, Barreirinha, Benjamin Constant, Beruri, Boa Vista do Ramos, Boca do Acre, Borba, Caapiranga, Canutama, Carauari, Careiro da Várzea, Coari, Codajás, Eirunepé, Envira, Fonte Boa, Guajará, Humaitá, Ipixuna, Iranduba, Itacoatiara, Itamarati, Itapiranga, Japurá, Juruá, Jutai, Lábrea, Manacapuru, Manaquiri, Manaus, Manicoré, Maraã, Maués, Nhamundá, São Paulo de Olivença, Nova Olinda do Norte, Novo Airão, Novo Aripuanã, Parintins, Pauini, Presidente Figueiredo, Rio Preto da Eva, Santa Isabel do Rio Negro, Santo Antônio do Itá, São Gabriel da Cachoeira, São Sebastião do Uatumã, Silves, Tabatinga, Tapauá, Tefé, Tonantins, São Sebastião do Uarini, São Sebastião de Uruará e Uruçurituba, respectivamente.

2. O requerimento de informação em questão, encaminhado pelo Ofício 1ºSec/RI/E/nº 201 de 24/07/2024 (SEI Nº 44284703), apresenta à esta pasta as seguintes demandas:

"Com base nas informações do censo, como o Ministério dos Povos Indígenas pretende atuar para reduzir a disparidade na idade entre os indígenas que residem em Terras Indígenas e aqueles que vivem fora dessas áreas, considerando a diferença significativa na idade mediana entre esses dois grupos?" [sic]

E como o Ministério tem feito ou pretende fazer em relação a colaborar na integração de políticas públicas interministeriais para enfrentar os desafios específicos relacionados ao envelhecimento da população indígena?" [sic]

3. A resposta à demanda, é aqui apresentada por este Ministério dos Povos Indígenas, conforme se segue:

4. **1. Com base nas informações do censo, como o Ministério dos Povos Indígenas pretende atuar para reduzir a disparidade na idade entre os indígenas que residem em Terras Indígenas e aqueles que vivem fora dessas áreas, considerando a diferença significativa na idade mediana entre esses dois grupos?**

5. Em relação à **primeira pergunta**, informamos que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – realiza periodicamente censos para produção de dados demográficos que subsidiem as políticas públicas. Os resultados são publicados em cadernos e livros temáticos, além de haver divulgação por meio de notícias em seu site oficial e agências de notícia públicas, como a Agência Brasil. Uma das publicações do IBGE sobre os povos indígenas é o "Censo Demográfico 2022: quilombolas e indígenas, por sexo e idade, segundo recortes territoriais específicos".

6. O IBGE define a idade mediana na página 143, como "*a medida separatriz que utiliza o critério de idade para dividir a população em duas partes iguais, ou seja, é a idade que separa a metade mais jovem da metade mais velha da população*"¹. Ressalta-se que a idade mediana é influenciada não apenas pelo número de idosos em uma certa população, mas também pelo número de pessoas jovens e crianças, o que a faz diminuir. O próprio IBGE reconhece essa dinâmica e explica que provavelmente esse é um dos fatores que explica a menor idade mediana entre os povos indígenas. Uma matéria da Agência IBGE Notícias datada de 03/05/2024 mostra que há mais jovens entre os indígenas:

- Verifica-se que 56,10% dos indígenas têm menos de 30 anos de idade, enquanto a população residente do Brasil tem 42,07% da população nessa faixa. Por outro lado, 10,65% da população indígena tem 60 anos ou mais, enquanto essa faixa de idade representa 15,81% da população residente do país.

- O maior peso percentual de indígenas concentra-se na faixa de idade entre zero e 14 anos (29,95%). Em Terras Indígenas, essa faixa de idade chega a 40,54%².

7. A explicação para o maior número de crianças e jovens entre os povos indígenas, especialmente nas terras indígenas, foi descrita na matéria da Agência Brasil, também do dia 03/05/2024 como "Entre fatores que contribuiriam para esse cenário [idade mediana menor em TIs], segundo pesquisadores do IBGE, está a vida comunitária, que permitiria, por exemplo, um maior apoio no cuidado com os filhos"³.

8. Trata-se portanto de um fator positivo, nas terras indígenas há maior apoio para o cuidado das crianças e esse seria um dos motivos da pirâmide etária ter uma base mais larga nas TIs. É possível observar, no quadro abaixo, elaborado com base nos dados do Censo 2022 (IBGE, 2023), informações demográficas relativas à distribuição etária de cada município relacionado nos Requerimentos de Informação em tela. São apresentados, o processo de referência no Sistema SEI onde foi tratada a providência de subsídios técnicos para a resposta, o número do Requerimento de Informação, o Município e as informações discriminadas sobre a pirâmide etária de cada um em relação à "largura da base" ou à proporção/razão entre as classes superiores e inferiores de idade.



ISO	RIC	Município	Resposta
-----	-----	-----------	----------

Autenticado eletronicamente, após conferência com original.

<https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/?codArquivoTeor=2471438>

Processo	RIC	Município	Resposta
15000.002572/2024-86	RIC nº 1493/2024 (43321032)	ALVARÃES	É possível observar que no município de Alvarães (AM) , entretanto, a idade mediana indígena . Segundo dados do IBGE, a população total do município é de 15.866 pessoas. Enquanto a população indígena total do município é de 5.589 ⁴ pessoas, sendo 1.934,78% ⁵ . O índice de envelhecimento da população indígena desse município é maior de 19,13.
15000.002573/2024-21	RIC nº 1494/2024 (43321689)	AMATURÁ	É possível observar que no município de Amaturá (AM) esse padrão se repete. Segundo dados do IBGE, a população total do município é de 10.819 pessoas, sendo 4.001 com idade de 0 a 14 anos (36,98%). Enquanto a população indígena total do município é de 9.948 ⁴ pessoas, sendo 3.774 com idade de 0 a 14 anos, correspondendo a 37,96%.
15000.002575/2024-10	RIC nº 1495/2024 (43323642)	ANAMÃ	É possível observar que no município de Anamã (AM) esse padrão se repete. Segundo dados do IBGE, a população total do município é de 9.962 pessoas, sendo 3.085 com idade de 0 a 14 anos (30,97%). Enquanto a população indígena total do município é de 9.962 pessoas, sendo 358 com idade de 0 a 14 anos, correspondendo a 3,59%.
15000.002576/2024-64	RIC nº 1496/2024 (43324203)	ANORI	É possível observar que no município de Anori (AM) esse padrão se repete. Segundo dados do IBGE, a população total do município é de 17.194 pessoas, sendo 5.204 com idade de 0 a 14 anos (30,27%). Enquanto a população indígena total do município é de 5.124 ⁴ pessoas, sendo 160 com idade de 0 a 14 anos, correspondendo a 3,12%.
15000.002577/2024-17	RIC nº 1497/2024 (43324399)	APUÍ	É possível observar que no município de Apuí (AM) há uma mudança do padrão, visto que o índice de envelhecimento é maior. Segundo dados do IBGE, a idade mediana da população indígena é de 29. Entretanto, o índice de envelhecimento entre indígenas é de 43,57 e na população geral é de 29,13 .
15000.002873/2024-18	RIC nº 1498/2024 (43721384)	ATALAIA DO NORTE	É possível observar que no município de Atalaia do Norte (AM) esse padrão se repete. Segundo dados do IBGE, a população total do município é de 15.314 pessoas, sendo 5.874 com idade de 0 a 14 anos (38,36%). Enquanto a população indígena total do município é de 7.774 ⁴ pessoas, sendo 3.483 com idade de 0 a 14 anos, correspondendo a 44,67%.
15000.002578/2024-53	RIC nº 1500/2024 (43357377)	AUTAZES	É possível observar que no município de Autazes (AM) esse padrão se repete. Segundo dados do IBGE, a população total do município é de 41.564 pessoas, sendo 13.284 com idade de 0 a 14 anos (31,96%). Enquanto a população indígena total do município é de 20.447 ⁴ pessoas, sendo 7.147 com idade de 0 a 14 anos, correspondendo a 34,96%.
15000.002606/2024-32	RIC nº 1501/2024 (43358551)	BARCELOS	É possível observar que no município de Barcelos (AM) esse padrão se repete. Segundo dados do IBGE, a população total do município é de 18.834, sendo 6.620 com idade de 0 a 14 anos (35,15%). Enquanto a população indígena total do município é de 5.282 com idade de 0 a 14 anos, correspondendo a 27,50%.
15000.002610/2024-09	RIC nº 1502/2024 (43360322)	BARREIRINHA	É possível observar que no município de Barreirinha (AM) esse padrão se repete. Segundo dados do IBGE, a população total do município é de 31.051 pessoas, sendo 10.455 com idade de 0 a 14 anos (33,67%). Enquanto a população indígena total do município é de 8.278 ⁴ pessoas, sendo 3.194 com idade de 0 a 14 anos, correspondendo a 38,58%.
15000.002612/2024-90	RIC nº 1503/2024 (43361500)	BENJAMIN CONSTANT	É possível observar que no município de Benjamin Constant (AM) esse padrão se repete. Segundo dados do IBGE, a população total do município é de 37.648 pessoas, sendo 13.629 com idade de 0 a 14 anos (36,20%). Enquanto a população indígena total do município é de 17.811 ⁴ pessoas, sendo 7.440 com idade de 0 a 14 anos, correspondendo a 41,78%.
15000.002613/2024-34	RIC nº 1509/2024 (43362319)	BERURI	É possível observar que no município de Beruri (AM) esse padrão se repete. Segundo dados do IBGE, a população total do município é de 20.718 pessoas, sendo 7.352 com idade de 0 a 14 anos (35,49%). Enquanto a população indígena total do município é de 2.734 ⁴ pessoas, sendo 1.205 com idade de 0 a 14 anos, correspondendo a 43,90%.
15000.002614/2024-89	RIC nº 1510/2024 (43364544)	BOA VISTA DO RAMOS	Esse é o padrão nacional, mas no município de Boa Vista do Ramos (AM) a idade mediana indígena é maior do que a idade mediana geral do município. Nesse município, segundo o IBGE, todos os indígenas residem fora do município em geral.
15000.002634/2024-50	RIC nº 1511/2024 (43397880)	BOCA DO ACRE	É possível observar que no município de Boca do Acre (AM) esse padrão se repete. Segundo dados do IBGE, a população total do município é de 35.447 pessoas, sendo 9.591 com idade de 0 a 14 anos (27,06%). Enquanto a população indígena total do município é de 3.145 ⁴ pessoas, sendo 989 com idade de 0 a 14 anos, correspondendo a 31,46%.
15000.002636/2024-49	RIC nº 1512/2024 (43399382)	BORBA	É possível observar que no município de Borba (AM) esse padrão se repete. Segundo dados do IBGE, a população total do município é de 33.080 pessoas, sendo 10.476 com idade de 0 a 14 anos (31,67%). Enquanto a população indígena total do município é de 9.394 ⁴ pessoas, sendo 3.410 com idade de 0 a 14 anos, correspondendo a 36,25%.
15000.002637/2024-93	RIC nº 1513/2024 (43400103)	CAAPIRANGA	Esse é o padrão nacional, mas no município de Caapiranga (AM) a idade mediana indígena é maior do que a idade mediana geral do município. A idade mediana do município é de 24 anos, enquanto a idade mediana indígena é de 28 anos. A proporção de crianças nos dados gerais do município é maior do que entre os indígenas. Todos os indígenas residem fora do município em geral.
15000.002638/2024-38	RIC nº 1518/2024 (43400703)	CANUTAMA	É possível observar que no município de Canutama (AM) esse padrão se repete. Segundo dados do IBGE, a população total do município é de 16.869 pessoas, sendo 4.539 com idade de 0 a 14 anos (26,91%). Enquanto a população indígena total do município é de 2.625 ⁴ pessoas, sendo 895 com idade de 0 a 14 anos, correspondendo a 34,13%.



Processo	RIC	Município	Resposta
15000.002639/2024-82	RIC nº 1519/2024 (43401172)	CARAUARI	<i>Esse é o padrão nacional, mas no município de Carauari (AM) a idade mediana é maior que a mediana geral do município. A idade mediana do município é de 23 anos, enquanto que a proporção de crianças nos dados gerais do município é maior do que entre os indígenas, pois todos os indígenas residem fora de T</i>
15000.002640/2024-15	RIC nº 1520/2024 (43401512)	CAREIRO DA VÁRZEA	<i>É possível observar que no município de Careiro da Várzea (AM) esse padrão se repete. Segundo dados do IBGE, a idade mediana do município é de 19.637 pessoas, sendo 5.326 com idade de 0 a 14 anos (27,12%). Enquanto que a proporção de crianças nos dados gerais do município é maior do que entre os indígenas, pois todos os indígenas residem fora de T</i>
15000.002643/2024-41	RIC nº 1521/2024 (43402085)	COARI	<i>É possível observar que no município de Coari (AM) esse padrão se repete. Segundo dados do IBGE, a idade mediana do município é de 70.616 pessoas, sendo 21.969 com idade de 0 a 14 anos (31,11%). Enquanto que a proporção de crianças nos dados gerais do município é maior do que entre os indígenas, pois todos os indígenas residem fora de T</i>
15000.002661/2024-22	RIC nº 1522/2024 (43438155)	CODAJÁS	<i>Importante observar que em Codajás (AM) o Censo 2022 contabilizou apenas 71 indígenas, o que é muito pouco para comparar com o restante do município, que possui 18.701 habitantes. Ainda assim, a idade mediana dos indígenas⁴ é maior que o padrão nacional.</i>
15000.002672/2024-11	RIC nº 1523/2024 (43438464)	EIRUNEPÉ	<i>É possível observar que no município de Eirunepé (AM) esse padrão se repete. Segundo dados do IBGE, a idade mediana do município é de 33.170 pessoas, sendo 10.876 com idade de 0 a 14 anos (32,79%). Enquanto que a proporção de crianças nos dados gerais do município é maior do que entre os indígenas, pois todos os indígenas residem fora de T</i>
15000.002674/2024-00	RIC nº 1524/2024 (43439181)	ENVIRA	<i>É possível observar que no município de Envira (AM) esse padrão se repete. Segundo dados do IBGE, a idade mediana do município é de 17.186 pessoas, sendo 5.599 com idade de 0 a 14 anos (32,58%). Enquanto a população indígena do município é de 541 com idade de 0 a 14 anos, corresponde a 100% da população indígena do município.</i>
15000.002675/2024-46	RIC nº 1525/2024 (43439590)	FONTE BOA	<i>É possível observar que no município de Fonte Boa (AM) esse padrão se repete. Segundo dados do IBGE, a idade mediana do município é de 25.871 pessoas, sendo 8.477 com idade de 0 a 14 anos (32,77%). Enquanto que a proporção de crianças nos dados gerais do município é maior do que entre os indígenas, pois todos os indígenas residem fora de T</i>
15000.002676/2024-91	RIC nº 1526/2024 (43440075)	GUAJARÁ	<i>É possível observar que no município de Guajará (AM) há uma mudança do padrão, pois a idade mediana dos indígenas é maior que a mediana geral do município. Segundo dados do IBGE, a idade mediana do município é de 23 anos, enquanto que a proporção de crianças nos dados gerais do município é maior do que entre os indígenas, pois todos os indígenas residem fora de T</i>
15000.002677/2024-35	RIC nº 1527/2024 (43440507)	HUMAITÁ	<i>É possível observar que no município de Humaitá (AM) esse padrão se repete. Segundo dados do IBGE, a idade mediana do município é de 57.473 pessoas, sendo 16.300 com idade de 0 a 14 anos (28,36%). Enquanto que a proporção de crianças nos dados gerais do município é maior do que entre os indígenas, pois todos os indígenas residem fora de T</i>
15000.002678/2024-80	RIC nº 1528/2024 (43440780)	IPIXUNA	<i>É possível observar que no município de Ipixuna (AM) esse padrão se repete. Segundo dados do IBGE, a idade mediana do município é de 24.311 pessoas, sendo 8.409 com idade de 0 a 14 anos (34,59%). Enquanto que a proporção de crianças nos dados gerais do município é maior do que entre os indígenas, pois todos os indígenas residem fora de T</i>
15000.002679/2024-24	RIC nº 1529/2024 (43441111)	IRANDUBA	<i>É possível observar que no município de Iranduba (AM) há uma mudança do padrão, pois a idade mediana dos indígenas é maior que a mediana geral do município. Segundo dados do IBGE, a idade mediana do município é de 28 anos, enquanto que a proporção de crianças nos dados gerais do município é maior do que entre os indígenas, pois todos os indígenas residem fora de T</i>
15000.002680/2024-59	RIC nº 1530/2024 (43441346)	ITACOATIARA	<i>Esse é o padrão nacional, mas no município de Itacoatiara (AM) a idade mediana dos indígenas é maior que a mediana geral do município. A idade mediana do município é de 26 anos, enquanto que a proporção de crianças nos dados gerais do município é maior do que entre os indígenas, pois todos os indígenas residem fora de T</i>
15000.002681/2024-01	RIC nº 1531/2024 (43441711)	ITAMARATI	<i>É possível observar que no município de Itamarati (AM) esse padrão se repete. Segundo dados do IBGE, a idade mediana do município é de 10.937 pessoas, sendo 4.007 com idade de 0 a 14 anos (36,64%). Enquanto que a proporção de crianças nos dados gerais do município é maior do que entre os indígenas, pois todos os indígenas residem fora de T</i>
15000.002684/2024-37	RIC nº 1533/2024 (43442928)	ITAPIRANGA	<i>É possível observar que no município de Itapiranga (AM) há uma mudança do padrão, pois a idade mediana dos indígenas é maior que a mediana geral do município. Segundo dados do IBGE, a idade mediana do município é de 26 anos, enquanto que a proporção de crianças nos dados gerais do município é maior do que entre os indígenas, pois todos os indígenas residem fora de T</i>



Autenticado eletronicamente, após conferência com original.

<https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/?codArquivoTeor=2471438>

Processo	RIC	Município	Resposta
15000.002685/2024-81	RIC nº 1534/2024 (43443216)	JAPURÁ	É possível observar que no município de Japurá (AM) esse padrão se repete. Segundo de 8.858 pessoas, sendo 3.280 com idade de 0 a 14 anos (37,03%). Enquanto c 2.608 ⁴ pessoas, sendo 1.097 com idade de 0 a 14 anos, cor
15000.002687/2024-71	RIC nº 1535/2024 (43444924)	JURUÁ	É possível observar que no município de Juruá (AM) esse padrão se repete. Segundo 10.742 pessoas, sendo 3.426 com idade de 0 a 14 anos (31,89%). Enquanto a populaç sendo 456 com idade de 0 a 14 anos, corresponde
15000.002689/2024-60	RIC nº 1536/2024 (43445246)	JUTÁI	É possível observar que no município de Jutáí (AM) esse padrão se repete. Segundo i 25.172 pessoas, sendo 9.798 com idade de 0 a 14 anos (38,92%). Enquanto a populaç sendo 3.455 com idade de 0 a 14 anos, correspond
15000.002691/2024-39	RIC nº 1537/2024 (43445708)	LÁBREA	É possível observar que no município de Lábrea (AM) esse padrão se repete. Segun de 45.448 pessoas, sendo 13.621 com idade de 0 a 14 anos (29,97%). Enquanto 12.045 ⁴ pessoas, sendo 4.457 com idade de 0 a 14 anos, coi
15000.002692/2024-83	RIC nº 1538/2024 (43445991)	MANACAPURU	É possível observar que no município de Manacapuru (AM) há uma mudança do pa maior que o geral, bem como o índice de envelhecimento. Segundo dados do IBGE, i a geral é de 25. Enquanto, o índice de envelhecimento entre indígenas é de 39,41
15000.002693/2024-28	RIC nº 1539/2024 (43447137)	MANAQUIRI	É possível observar que no município de Manaquiri (AM) esse padrão se repete. Segu é de 17.107 pessoas, sendo 5.001 com idade de 0 a 14 anos (29,23%). Enquanto 2.120 ⁴ pessoas, sendo 664 com idade de 0 a 14 anos, corr
15000.002724/2024-41	RIC nº 1540/2024 (43500419)	MANAUS	É possível observar que no município de Manaus (AM) há uma mudança do padrão, que o geral, bem como o índice de envelhecimento. Segundo dados do IBGE, a idade é de 30. Enquanto, o índice de envelhecimento entre indígenas é de 48,31 e nc
15000.002735/2024-21	RIC nº 1541/2024 (43511008)	MANICORÉ	É possível observar que no município de Manicoré (AM) esse padrão se repete. Segu é de 53.914 pessoas, sendo 16.498 com idade de 0 a 14 anos (30,60%). Enquanto 8.285 ⁴ pessoas, sendo 2.804 com idade de 0 a 14 anos, cor
15000.002736/2024-75	RIC nº 1542/2024 (43511502)	MARAÃ	É possível observar que no município de Maraã (AM) esse padrão se repete. Segun de 15.529 pessoas, sendo 5.731 com idade de 0 a 14 anos (36,91%). Enquanto i 3.044 ⁴ pessoas, sendo 1.182 com idade de 0 a 14 anos, cor
15000.002737/2024-10	RIC nº 1543/2024 (43512780)	MAUÉS	É possível observar que no município de Maués (AM) esse padrão se repete. Segun de 61.204 pessoas, sendo 21.044 com idade de 0 a 14 anos (34,38%). Enquanto 11.399 ⁴ pessoas, sendo 4.653 com idade de 0 a 14 anos, coi
15000.002744/2024-11	RIC nº 1544/2024 (43525207)	NHAMUNDÁ	É possível observar que no município de Nhamundá (AM) esse padrão se repete. Seg é de 20.136 pessoas, sendo 6.049 com idade de 0 a 14 anos (30,04%). Enquanto 1.070 ⁴ pessoas, sendo 346 com idade de 0 a 14 anos, corr
15000.002745/2024-66	RIC nº 1547/2024 (43525575)	SÃO PAULO DE OLIVENÇA	É possível observar que no município de São Paulo de Olivença (AM) esse padrão se do município é de 32.967 pessoas, sendo 12.973 com idade de 0 a 14 anos (39,35%). E de 26.619 ⁴ pessoas, sendo 10.729 com idade de 0 a 14 anos, c
15000.002746/2024-19	RIC nº 1551/2024 (43525788)	NOVA OLINDA DO NORTE	É possível observar que no município de Nova Olinda do Norte (AM) há uma muc indígenas ⁴ é menor que o geral, mas o índice de envelhecimento é maior. Segundo de 22, enquanto a geral é de 23. Entretanto, o índice de envelhecimento entre indíge é de 25,61 ⁵ .
15000.002747/2024-55	RIC nº 1552/2024 (43526089)	NOVO AIRÃO	É possível observar que no município de Novo Airão (AM) esse padrão se repete. município é de 15.761 pessoas, sendo 5.052 com idade de 0 a 14 anos (32,05%). Enqt 4.871 ⁴ pessoas, sendo 1.806 com idade de 0 a 14 anos, cor



Processo	RIC	Município	Resposta
15000.002748/2024-08	RIC nº 1553/2024 (43526345)	NOVO ARIPUANÃ	É possível observar que no município de Novo Aripuanã (AM) esse padrão se repete. Enquanto a população total do município é de 23.818 pessoas, sendo 6.999 com idade de 0 a 14 anos (29,39%). Enquanto a população indígena é de 1.153 ⁴ pessoas, sendo 373 com idade de 0 a 14 anos, correspondendo a 32,80%.
15000.002749/2024-44	RIC nº 1554/2024 (43526740)	PARINTINS	É possível observar que no município de Parintins (AM) esse padrão se repete. Segundo o Censo 2022, a população total do município é de 96.372 pessoas, sendo 27.019 com idade de 0 a 14 anos (28,04%). Enquanto a população indígena é de 5.653 ⁴ pessoas, sendo 1.648 com idade de 0 a 14 anos, correspondendo a 29,15%.
15000.002750/2024-79	RIC nº 1555/2024 (43526946)	PAUINI	É possível observar que no município de Pauíni (AM) esse padrão se repete. Segundo o Censo 2022, a população total do município é de 19.373 pessoas, sendo 6.423 com idade de 0 a 14 anos (33,15%). Enquanto a população indígena é de 1.671 com idade de 0 a 14 anos, correspondendo a 48,53%.
15000.002751/2024-13	RIC nº 1556/2024 (43527197)	PRESIDENTE FIGUEIREDO	É possível observar que no município de Presidente Figueiredo (AM) esse padrão se repete. Segundo o Censo 2022, a população total do município é de 30.668 pessoas, sendo 8.574 com idade de 0 a 14 anos (27,96%). Enquanto a população indígena é de 1.291 ⁴ pessoas, sendo 448 com idade de 0 a 14 anos, correspondendo a 34,76%.
15000.002752/2024-68	RIC nº 1560/2024 (43527823)	RIO PRETO DA EVA	É possível observar que no município de Rio Preto da Eva (AM) esse padrão se repete. Segundo o Censo 2022, a população total do município é de 24.936 pessoas, sendo 7.000 com idade de 0 a 14 anos (28,07%). Enquanto a população indígena é de 1.456 ⁴ pessoas, sendo 415 com idade de 0 a 14 anos, correspondendo a 28,49%.
15000.002759/2024-80	RIC nº 1561/2024 (43547190)	SANTA ISABEL DO RIO NEGRO	É possível observar que no município de Santa Isabel do Rio Negro (AM) esse padrão se repete. Segundo o Censo 2022, a população total do município é de 14.164 pessoas, sendo 5.256 com idade de 0 a 14 anos (37,17%). Enquanto a população indígena é de 13.622 ⁴ pessoas, sendo 5.141 com idade de 0 a 14 anos, correspondendo a 37,73%.
15000.002760/2024-12	RIC nº 1562/2024 (43550902)	SANTO ANTÔNIO DO IÇÁ	É possível observar que no município de Santo Antônio do Içá (AM) esse padrão se repete. Segundo o Censo 2022, a população total do município é de 28.211 pessoas, sendo 10.764 com idade de 0 a 14 anos (38,16%). Enquanto a população indígena é de 18.882 ⁴ pessoas, sendo 7.356 com idade de 0 a 14 anos, correspondendo a 39,06%.
15000.002765/2024-37	RIC nº 1563/2024 (43551187)	SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA	É possível observar que no município de São Gabriel da Cachoeira (AM) esse padrão se repete. Segundo o Censo 2022, a população total do município é de 51.795 pessoas, sendo 18.181 com idade de 0 a 14 anos (35,12%). Enquanto a população indígena é de 48.256 ⁴ pessoas, sendo 17.388 com idade de 0 a 14 anos, correspondendo a 36,04%.
15000.002770/2024-40	RIC nº 1565/2024 (43558980)	SÃO SEBASTIÃO DO UATUMÃ	É possível observar que no município de São Sebastião do Uatumã (AM) há uma maior presença de indígenas ⁴ e maior que o geral, bem como o índice de envelhecimento. Segundo o Censo 2022, a população total do município é de 28, enquanto a geral é de 24. O índice de envelhecimento entre indígenas é de 48,6, enquanto o geral é de 24,0.
15000.002774/2024-28	RIC nº 1566/2024 (43562276)	SILVES	É possível observar que no município de Silves (AM) esse padrão se repete. Segundo o Censo 2022, a população total do município é de 11.559 pessoas, sendo 3.807 com idade de 0 a 14 anos (32,94%). Enquanto a população indígena é de 362 com idade de 0 a 14 anos, correspondendo a 37,10%.
15000.002775/2024-72	RIC nº 1567/2024 (43562549)	TABATINGA	É possível observar que no município de Tabatinga (AM) esse padrão se repete. Segundo o Censo 2022, a população total do município é de 66.764 pessoas, sendo 23.059 com idade de 0 a 14 anos (34,54%). Enquanto a população indígena é de 34.497 ⁴ pessoas, sendo 13.507 com idade de 0 a 14 anos, correspondendo a 39,47%.
15000.002776/2024-17	RIC nº 1568/2024 (43562771)	TAPAUÁ	É possível observar que no município de Tapauá (AM) esse padrão se repete. Segundo o Censo 2022, a população total do município é de 19.599 pessoas, sendo 6.127 com idade de 0 a 14 anos (31,26%). Enquanto a população indígena é de 3.652 ⁴ pessoas, sendo 1.551 com idade de 0 a 14 anos, correspondendo a 41,37%.
15000.002778/2024-14	RIC nº 1569/2024 (43563067)	TEFÉ	É possível observar que no município de Tefé (AM) esse padrão se repete. Segundo o Censo 2022, a população total do município é de 73.669 pessoas, sendo 23.471 com idade de 0 a 14 anos (31,86%). Enquanto a população indígena é de 7.030 com idade de 0 a 14 anos, correspondendo a 25,23%.
15000.002779/2024-51	RIC nº 1570/2024 (43563343)	TONANTINS	É possível observar que no município de Tonantins (AM) esse padrão se repete. Segundo o Censo 2022, a população total do município é de 19.247 pessoas, sendo 7.157 com idade de 0 a 14 anos (37,19%). Enquanto a população indígena é de 10.656 ⁴ pessoas, sendo 4.259 com idade de 0 a 14 anos, correspondendo a 39,89%.



Processo	RIC	Município	Resposta
15000.002780/2024-85	RIC nº 1571/2024 (43563583)	SÃO SEBASTIÃO DO UARINI	É possível observar que no município de Uarini(AM) esse padrão se repete. Segundo IBGE, em 2022, o município possuía 14.431 pessoas, sendo 4.873 com idade de 0 a 14 anos (33,77%). Enquanto a população total do Brasil era de 214 milhões, o Brasil possuía 1.315 milhões de pessoas com idade de 0 a 14 anos, correspondendo a 0,61% da população total.
15000.002781/2024-20	RIC nº 1572/2024 (43563768)	SÃO SEBASTIÃO DE URUCARÁ	É possível observar que no município de Urucará (AM) há uma mudança do padrão, que o geral, bem como o índice de envelhecimento . Segundo dados do IBGE, a idade média da população em 2022 é de 27. O índice de envelhecimento entre indígenas é de 53,82 e na população geral é de 17,82.
15000.002782/2024-74	RIC nº 1573/2024 (43563924)	URUCURITUBA	É possível observar que no município de Urucurituba (AM) esse padrão se repete. Segundo IBGE, em 2022, o município possuía 23.945 pessoas, sendo 6.362 com idade de 0 a 14 anos (26,57%). Enquanto a população total do Brasil era de 214 milhões, o Brasil possuía 1.315 milhões de pessoas com idade de 0 a 14 anos, correspondendo a 0,61% da população total.

9. O Ministério dos Povos Indígenas (MPI) valoriza tanto a infância quanto os seus anciãos, mas responderemos acerca do envelhecimento saudável conforme solicitado pela Câmara dos Deputados.

10. O Ministério dos Povos Indígenas entende que o envelhecimento saudável perpassa questões que remetem ao bem-viver, respeito da diversidade cultural, os saberes tradicionais, a proteção e gestão dos territórios indígenas. É um processo que envolve vários aspectos da vida, como o direito à saúde física e mental, mas também o de manter laços afetivos e comunitários, assim como o acesso a direitos. Para os povos indígenas, os anciãos e anciãs são fundamentais por serem vistos como conselheiros, guardiões dos conhecimentos ancestrais e fazerem parte da longa história de resistência dos povos indígenas para a manutenção de suas culturas e memórias.

11. A partir da valorização de seus anciãos, o Ministério dos Povos Indígenas (MPI) tem atuado em diversas ações voltadas à memória, cultura, línguas e saberes dos diversos povos. Um exemplo recente é a publicação do edital "Ancestralidade viva: apoio e incentivo à cultura dos povos indígenas", com o objetivo de apoiar festas e festivais que promovam a cultura e os saberes indígenas. Outro edital que valoriza os saberes indígenas é o de "Apoio à agricultura ancestral e produção de florestas que promovam a cultura alimentar dos povos indígenas". Sabe-se que o acesso a uma alimentação balanceada e condizente com os hábitos culturais é fator importante para a saúde e, portanto, para o envelhecimento saudável.

12. O Ministério dos Povos Indígenas também tem como parte de suas atribuições a articulação com outros ministérios para o fortalecimento da política indigenista com vistas à proteção e à promoção dos direitos dos povos indígenas. O MPI acompanha políticas transversais que asseguram o protagonismo dos povos indígenas. No que diz respeito mais especificamente à saúde, trata-se de uma política executada pelo Ministério da Saúde (MS) por meio de sua Secretaria de Saúde Indígena (SESAI). Essa secretaria é a responsável pela gestão dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), dos quais fazem parte as Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) que prestam a atenção primária à saúde. Todas as UBSs têm como públicos prioritários as pessoas com hipertensão e diabetes, doenças mais prevalentes entre idosos. Ademais, a região Norte é onde se concentra a maior quantidade de Distritos Sanitários de Saúde Indígena (DSEIs), especialmente o estado do Amazonas. Atualmente há 34 DSEIs no Brasil e desses há 11 cuja área de abrangência inclui municípios do estado do Amazonas. Abaixo uma lista de todos os DSEIs que atendem a municípios do Amazonas:



<p>DSEI Alto Rio Purus</p> <p>Boca do Acre Pauini</p> <p>DSEI Alto Rio Negro</p> <p>Barcelos Santa Isabel do Rio Negro São Gabriel da Cachoeira</p> <p>DSEI Alto Rio Solimões</p> <p>Amaturá Benjamin Constant Santo Antônio do Itá São Paulo de Olivença Tabatinga Tonantins</p> <p>DSEI Manaus</p> <p>Anamã Autazes Beruri Borba Careiro Castanho Careiro da Várzea Humaitá Itacoatiara Manacapuru Manaquiri Manaus Manicoré Nova Olinda do Norte Novo Airão Novo Aripuanã Rio Preto da Eva Silves Urucará</p> <p>DSEI Médio Rio Purus</p> <p>Camutama Lábrea Tapauá</p>	<p>DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes</p> <p>Alvarães Carauari Coari Eirunepé Envira Fonte Boa IPIXUNA Itamarati Japurá Juruá Jutaí Maraã Tefé Uarini</p> <p>DSEI Parintins</p> <p>Parintins Maués Nhamundá Barreirinha Boa Vista do Ramos</p> <p>DSEI Porto Velho</p> <p>Humaitá</p> <p>DSEI Vale do Javari</p> <p>Atalaia do Norte Benjamin Constant São Paulo de Olivença Jutaí</p> <p>DSEI Yanomami</p> <p>São Gabriel da Cachoeira Santa Isabel do Rio Negro Barcelos</p> <p>DSEI Guamá-Tocantins</p> <p>Há uma pequena área do DSEI no AM. A maior parte dos Hixkaryana vive nas margens do médio rio Nhamundá, rio que faz divisa entre os estados do Amazonas e do Pará.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Percebe-se que os municípios do Amazonas possuem uma grande cobertura de serviços de saúde indígena ofertados pela SESAI, o que beneficia aos idosos e promove um envelhecimento saudável da população indígena. Existe ainda a possibilidade dos serviços de saúde dos municípios do Amazonas solicitarem o Incentivo Financeiro para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI), disciplinado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2.663, de 11 de outubro de 2017. Por fim, mencionamos que a SESAI assumiu compromisso com o "Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil (2021-2030)", adotado por todo o Ministério da Saúde, o que também privilegia o envelhecimento saudável.

13. 2. E como o Ministério tem feito ou pretende fazer em relação a colaborar na integração de políticas públicas interministeriais para enfrentar os desafios específicos relacionados ao envelhecimento da população indígena?

14. No que diz respeito à **segunda pergunta**, lembramos que o Ministério dos Povos Indígenas foi criado em janeiro de 2023, com o objetivo de reconhecer e garantir a promoção dos direitos dos povos indígenas. Na resposta anterior já foram dados alguns exemplos da atuação intersectorial deste Ministério com ênfase na saúde. São desenvolvidas também outras ações que beneficiam o envelhecimento saudável da população indígena. A respeito da proteção social, informa-se que o Decreto nº 11.707, de 18 de setembro de 2023, instituiu o Comitê para a Promoção de Políticas Públicas de Proteção Social dos Povos Indígenas. São competências desse comitê previstas no artigo 2º do decreto mencionado, entre outras:

- "II - viabilizar soluções duradouras para salvaguardar a segurança alimentar e nutricional dos povos indígenas, respeitadas suas especificidades socioculturais, bioeconômicas, territoriais e ambientais;
- III - viabilizar a implementação de ações, programas e políticas públicas destinados à garantia da saúde e do saneamento básico aos povos indígenas, em articulação com os órgãos e as entidades competentes;
- (...)
- VI - apoiar a obtenção de documentação civil e de benefícios assistenciais e previdenciários pela população indígena, incluídos os povos migrantes e transfronteiriços, observadas as especificidades socioculturais, linguísticas e territoriais dos povos indígenas e a legislação."

15. Esse comitê tem sido um relevante instrumento de discussão e pactuação com outros órgãos para que as políticas públicas, incluídas as de assistência social, sejam garantidas aos povos indígenas de modo a que as especificidades socioculturais, linguísticas e territoriais sejam respeitadas. Um exemplo é o Benefício de Prestação Continuada – BPC, o pagamento de um benefício de um salário mínimo por mês ao idoso com idade igual ou superior aos 65 anos.



Destaca-se a retomada das ações do Registre-se, mutirões de documentação civil importantes para o acesso da população indígena às políticas de assistência. O Registre-se é promovido pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e apoiado pelo Ministério dos Povos Indígenas e sua entidade vinculada, a Fundação Nacional dos Povos Indígenas.

<https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/?codArquivoTeor=2471438>

Povos Indígenas (FUNAI). Em notícia veiculada no site da FUNAI foi relatado que no dia 17/05/2024 terminou a segunda edição da Semana Nacional de Registro Civil. Registre-se.

"Promovida pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), a iniciativa conta com o apoio da Fundação Nacional dos Povos Indígenas (Funai), que tem como função qualificar o atendimento para garantir que os indígenas tenham respeitadas as particularidades culturais e linguísticas próprias de cada povo. O mutirão de acesso à documentação civil ocorre em mais de 30 localidades espalhadas pelo Brasil.

(...)

A Funai disponibiliza tradutores para facilitar a comunicação entre os agentes envolvidos no mutirão e os indígenas que não falam português. Além disso, os servidores esclarecem as regras previstas na legislação para que os indígenas possam exercer seus direitos com segurança jurídica. Promover o acesso dos povos indígenas à documentação civil é uma forma de romper barreiras e garantir que eles possam exercer a cidadania.

(...)

Entre outras ações, o mutirão possibilita a expedição de RG, CPF, certidões de nascimento, casamento e óbito, entre outros documentos⁶."

17. O acesso à documentação civil tem permitido a ampliação do acesso ao BPC, bem como a outros benefícios e serviços da assistência social. O Ministério dos Povos Indígenas entende, ainda, que a troca de saberes entre as várias gerações indígenas é o que permite a manutenção da cultura e tradições da população indígena. Por este motivo, a Coordenação de Políticas para Mulheres (COPM) atua no sentido dos princípios que norteiam e promovem o envelhecimento saudável e digno da população indígena – residente ou não em Terras Indígenas. Abaixo listamos algumas ações que a COPM desenvolve em parceria com o Ministério das Mulheres relacionadas à permuta de saberes e valorização das astúcias dos anciãos e das anciãs:

18. **Programa Guardiães**

19. O Projeto Guardiães visa estabelecer e fortalecer uma Guardiã mentora por bioma e uma articuladora em cada estado através de representantes que possam monitorar e promover ações de forma articulada com instituições parceiras e outros assuntos e interesses, promover políticas públicas e estratégias de prevenção, enfrentamento e erradicação de todo tipo de violência e discriminação que as mulheres indígenas ainda vivenciam dentro e fora de seus territórios. O Projeto Guardiã é uma ação do Ministério dos Povos Indígenas em parceria com o Ministério das Mulheres e a Articulação Nacional das Mulheres Indígenas Guerreiras da Ancestralidade - ANMIGA.

20. Proposta de ações: Iniciará com a realização de Conferências nos biomas do Cerrado, Pantanal, Mata Atlântica, Caatinga, Amazônia e Pampas, onde serão escolhidas as Guardiãs mentoras por bioma e articuladoras por estado. Posteriormente, as guardiãs serão capacitadas e participarão de formações para fortalecer a participação política das Mulheres indígenas e formará uma rede de apoio ao combate de todos os tipos de violência.

21. Foi estabelecido pela Portaria GM/MPI Nº 335, de 22 de dezembro de 2023, um Grupo de Trabalho Técnico com a finalidade de elaborar o Plano de Ação do Governo Federal para o Projeto Guardiães, que teve seu prazo de ação prorrogado por 90 (noventa) dias pela Portaria MPI Nº 144, de 7 de maio de 2024.

22. **Programa Mulheres Indígenas Tecendo o Bem Viver**

23. O Programa Mulheres Indígenas Tecendo o Bem Viver foi instituído pela Portaria Conjunta MPI/MM Nº 1, de 08 de março de 2024. Esse programa será desenvolvido no âmbito do Ministério dos Povos Indígenas e do Ministério das Mulheres com o objetivo de apoiar, fomentar iniciativas socioeconômicas, salvaguardar os saberes e as práticas tradicionais dos povos indígenas, incentivar o protagonismo das mulheres indígenas e de suas organizações, fortalecer redes de proteção e ação coletiva entre mulheres indígenas visando a promoção, a garantia de direitos e a prevenção às violências.

24. Próximas ações: Lançamento de Edital com objetivo de conceder bolsas premiações para iniciativas de associações de mulheres indígenas de todos os biomas do país, com o objetivo de garantir visibilidade e autonomia às suas atividades e aos seus empreendimentos. Ao todo, o MPI e o MM somaram R\$: 1.000.000,00 (um milhão de reais) para subsidiar os projetos que serão apresentados.

25. Tendo em vista a necessidade de medidas eficazes com consulta livre, prévia e informada e a urgência em garantir acesso à justiça, incluindo a qualificação de profissionais que atuam nesses espaços, busca-se celebrar acordos cujo objeto seja pactuar ações conjuntas voltadas à promoção dos direitos indígenas, possibilitando a incidência deles nas decisões sobre políticas públicas e a necessidade de articulação entre governo, o movimento indígena e lideranças comunitárias. Assim, tendo o compromisso com a defesa dos direitos dos povos indígenas e em preocupação com o contexto de violência, violação de direitos fundamentais, tanto dentro quanto fora das comunidades indígenas, e por considerar que esses atos violam princípios de justiça e igualdade, faz-se necessário buscar parcerias com outros Ministérios e órgãos com a finalidade de combater a qualquer tipo de violência em busca do Bem Viver indígena.

26. Por isso, buscamos parcerias com diversos Ministérios como: Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania - MDHC; Ministério das Mulheres; Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome – MDS; Ministério da Educação; e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPQ. Parcerias dessa magnitude permitem que este Ministério atue nos Planos Nacionais de: Cuidado; Mulheres, Paz e Segurança; Enfrentamento à Violência Política Contra as Mulheres; etc.

27. Outro ponto importante a celebrar é que a existência do Ministério dos Povos Indígenas deu maior visibilidade às políticas públicas indigenistas que já eram desenvolvidas, além de contribuir para o aperfeiçoamento dessas ações e para a instituição de novas. Como resultado do protagonismo político dos povos indígenas houve a publicação da "Agenda Transversal: Povos Indígenas: PPA 2024-2027".

28. Essa agenda transversal trouxe o esforço do Ministério dos Povos Indígenas e de outros 22 ministérios para a execução de políticas públicas que efetivem os direitos dos povos indígenas. Os ministérios envolvidos cooperaram para o atendimento dos povos indígenas em alguma das sete dimensões tratadas na Agenda Transversal: 1) Posse plena das terras indígenas; 2) Gestão territorial e ambiental indígena; 3) Sociobioeconomia indígena; 4) Saúde indígena; 5) Educação indígena; 6) Direitos pluriétnicos culturais e sociais; e 7) Capacidade institucional. Este é um documento com informações detalhadas sobre as mais diversas políticas públicas de interesse dos povos indígenas.

29. Por fim, cabe informar que o MPI compõe o Conselho Nacional da Pessoa Idosa e participa das discussões e deliberações acerca de políticas públicas para as pessoas idosas.

30. Diante do exposto, o Ministério dos Povos Indígenas coloca-se à disposição para fornecer quaisquer outras informações que sejam necessárias e para colaborar com essa Casa Legislativa no que for pertinente e necessário. Reiteramos nosso compromisso com a transparência e com a promoção dos direitos e bem-estar das comunidades indígenas, assim, prezando pela harmonia dos trabalhos e em agradecimento aos votos de estima e respeito, nos colocamos à disposição para futuras solicitações e diligências.

31. Abaixo os arquivos anexos, as fontes e notas.

Anexos:

- I - Ofício 1ºSec/RI/E/nº 201 de 24/07/2024 (44284703);
- II - Requerimento de Informação nº 1493/2024 (43321032);
- III - Requerimento de Informação nº 1494/2024 (43321689);
- IV - Requerimento de Informação nº 1495/2024 (43323642);
- V - Requerimento de Informação nº 1496/2024 (43324203);
- VI - Requerimento de Informação nº 1497/2024 (43324399);
- VII - Requerimento de Informação nº 1498/2024 (43721384);
- VIII - Requerimento de Informação nº 1500/2024 (43357377);
- IX - Requerimento de Informação nº 1501/2024 (43358551);
- X - Requerimento de Informação nº 1502/2024 (43360322);
- XI - Requerimento de Informação nº 1503/2024 (43361500);
- XII - Requerimento de Informação nº 1509/2024 (43362319);
- XIII - Requerimento de Informação nº 1510/2024 (43364544);



Autenticado eletronicamente, após conferência com original.

<https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/?codArquivoTeor=2471438>

- XIV - Requerimento de Informação nº 1511/2024 (43397880);
XV - Requerimento de Informação nº 1512/2024 (43399382);
XVI - Requerimento de Informação nº 1513/2024 (43400103);
XVII - Requerimento de Informação nº 1518/2024 (43400703);
XVIII - Requerimento de Informação nº 1519/2024 (43401172);
XIX - Requerimento de Informação nº 1520/2024 (43401512);
XX - Requerimento de Informação nº 1521/2024 (43402085);
XXI - Requerimento de Informação nº 1522/2024 (43438155);
XXII - Requerimento de Informação nº 1523/2024 (43438464);
XXIII - Requerimento de Informação nº 1524/2024 (43439181);
XXIV - Requerimento de Informação nº 1525/2024 (43439590);
XXV - Requerimento de Informação nº 1526/2024 (43440075);
XXVI - Requerimento de Informação nº 1527/2024 (43440507);
XXVII - Requerimento de Informação nº 1528/2024 (43440780);
XXVIII - Requerimento de Informação nº 1529/2024 (43441111);
XXIX - Requerimento de Informação nº 1530/2024 (43441346);
XXX - Requerimento de Informação nº 1531/2024 (43441711);
XXXI - Requerimento de Informação nº 1533/2024 (43442928);
XXXII - Requerimento de Informação nº 1534/2024 (43443216);
XXXIII - Requerimento de Informação nº 1535/2024 (43444924);
XXXIV - Requerimento de Informação nº 1536/2024 (43445246);
XXXV - Requerimento de Informação nº 1537/2024 (43445708);
XXXVI - Requerimento de Informação nº 1538/2024 (43445991);
XXXVII - Requerimento de Informação nº 1539/2024 (43447137);
XXXVIII - Requerimento de Informação nº 1540/2024 (43500419);
XXXIX - Requerimento de Informação nº 1541/2024 (43511008);
XL - Requerimento de Informação nº 1542/2024 (43511502);
XLI - Requerimento de Informação nº 1543/2024 (43512780);
XLII - Requerimento de Informação nº 1544/2024 (43525207);
XLIII - Requerimento de Informação nº 1547/2024 (43525575);
XLIV - Requerimento de Informação nº 1551/2024 (43525788);
XLV - Requerimento de Informação nº 1552/2024 (43526089);
XLVI - Requerimento de Informação nº 1553/2024 (43526345);
XLVII - Requerimento de Informação nº 1554/2024 (43526740);
XLVIII - Requerimento de Informação nº 1555/2024 (43526946);
XLIX - Requerimento de Informação nº 1556/2024 (43527197);
L - Requerimento de Informação nº 1560/2024 (43527823);
LI - Requerimento de Informação nº 1561/2024 (43547190);
LII - Requerimento de Informação nº 1562/2024 (43550902);
LIII - Requerimento de Informação nº 1563/2024 (43551187);
LIV - Requerimento de Informação nº 1565/2024 (43558980);
LV - Requerimento de Informação nº 1566/2024 (43562276);
LVI - Requerimento de Informação nº 1567/2024 (43562549);
LVII - Requerimento de Informação nº 1568/2024 (43562771);
LVIII - Requerimento de Informação nº 1569/2024 (43563067);
LIX - Requerimento de Informação nº 1570/2024 (43563343);
LX - Requerimento de Informação nº 1571/2024 (43563583);
LXI - Requerimento de Informação nº 1572/2024 (43563768);
LXII - Requerimento de Informação nº 1573/2024 (43563924);
LXIII - Edital Ancestralidade Viva: Apoio e Incentivo à Cultura dos Povos Indígenas (43596453);
LXIV - Edital Apoio à Agricultura Ancestral e Produção de Florestas que Promovam a Cultura Alimentar dos Povos Indígenas (43596496);
LXV - Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil (2021-2030) (43596585);
LXVI - Portaria do Ministério dos Povos Indígenas nº 335, de 22 de dezembro de 2023, que institui Grupo de Trabalho Técnico com a finalidade de elaborar o Plano de Ação do Governo Federal para o Projeto Guardiãs (43596617);
LXVII - Portaria do Ministério dos Povos Indígenas nº 144, de 07 de maio de 2024, que prorroga as atividades do Grupo de Trabalho instituído no âmbito do Ministério dos Povos Indígenas, com a finalidade de elaborar o Plano de Ação do Governo Federal para o Projeto Guardiãs (43596638);
LXVIII - Portaria Conjunta MPI/MM nº 1, de 7 de março de 2024, que institui o Programa Mulheres Indígenas Tecendo o Bem Viver no âmbito do Ministério dos Povos Indígenas e do Ministério das Mulheres (43596848);
LXIX - Agenda Transversal: Povos Indígenas: PPA 2024-2027 (43596864).

Fontes e notas:

1. Fonte: IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2022 : quilombolas e indígenas, por sexo e idade, segundo recenseamentos específicos : resultados do universo. -1940-. - Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível no link: ecea.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3107/cd_2022_quilombolas_e_indigenas.pdf.
Autenticado eletronicamente, após conferência com original.

<https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/?codArquivoTeor=2471438>



2 . F o n t e : <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/39932-noticia-censo-22-indigena#:~:text=Os%20ind%C3%ADgenas%20apresentam%20uma%20idade,da%20popula%C3%A7%C3%A3o%20residente%20no%20Brasil.>

3 . F o n t e : <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2024-05/quase-70-dos-residentes-em-terras-indigenas-tem-menos-de-30-anos#:~:text=No%20caso%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o%20geral,ela%20foi%20de%2025%20anos.>

4. Notas do IBGE sobre a metodologia para contagem da população indígena no Censo de 2022:

No Censo Demográfico 2022, definiu-se como indígena a pessoa residente em localidades indígenas que se declarou indígena pelo quesito de cor ou raça ou pelo quesito se considera indígena; ou a pessoa residente fora das localidades indígenas que se declarou indígena no quesito de cor ou raça. Por essa razão, o total de pessoas indígenas é superior ou igual ao total de pessoas de cor ou raça declarada indígena, nos diferentes recortes.

No Censo Demográfico 2022, foram consideradas localidades indígenas aquelas que compõem o conjunto das Terras Indígenas, dos agrupamentos indígenas e das demais áreas de conhecida ou potencial ocupação indígena.

No Censo Demográfico 2022, foram consideradas as Terras Indígenas declaradas, homologadas, regularizadas ou encaminhadas como Reservas Indígenas até 31 de julho de 2022, data de referência da pesquisa, conforme os dados da Fundação Nacional dos Povos Indígenas – FUNAI.

5. Dados retirados dos sites oficiais do IBGE: <https://censo2022.ibge.gov.br/apps/pgi/#/mapa/> e <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/anama/pesquisa/10102/122229>.

6. Fonte: <https://www.gov.br/funai/pt-br/assuntos/noticias/2024/registre-se-mutirao-de-acesso-a-documentacao-civil-para-indigenas-segue-ate-sexta-feira-17>.

Atenciosamente,

Documento assinado eletronicamente

ELOY TERENA

Ministro de Estado dos Povos Indígenas em Exercício



Documento assinado eletronicamente por **Luiz Henrique Eloy Amado, Ministro(a) de Estado Substituto(a)**, em 28/08/2024, às 17:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.economia.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **44548234** e o código CRC **BB9E8958**.

Esplanada dos Ministérios, Bloco C, 7º andar - Bairro Zona Cívico-Administrativa
CEP 70297-400 - Brasília/DF
e-mail: agenda.mpi@povosindigenas.gov.br

Processo nº 15000.002572/2024-86.

SEI nº 44548234



Autenticado eletronicamente, após conferência com original.
<https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/?codArquivoTeor=2471438>

2471438



Brasília – DF 2021



**PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O
ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS E AGRAVOS
NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL **2021-2030****



Autenticado eletronicamente, após conferência com original.
<https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/?codArquivoTeor=2471438>

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis

**PLANO DE AÇÕES
ESTRATÉGICAS PARA O
ENFRENTAMENTO DAS
DOENÇAS CRÔNICAS
E AGRAVOS NÃO
TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL**

2021-2030

Brasília - DF - 2021



Autenticado eletronicamente, após conferência com original.
<https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/?codArquivoTeor=2471438>

2471438

2021 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsms.saude.gov.br.

Tiragem: 1ª edição – 2021 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis
Coordenação-Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis
SRTVN 701, Via W5 Norte, Ed. PO 700, 6º andar
CEP: 70719-140 – Brasília/DF
Site: www.saude.gov.br
E-mail: cgdant@saude.gov.br

Coordenação:

Arnaldo de Medeiros
Giovanny Vinícius Araújo de França
Patrícia Pereira Vasconcelos de Oliveira

Organização:

Danielle Keylla Alencar Cruz
Érika Carvalho de Aquino

Elaboração:

Danielle Keylla Alencar Cruz
Danilo Campos da Luz e Silva
Ellen de Cássia Dutra Pozzetti Gouvea
Érika Carvalho de Aquino
Karine Bonfante
Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha
Luiza Eunice Sá da Silva
Mariana Alencar Salles
Mariana Carvalho Pinheiro
Paula Carvalho de Freitas
Roberta de Oliveira Santos
Vera Lúcia Tierling

Colaboração:

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Secretaria Especial de Saúde Indígena

Diagramação:

Milena Hernández Bendicho – Área Editorial/GAB/SVS

Normalização:

Daniela Ferreira Barros da Silva – Editora MS/CGDI
Luciana Cerqueira Brito – Editora MS/CGDI

Revisão:

Khamila Silva – Editora MS/CGDI
Tatiane Souza – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis.

Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

118 p. : il.

Modo de acesso: World sWide Web: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agravos_2021_2030.pdf

ISBN 978-65-5993-109-5

1. Doenças e Agravos não Transmissíveis 2. Política de Saúde 3. Promoção da Saúde. I. Título.

CDU 614

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2021/0139

Título para indexação:

Strategic Actions Plan for Takle Chronic Diseases and Noncommunicable Diseases in Brazil 2021-2030



Autenticado eletronicamente, após conferência com original.

<https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/?codArquivoTeor=2471438>

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- APS** – Atenção Primária à Saúde
AVE – Acidente vascular encefálico
Caps – Centro de Atenção Psicossocial
CIB – Comissões Intergestores Bipartites
CID-10 – 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças
CIR – Comissões Intergestores Regionais
Dant – Doenças e agravos não transmissíveis
DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis
Denatran – Departamento Nacional de Trânsito
DM – Diabetes *mellitus*
Dpoc – Doença pulmonar obstrutiva crônica
DRC – Doenças respiratórias crônicas
HAS – Hipertensão arterial sistêmica
IAM – Infarto agudo do miocárdio
Inca – Instituto Nacional de Câncer
Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS – Organização Mundial da Saúde
PNS – Pesquisa Nacional de Saúde
PVT – Programa Vida no Trânsito
RCVG – Risco Cardiovascular Global
Rename – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SIM – Sistema de Informação Sobre Mortalidade
Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS – Sistema Único de Saúde



Sumário

APRESENTAÇÃO	5
1 INTRODUÇÃO	7
2 BALANÇO DO PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA ENFRENTAMENTO DAS DCNT NO BRASIL, 2011-2022	10
2.1 BALANÇO DAS METAS DO PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA ENFRENTAMENTO DAS DCNT NO BRASIL, 2011-2022	11
3 PANORAMA DA MORTALIDADE POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS NO BRASIL	18
3.1 PANORAMA DA MORTALIDADE POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL	18
3.2 PANORAMA DA PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL	27
4 PANORAMA DA MORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS NO BRASIL	34
4.1 LESÕES DE TRÂNSITO	35
4.2 HOMICÍDIOS	40
4.3 SUICÍDIOS	45
4.4 QUEDAS ACIDENTAIS	49
4.5 VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS	53
5 PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL, 2021-2030	58
6 INDICADORES E METAS DO PLANO DE DANT 2021-2030	65
6.1 GRUPO DE INDICADORES E METAS PARA AS DCNT	66
6.2 GRUPO DE INDICADORES E METAS PARA FATORES DE RISCO PARA AS DCNT	71
6.3 GRUPO DE INDICADORES E METAS PARA ACIDENTES E VIOLÊNCIAS	77
7 AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS	85
7.1 AÇÕES ESTRATÉGICAS	86
7.2 AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO, PRODUÇÃO DO CUIDADO E ASSISTÊNCIA PARA ENFRENTAMENTO DOS FATORES DE RISCO PARA AS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS	90
7.3 AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO E CUIDADO FRENTE AO GRUPO DE DCNT	101
8 SUGESTÕES PARA USOS DO PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL, 2021-2030	106
REFERÊNCIAS	112



APRESENTAÇÃO

As doenças e agravos não transmissíveis (Dant) são responsáveis por mais da metade do total de mortes no Brasil. Em 2019, 54,7% dos óbitos registrados no Brasil foram causados por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e 11,5% por agravos.

As DCNT, principalmente as doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes e doenças respiratórias crônicas, são causadas por vários fatores ligados às condições de vida dos sujeitos. Estes são determinados pelo acesso a: bens e serviços públicos, garantia de direitos, informação, emprego e renda e possibilidades de fazer escolhas favoráveis à saúde.

Os principais fatores de risco comportamentais para o adoecimento por DCNT são: tabagismo, consumo de álcool, alimentação não saudável e inatividade física. Estes podem ser modificados pela mudança de comportamento e por ações governamentais que regulamentem e reduzam, por exemplo, a comercialização, o consumo e a exposição de produtos danosos à saúde.

Os agravos não transmissíveis (violências e acidentes) também fazem parte do cenário de morbimortalidade da população. Mortes por violências estão fortemente relacionadas às desigualdades sociais, que podem ser determinadas pelo gênero, pela raça/cor da pele, pela classe social e pelo nível de escolaridade. Mulheres e homens negros e pardos são vítimas mais frequentes de mortes por causas violentas do que os brancos. Entre homens jovens, ocorrem três vezes mais mortes violentas de negros em relação aos brancos. As violências são a segunda causa de morte no Brasil e chegam a ocupar o primeiro lugar em alguns estados.

Os acidentes, cuja principal representação são as lesões de trânsito, também têm importante peso no perfil epidemiológico de morbimortalidade da população brasileira. Apesar das reduções das taxas de mortalidade por lesões de trânsito no Brasil nos últimos anos, ainda são milhares de vidas perdidas, principalmente de jovens adultos economicamente ativos. Ademais, as lesões de trânsito envolvendo



motociclistas ainda apresentam tendência crescente e estão interiorizadas no País. Chama atenção o grande número de lesões não fatais que causam incapacidades temporárias e permanentes. Estas impactam na renda familiar e na reinserção no mercado de trabalho, conferindo maior complexidade às consequências das lesões de trânsito.

O plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de Dant), apresenta-se como diretriz para a prevenção dos fatores de risco das Dant e para a promoção da saúde da população com vistas a dirimir desigualdades em saúde. Cabem em seu escopo a criação e o fortalecimento de políticas e programas intersetoriais, a estratégia de organização de serviços em rede, a construção de governança de processos, a produção de informações direcionadas à tomada de decisão baseada em evidências, o controle social e a inovação na gestão, na pesquisa e nos serviços de saúde.

O Plano foi elaborado com a contribuição de representantes das secretarias, das agências, dos institutos e das fundações ligadas ao Ministério da Saúde (MS), de gestores e trabalhadores da saúde dos municípios, dos estados e do Distrito Federal, de empresas privadas e setores do mercado, de pesquisadores e demais representantes da sociedade civil. Tais contribuições foram realizadas por meio de oficinas, reuniões, fórum e consulta pública.

Este esforço coletivo fará parte da agenda da saúde nos próximos dez anos, em sintonia com a Agenda 2020-2030 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. O Plano também está com consonância com as recomendações mundiais com as recomendações mundiais e nacionais para prevenção das Dant e para a promoção da saúde.

Espera-se que a agenda coletiva colocada pelo Plano de Dant possa otimizar a implementação das ações nele propostas. E, finalmente, acrescentar à gestão da vigilância em saúde recursos inovadores e arranjos institucionais favoráveis à participação social, à governança, à gestão compartilhada e às redes de cooperação e organização de ações e serviços de saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE



INTRODUÇÃO

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, com o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, além de fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas. A elaboração desse Plano foi coordenada pelo Ministério da Saúde e contou com colaboração de outros ministérios do governo brasileiro, de instituições de ensino e pesquisa, de membros de organizações não governamentais, entidades médicas, associações de portadores de doenças crônicas, entre outros.

O Plano abordou os quatro principais grupos de doenças crônicas (cardiovasculares, cânceres, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco (tabagismo, consumo abusivo de álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade). Também, definiu diretrizes e ações em três eixos: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; c) cuidado integral.

Paralelamente, após a Cúpula do Milênio das Nações Unidas, ocorrida no ano de 2000, a Organização das Nações Unidas lançou a Declaração do Milênio, que continha oito objetivos internacionais de desenvolvimento para o ano de 2015, chamados Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Em 2015, o Brasil assumiu a agenda dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que sucederam e atualizaram os ODM. Os ODS possuem 169 metas a serem alcançadas até 2030.

Com a aproximação do término do período de vigência do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil – 2011-2022, e em resposta à nova pactuação mundial para alcance dos ODS, o Ministério da Saúde considerou a necessidade de elaborar um novo documento que reafirma e amplia as propostas para o enfrentamento das DCNT e para a promoção da saúde no Brasil.



Sabe-se que o perfil das causas de morte no Brasil tem mudado de forma importante nas últimas décadas. As transições epidemiológica e demográfica ocorrem de forma acelerada. O envelhecimento populacional e a redução das causas de morte por doenças infecciosas e parasitárias e materno-infantis, além do crescimento acelerado das mortes por doenças crônicas e causas externas vêm delineando um novo cenário para a atuação da política pública (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Com a transição demográfica, observamos o aumento progressivo na expectativa de vida, aumentando a proporção de idosos em relação aos demais grupos etários. Este fenômeno provoca mudanças no perfil de morbimortalidade no Brasil. Essa mudança ocorre com grande diversidade regional em função das diferenças socioeconômicas, culturais, raciais, de acesso aos serviços de saúde, urbanização, entre outras (LEITE-CAVALCANTI *et al.*, 2009).

As transformações na estrutura de causas de morte têm afetado o padrão etário da mortalidade da população brasileira. Isso ocorre especialmente nos locais onde os óbitos por causas externas são mais frequentes, uma vez que essas causas afetam mais homens jovens-adultos (15 a 39 anos de idade), reduzindo a expectativa de vida deles. O aumento da importância das causas externas vem ocorrendo paralelamente ao declínio da mortalidade infantil e na infância (SIMÕES, 2002).

O grande impacto das causas externas no padrão de morbimortalidade da população brasileira evidenciou a necessidade do novo Plano abranger os agravos, passando de um plano específico para as DCNT para um documento mais completo, envolvendo as Dant. Dessa forma, alinhado com as principais políticas e programas sobre os temas e com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, o Ministério da Saúde apresenta o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, com metas e ações propostas para o período de 2021 a 2030. O novo Plano de Dant objetiva fortalecer a agenda de enfrentamento das DCNT, das violências e dos acidentes nas esferas federal, estaduais, municipais e do Distrito Federal, bem como pautar a promoção da saúde nas ações de saúde.

O ponto de partida para elaboração deste novo Plano foi a realização de um balanço do Plano de DCNT 2011-2022 para identificar avanços e desafios em relação às metas propostas em 2011 e no direcionamento da sua implementação no País.



Portanto, o novo Plano de Dant inicia com o panorama analítico das DCNT no País, após quase uma década de implementação das ações previstas para o período de 2011-2022. A análise reflete a importância das ações de prevenção das DCNT serem mantidas no topo das discussões, contextualizadas na determinação social do processo saúde-doença-cuidado e dirigidas à (re)organização do cuidado frente ao envelhecimento populacional e de políticas econômicas desfavoráveis à regulamentação de produtos nocivos à saúde e restritivas em relação à universalização dos serviços de saúde.

Na mesma direção, a contextualização do Plano de Dant apresenta análises sobre indicadores de mortalidade por acidentes e violências, com recortes por sexo, idade e região, com o propósito de demarcar a linha de base que justifica a inclusão de ações e metas relacionadas aos agravos em uma agenda nacional para a vigilância em saúde. As ações estratégicas foram analisadas e melhoradas ao longo do processo de elaboração com o intuito de conferir pertinência com as políticas e os programas relativos aos temas e caráter inovador e atual em relação às recomendações mundiais.

Ao final, são apresentadas recomendações para uso deste Plano com o objetivo de potencializá-lo na vigilância em saúde e na relação desta com outros setores e serviços de saúde e de políticas irmãs, como, por exemplo, educação, proteção social, esporte e lazer, meio ambiente e seguranças pública e viária. O monitoramento e a avaliação do Plano de Dant serão realizados anualmente por meio do acompanhamento das metas, de encontros técnicos e da elaboração de relatórios durante o período de vigência.

Em 2030, último ano de vigência do Plano, a agenda da prevenção das Dant e promoção da saúde deverá ser atualizada e reforçada com a construção de novas metas e ações que reflitam os avanços e os problemas sociais, culturais, políticos, econômicos e científicos do seu tempo. O Plano de Dant apresenta-se como instrumento de apoio ao planejamento em saúde, à definição de prioridades para investimento e à execução com vista ao alcance das metas propostas. Nasce como uma agenda compartilhada e assim deve seguir em todo o seu período de vigência.



BALANÇO DO PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA ENFRENTAMENTO DAS DCNT NO BRASIL, 2011-2022

As DCNT constituem o grupo de doenças de maior magnitude no País, atingindo, especialmente, as populações mais vulneráveis, como as de baixas renda e escolaridade.

O Plano de Enfrentamento das DCNT tem o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, além de apoiar os serviços de saúde voltados às doenças crônicas. O Plano aborda os quatro principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis (cardiovasculares, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco modificáveis (tabagismo, consumo abusivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade) e define diretrizes e ações em três eixos:

- Vigilância, informação, avaliação e monitoramento.
- Promoção da saúde.
- Cuidado integral.

O Plano de DCNT 2011-2022 é o grande marco das ações frente ao quadro epidemiológico de morbimortalidade no País por uma década. Para seu monitoramento, foram previstas 12 metas, acompanhadas ao longo de dez anos de vigência para orientar as ações de saúde e alcançar os objetivos de prevenir o adoecimento e reduzir mortes prematuras por DCNT.



2.1 BALANÇO DAS METAS DO PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA ENFRENTAMENTO DAS DCNT NO BRASIL, 2011-2022

Para o monitoramento do plano de enfrentamento das DCNT (plano de DCNT), foram estabelecidas metas nacionais compartilhadas por estados, Distrito Federal e municípios. A quantificação das metas do Plano seguiu as recomendações do *Global Action Plan for prevention and control of noncommunicable diseases – 2013-2020* da Organização Mundial da Saúde, além da adoção de nova faixa da mortalidade prematura. O monitoramento do alcance dessas metas permite acompanhar os resultados produzidos diante da morbimortalidade por DCNT no País, bem como analisar a atual situação de saúde da população brasileira.

Entre as 12 metas propostas no Plano de DCNT, quatro delas não serão incluídas neste balanço devido à dificuldade de monitoramento no âmbito da Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde. São elas:

- Reduzir a prevalência de obesidade em crianças (por não haver dados nacionais periódicos).
- Reduzir a prevalência de obesidade em adolescente (por não haver comparabilidade dos dados disponíveis).
- Reduzir o consumo médio de sal (por não haver dados nacionais periódicos).
- Tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer (por não haver dados nacionais disponíveis).

Desse modo, as metas cujo monitoramento será aqui apresentado são:

- Reduzir a mortalidade prematura (30-69 anos) por DCNT em 2% ao ano.
- Reduzir a prevalência de tabagismo em 30%.
- Reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%.
- Deter o crescimento da obesidade em adultos.



- Aumentar o consumo recomendado de frutas e hortaliças em 10%.
- Aumentar a prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 10%.
- Aumentar a cobertura de mamografia em mulheres de 50-69 de idade nos últimos dois anos para 70%.
- Aumentar a cobertura de Papanicolau em mulheres de 25-64 de idade nos últimos três anos para 85%.

A Tabela 1 apresenta o balanço das metas do Plano de Enfrentamento das DCNT.

Tabela 1 – Balanço das metas do Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT 2011-2022

Indicadores	Taxa e Prevalências (%)			Taxa/ Prevalência Esperada 2022	2010-2019		2010-2015		2015-2019	
	2010	2015	2019		Varição Anual média ¹	p	Varição Anual média ¹	p	Varição Anual média ¹	P
Reduzir 2% Mortalidade prematura por DCNT ²	315,5	305,0	300,8	≤ 282,1	-1,64	0,002	-3,28	0,000	-2,12	0,028
Reduzir 30% prevalência de tabagismo	14,1	10,4	9,8	≤ 9,9	-0,48	0,001	-0,76	0,001	-0,28	0,011
Reduzir em 10% consumo abusivo de bebida alcoólica	18,1	17,2	18,8	≤ 16,3	0,18	0,122	-0,19	0,143	0,13	0,626
Deter crescimento da obesidade em adultos	15,1	18,9	20,3	≤ 15,1	0,53	0,000	0,71	0,001	0,37	0,040
Aumentar em 10% consumo recomendado de Frutas e hortaliças	19,5	25,2	22,9	≥ 21,5	0,35	0,178	1,00	0,001	-0,59	0,002
Aumentar em 10% prática atividade física	30,5	37,6	39,0	≥ 33,6	0,93	0,000	1,30	0,000	0,33	0,190
Aumento de Mamografia para 70%	73,4	78,1	76,9	≥ 70	0,39	0,133	0,97	0,027	-0,26	0,215
Aumento Papanicolau em 85%	82,2	81,0	81,5	≥ 85	-0,05	0,525	-0,19	0,299	0,07	0,790

Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Fatores de risco: Vigitel (2010, 2015 e 2019).

¹Varição Anual Média em pontos percentuais.

²Taxa bruta de mortalidade por DCNT, utilizando a projeção da população 2000-2030 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).



A seguir, as metas e os resultados são discutidos na perspectiva de esclarecer a situação deles até 2019 e a previsão para 2022. As previsões que constam nesta seção foram realizadas por meio do algoritmo de Suavização Exponencial Tripla (Exponential Triple Smoothing – ETS). Foram considerados os dados referentes ao período de 2010 a 2019 para realizar a previsão para o período de 2020 e 2022.

Figura 1 – Meta de redução da mortalidade prematura por DCNT do Plano de Enfrentamento das DCNT 2011-2022



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae.

A Tabela 1 e a Figura 1 mostram que a mortalidade prematura por DCNT reduziu nos três períodos analisados, apresentando, de 2010 a 2019, redução média de 1,64 ponto percentual (p.p.) ao ano. No entanto, ao se analisar as quebras do período, observam-se velocidades de decréscimo diferentes, com maior queda acontecendo de 2010 a 2015 (3,28 p.p.) e diminuição da velocidade de redução de 2015 a 2019 (2,12 p.p.).

Considerando as variações anuais de redução, a perspectiva é que em 2022 esta meta não seja atingida.

Figura 2 – Meta de redução da prevalência de tabagismo do Plano de Enfrentamento das DCNT 2011-2022



Fonte: Vigitel (2010 e 2019).

A prevalência de tabagismo reduziu nos três períodos analisados, apresentando de 2010 a 2019 redução média de 0,48 ponto percentual ao ano. No entanto, ao se analisar as quebras do período, observam-se velocidades de decréscimo diferentes, com maior queda acontecendo de 2010 a 2015 (0,76 p.p.) e diminuição da velocidade de redução de 2015 a 2019 (0,28 p.p.) (Tabela 1 e Figura 2).



A meta de redução da prevalência de tabagismo em 30% foi atingida em 2019. A previsão é de que a prevalência de fumantes continue em queda, concluindo o período de vigência do plano de enfrentamento das DCNT com êxito no atingimento da meta proposta para esse indicador.

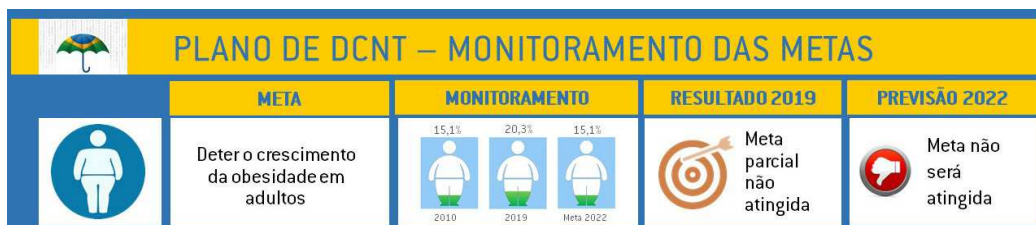
Figura 3 – Meta de redução do consumo abusivo de bebidas alcoólicas do Plano de Enfrentamento das DCNT 2011-2022



Fonte: Vigitel (2010 e 2019).

A prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas apresentou estabilidade durante todo o período analisado (Tabela 1 e Figura 3). Para o atingimento da meta seria necessário alcançar prevalência abaixo de 16,3% em 2022. Entretanto, observando o comportamento desse indicador entre 2010 e 2019 a previsão é de que, até 2022, tal meta não seja atingida.

Figura 4 – Meta de detenção do crescimento da obesidade em adultos do Plano de Enfrentamento das DCNT 2011-2022



Fonte: Vigitel (2010 e 2019).

A prevalência de obesidade entre adultos apresentou aumento no período analisado (Tabela 1 e Figura 4). No entanto, observa-se que, nos últimos cinco anos (2015 a 2019), a velocidade de evolução reduziu, com aumento médio de 0,37 ponto percentual, reduziu, com aumento médio de 0,37 ponto percentual, em comparação aos primeiros anos de implantação do plano de enfrentamento das DCNT (2010 a 2015), quando foi observado um crescimento médio de 0,71 ponto percentual (Tabela 1).

Embora o aumento da obesidade entre adultos não tenha sido tão marcante nos últimos anos monitorados, a previsão é de que a prevalência continue crescendo, chegando ao final do plano de enfrentamento das DCNT sem êxito no atingimento dessa meta.



Figura 5 – Meta de aumento do consumo recomendado de frutas e de hortaliças do Plano de Enfrentamento das DCNT 2011-2022



Fonte: Vigitel (2010 e 2019).

A prevalência de consumo recomendado de frutas e de hortaliças demonstrou estabilidade de 2010 a 2019 (Tabela 1 e Figura 5). Considerando apenas o período de 2010 a 2015, ocorreu aumento médio de 1,00 ponto percentual ao ano. No entanto, ao se analisar os últimos cinco anos monitorados, observa-se que houve queda nesse período, com redução média de 0,59 ponto percentual ao ano (Tabela 1).

Assim, embora a meta relacionada ao consumo de frutas e de hortaliças tenha sido atingida já em 2011 (prevalência de 22,0%), o desempenho deste indicador apresentou piora nos últimos anos. Dessa maneira, a previsão do cumprimento da meta até 2022 é incerta.

Figura 6 – Meta de aumento da prática de atividade física no tempo livre do Plano de Enfrentamento das DCNT 2011-2022



Fonte: Vigitel (2010 e 2019).

A prevalência da prática de atividade física no tempo livre apresentou aumento anual médio de 0,93 ponto percentual de 2010 a 2019 (Tabela 1 e Figura 6). Contudo, ao se analisar os períodos fracionados, observa-se que esse crescimento se deu de 2010 a 2015 (1,30 p.p.), pois de 2015 a 2019 foi observada estabilidade na prevalência (Tabela 1).

Ressalta-se que a meta foi atingida a partir de 2013 (prevalência de 33,8%), alcançando um valor superior a 33,6%, (que equivaleria ao aumento de 10% com relação à linha de base de 2010). Nos anos seguintes, a prevalência de prática de atividade física no tempo livre manteve-se acima da meta.

Dessa maneira, a previsão é de que a meta proposta para este indicador seja concluída com êxito em 2022.



Figura 7 – Meta de aumento da cobertura de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos do Plano de Enfrentamento das DCNT 2011-2022



Fonte: Vigitel (2010 e 2019).

A cobertura de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos apresentou estabilidade de 2010 a 2019 (Tabela 1 e Figura 7). No período de 2010 a 2015, houve aumento médio de 0,97 ponto percentual ao ano. No entanto, ao se analisar os últimos cinco anos monitorados, a prevalência de mamografia manteve-se estável de 2015 a 2019 (Tabela 1). A previsão é de que se obtenha êxito no atingimento da meta proposta para esse indicador no plano de enfrentamento das DCNT.

Ressalta-se que, pelos dados da Pesquisa Nacional de Saúde, que tem representatividade nacional, a prevalência de mamografia foi de 60% em 2013 e 69,5% em 2019, aproximando-se do valor almejado. No entanto, devido à periodicidade de realização dessa pesquisa, não é possível construir uma série histórica anual para avaliar a evolução do indicador no período estudado. O monitoramento desse indicador utilizando os dados do Vigitel, que são representativos para as capitais brasileiras, apontou prevalência acima dos 70% almejados desde a linha de base.

Figura 8 – Meta de aumento da cobertura de Papanicolau do Plano de Enfrentamento das DCNT 2011-2022



Fonte: Vigitel (2010 e 2019).

A cobertura de exame Papanicolau apresentou-se estável durante todo o período analisado, variando de 82,2% em 2010 a 81,5% em 2019 (Tabela 1 e Figura 8). Salienta-se que, desde o lançamento do Plano, a meta de aumento de exame Papanicolau não foi atingida em nenhum momento (Tabela 1). A previsão é de que essa meta não seja atingida até 2022.



No geral, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, no período de 2010 a 2019, apresentou avanços e já conseguiu atingir metade das metas parciais antes mesmo do término de sua vigência, que acontecerá em 2022. A atenção se volta para aquelas com previsão de que não serão atingidas até 2022, com a necessidade de serem tomadas medidas que impactem na reversão do cenário de não alcance e que garantam as mudanças necessárias ao sucesso delas na vigência do novo Plano de Dant.

A complexidade que envolve os processos de prevenção, cuidado e tratamento das DCNT torna imperativo o acompanhamento das metas previstas no Plano de Dant para garantir a continuidade da agenda de enfrentamento dessas doenças no País. Nessa perspectiva, ações do Plano de DCNT foram migradas para este plano.

Os tópicos a seguir apresentam a situação epidemiológica das doenças crônicas e agravos não transmissíveis com o objetivo de contextualizar o novo Plano de Dant e suas ações frente às demandas oriundas do quadro mais atual de morbimortalidade no País.



3

PANORAMA DA MORTALIDADE POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS NO BRASIL

3.1 PANORAMA DA MORTALIDADE POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL

O Brasil vem sendo marcado, nas últimas décadas, por uma transição demográfica acelerada, que resulta da redução abrupta da taxa de fecundidade e de elevados índices de envelhecimento populacional. Por sua vez, a transição epidemiológica observada no País é marcada, entre outros aspectos, pelo desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco, além de forte crescimento das causas externas de morbimortalidade (DUARTE; BARRETO, 2012).

Quadro 1 – Ranking das causas básicas de óbito segundo capítulos da CID-10 e o número absoluto de óbitos por faixa etária no Brasil em 2019

Posição	0 a 9 anos	10 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 49 anos	50 a 69 anos	70 a 79 anos	≥80 anos	Total
1	C. Perinat. 20.269	C. Ext. 13.384	C. Ext. 32.100	C. Ext. 43.961	D. Ap. Circ. 113.488	D. Ap. Circ. 91.237	D. Ap. Circ. 130.243	D. Ap. Circ. 364.132
2	Malform. 9.420	Neoplasias 1.406	Neoplasias 2.735	D. Ap. Circ. 25.019	Neoplasias 98.966	Neoplasias 58.088	D. Ap. Resp. 75.657	Neoplasias 235.301
3	C. Ext. 2.926	D. Sist. Nerv. 1.109	D. Ap. Circ. 2.461	Neoplasias 23.847	D. Ap. Resp. 35.272	D. Ap. Resp. 38.018	Neoplasias 48.997	D. Ap. Resp. 162.005
4	D. Ap. Resp. 2.917	C. Mal Def. 988	C. Mal Def. 2.379	D.I.P. 10.506	D. Endocr. 26.946	D. Endocr. 21.997	D. Endocr. 27.238	C. Ext. 142.800
5	D.I.P. 1.933	D. Ap. Resp. 777	D.I.P. 2.268	D. Ap. Dig. 10.043	C. Ext. 25.940	D. Ap. Dig. 14.369	C. Mal Def. 25.185	D. Endocr. 83.483
6	D. Sist. Nerv. 1.430	D. Ap. Circ. 776	D. Ap. Resp. 1.566	C. Mal Def. 9.703	D. Ap. Dig. 25.935	C. Mal Def. 13.688	D. Sist. Nerv. 24.194	C. Mal Def. 74.972

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS).

Nota: D.I.P.: doenças infecciosas e parasitárias; neoplasias; C. Ext.: causas externas; C. Perinat.: afecções do período perinatal; Mal form.: anomalias cromossômicas e malformações congênitas; D. Ap. Resp.: doenças do aparelho respiratório; D. Sist. Nerv.: doenças do sistema nervoso; D. Ap. Circ.: doenças do aparelho circulatório; D. Ap. Dig.: doenças do aparelho digestivo; D. Endocr.: doenças endócrinas; D. Ap. Uri.: doenças do aparelho geniturinário; C. Mal Def.: causas mal definidas (sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte).

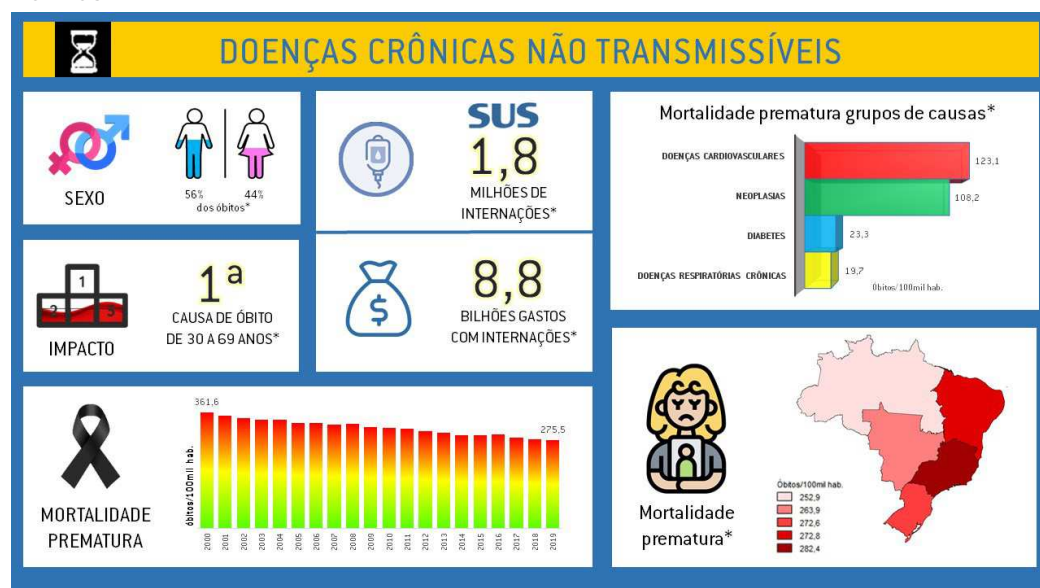


As DCNT constituem o grupo de doenças de maior magnitude no mundo, atingindo, especialmente, as populações mais vulneráveis, como as de média e baixa renda e escolaridade, devido à maior exposição aos fatores de risco ou ao acesso restrito às informações e aos serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

No Brasil, em 2019, as doenças do aparelho circulatório (que fazem parte do grupo das DCNT) ocuparam o primeiro lugar em número de óbitos por capítulos da CID-10. Nas faixas etárias acima de 50 anos, as principais causas de óbito, em 2019, foram as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias malignas e as doenças do aparelho respiratório (Quadro 1).

As DCNT são responsáveis pela maior carga de morbimortalidade no mundo, acarretando perda de qualidade de vida, limitações, incapacidades, além de alta taxa de mortalidade prematura (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). A Figura 9 apresenta o perfil da morbimortalidade por DCNT no Brasil.

Figura 9 – Panorama da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Gastos e Internações – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).

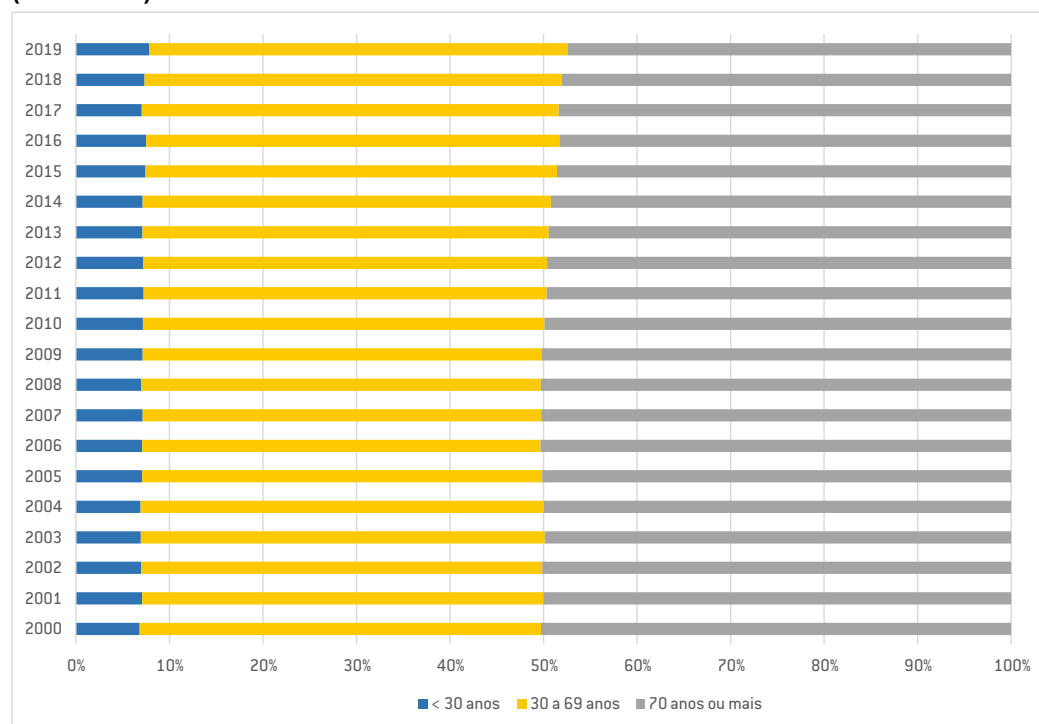
*Em 2019.

Em 2019, foram registrados 738.371 óbitos por DCNT no Brasil. Destes, 41,8% (n=308.511) ocorreram prematuramente, ou seja, entre 30 e 69 anos de idade, perfazendo uma taxa padronizada de mortalidade de 275,5 óbitos prematuros a cada 100 mil habitantes. Observa-se, no período de 2000 a 2019, redução na contribuição de óbitos prematuros no total de óbitos por DCNT, de 47,4% em



2000 para 41,8% em 2019. Entretanto, esse percentual ainda é elevado (Figura 10). Ressalta-se, assim, que os mesmos fatores que podem impactar na redução da mortalidade prematura por essas causas também beneficiam pessoas com idade acima dos 70 anos, uma vez que as principais causas de morte e limitações na faixa etária de 30 a 69 anos são similares àquelas que acometem indivíduos em idades mais avançadas (NORHEIM *et al.*, 2015).

Figura 10 – Proporção de óbitos por doenças crônicas, segundo faixa etária, Brasil (2000-2019)

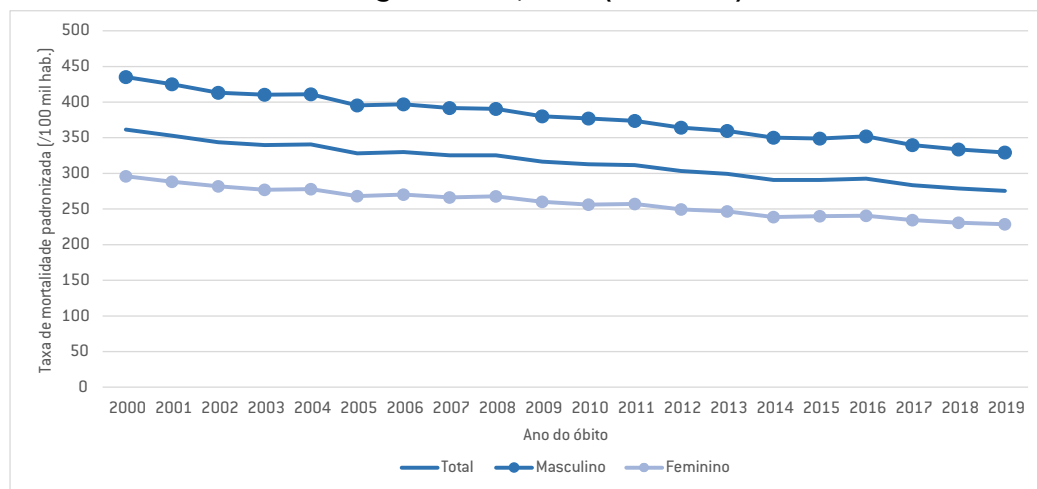


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS). Foram considerados os óbitos classificados com os códigos C00-C97, E10-E14, I00-I99, J30-J98 (exceto J36) (Doenças crônicas não transmissíveis) da CID-10. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária do indivíduo estava assinalada como “ignorada”.

Na Figura 11, é apresentada a evolução da taxa padronizada de mortalidade prematura por DCNT geral e de acordo com o sexo do indivíduo. Observa-se redução na mortalidade por essa causa no período analisado. Em 2019, no Brasil, em 56,1% dos óbitos prematuros por essa causa (n=173.207) os indivíduos eram do sexo masculino, perfazendo uma taxa padronizada de mortalidade de 329,3 óbitos a cada 100 mil habitantes. Para o sexo feminino, essa taxa foi de 228,7 óbitos a cada 100 mil habitantes no mesmo ano. É possível observar que, em todos os anos da série histórica analisada (2000 a 2019), a mortalidade prematura por DCNT foi maior para o sexo masculino. O mesmo comportamento é observado ao redor do mundo, com a mortalidade por DCNT superior em homens na maioria dos países.



Figura 11 – Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis segundo sexo, Brasil (2000-2019)

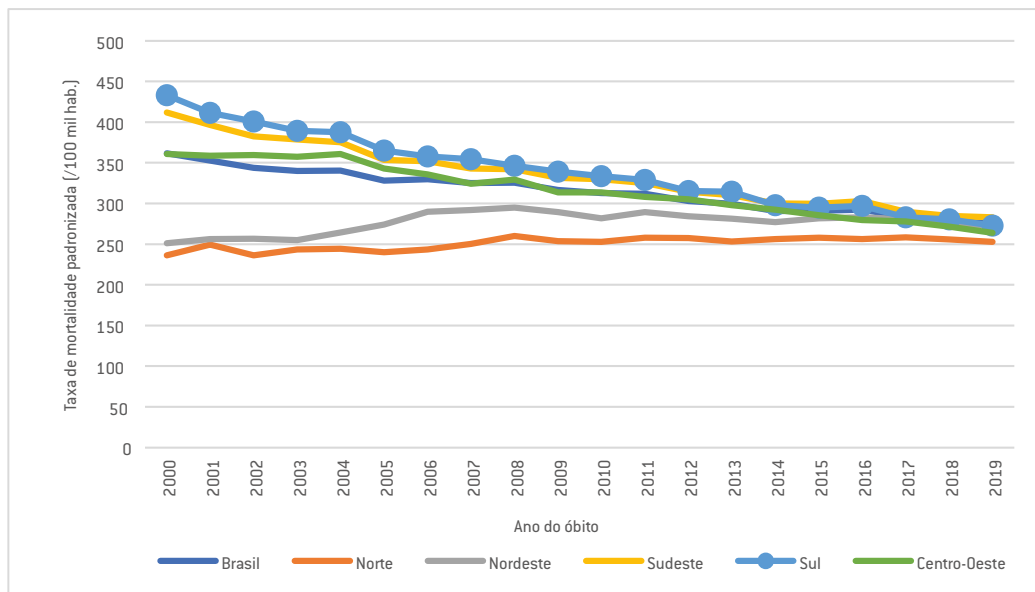


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos C00-C97, E10-E14, I00-I99, J30-J98 (exceto J36) (Doenças crônicas não transmissíveis) da CID-10.
Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária ou sexo da vítima estava assinalada como "ignorada".

Devido à dimensão do Brasil e suas diferenças regionais avaliar a distribuição da mortalidade por DCNT, a fim de identificar suas peculiaridades, é essencial. A Figura 12 apresenta a evolução da taxa padronizada de mortalidade prematura por DCNT de acordo com a região de residência. A diferença regional na magnitude das taxas observadas era ampla entre as regiões nos anos 2000, sendo maior nas Regiões Sul e Sudeste do País. Em 2019, embora a taxa do Sudeste continue sendo a maior, todas as taxas das regiões tenderam a se aproximar ao longo dos anos analisadas. Isso demonstra que as DCNT estão disseminadas por todo o Brasil e são causa de morte importante em todas as cinco regiões geográficas, na faixa etária de 30 a 69 anos.



Figura 12 – Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis segundo região de residência, Brasil (2000-2019)

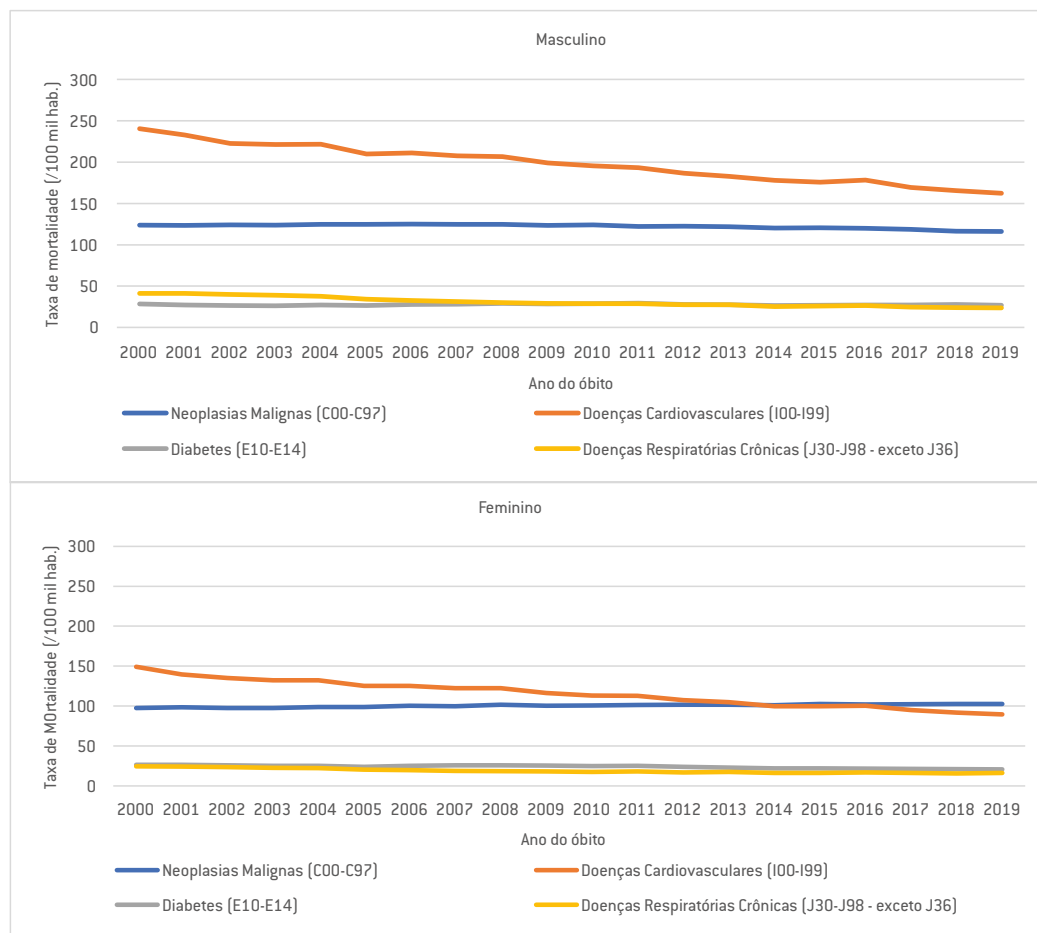


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos C00-C97, E10-E14, I00-I99, J30-J98 (exceto J36) (Doenças crônicas não transmissíveis) da CID-10. Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil Censo 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária ou região de residência da vítima estava assinalada como “ignorada”.

Ao se analisar o comportamento das quatro principais DCNT por sexo é possível observar que, na população masculina, as doenças cardiovasculares foram responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade em todo o período, embora tenha havido decréscimo em sua magnitude. Na população feminina, as doenças cardiovasculares foram responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade até o ano de 2013. A partir de 2014, a mortalidade por neoplasias malignas passou a ser a maior causa de morte por DCNT entre as mulheres (Figura 13).



Figura 13 – Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis segundo grupo de causa, Brasil (2000-2019)



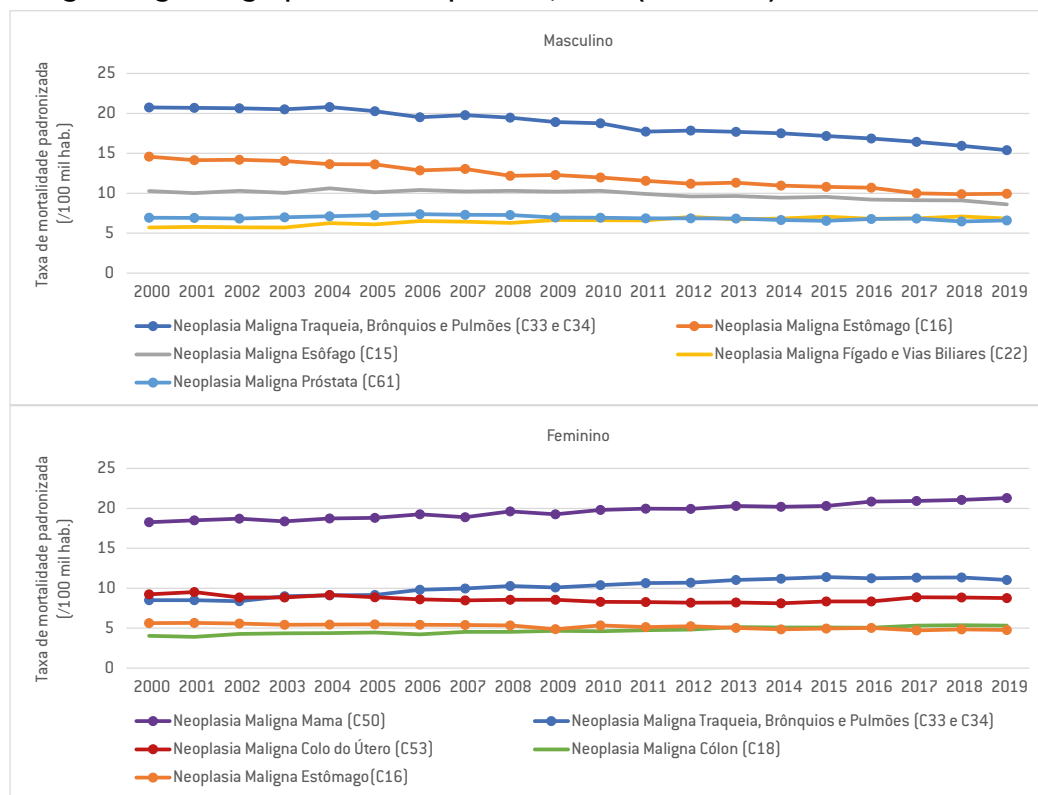
Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos C00-C97, E10-E14, I00-I99, J30-J98 (exceto J36) (Doenças crônicas não transmissíveis) da CID-10. Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil Censo 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária ou sexo da vítima estava assinalada como "ignorada".

A mortalidade por neoplasias malignas tem crescido em todo o mundo e esta já representa a segunda causa de morte na maioria dos países (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Em 80% dos países, a tendência da mortalidade prematura por câncer está prejudicando o progresso para o atingimento da meta 3.4 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que é a redução de 1/3 da mortalidade prematura de DCNT até 2030 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Em 2019, foram registrados, no Brasil, 120.994 óbitos por neoplasias malignas, cujos indivíduos estavam na faixa etária de 30 a 69 anos. A Figura 14 apresenta a evolução das taxas padronizadas de mortalidade prematura pelos grupos de causas incluídos nas neoplasias malignas, no período de 2000 a 2019, segundo sexo.



Figura 14 – Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por neoplasias malignas segundo grupos de causa por sexo, Brasil (2000-2019)



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos C00-C97 (Neoplasias) da CID-10.

Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil Censo 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária ou sexo da vítima estava assinalada como “ignorada”.

Na população masculina, as neoplasias malignas de brônquios e pulmões foram responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade em todo o período, apresentando decréscimo em sua magnitude a partir de 2004.

Entre as mulheres, as neoplasias de brônquios e pulmões estavam em terceiro lugar entre as causas de morte por neoplasias malignas até 2005, passando para o segundo lugar a partir de então. Ao contrário dos homens, as mulheres vêm apresentando aumento na taxa de mortalidade por neoplasias malignas dos brônquios e pulmões (Figura 14). Contudo, estimativas do Instituto Nacional de Câncer (Inca) indicam que a mortalidade por esta causa entre mulheres se estabilizará a partir de 2030, em consequência direta da diminuição da prevalência de tabagismo na população feminina. Essa mudança tardia em relação à população masculina pode decorrer do fato de as maiores prevalências de tabagismo entre mulheres terem sido observadas, historicamente, em momentos posteriores àqueles em que ocorreram as maiores prevalências entre homens (SOUZA *et al.*, 2020).



A neoplasia de mama foi responsável pela maior taxa de mortalidade por neoplasia malignas em mulheres em todo o período analisado, sendo verificado acréscimo em sua magnitude ao longo dos anos (Figura 14). A Figura 15 apresenta o panorama da morbimortalidade por neoplasia maligna de mama no Brasil.

Figura 15 – Panorama da morbimortalidade por neoplasia maligna de mama no Brasil

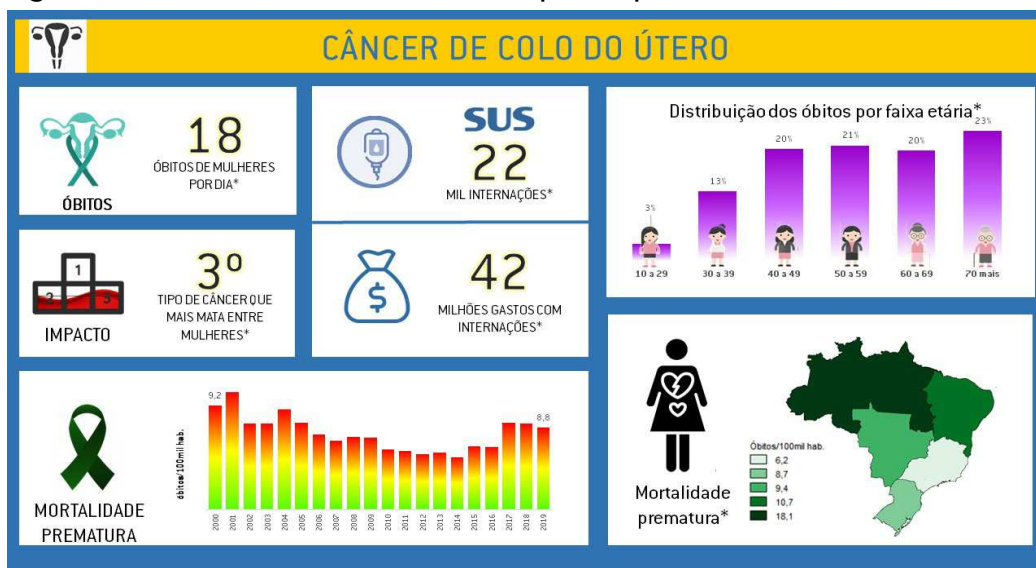


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Gastos e Internações – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).
*Em 2019.

Quanto à neoplasia maligna do colo do útero, observa-se pouca variação na mortalidade por esta causa no período de 2000 a 2019, permanecendo como a terceira causa de morte por neoplasias malignas entre mulheres desde 2005 (Figura 14). A Figura 16 apresenta o panorama da morbimortalidade por neoplasia maligna de colo do útero no Brasil.



Figura 16 – Panorama da morbimortalidade por neoplasia de colo de útero no Brasil

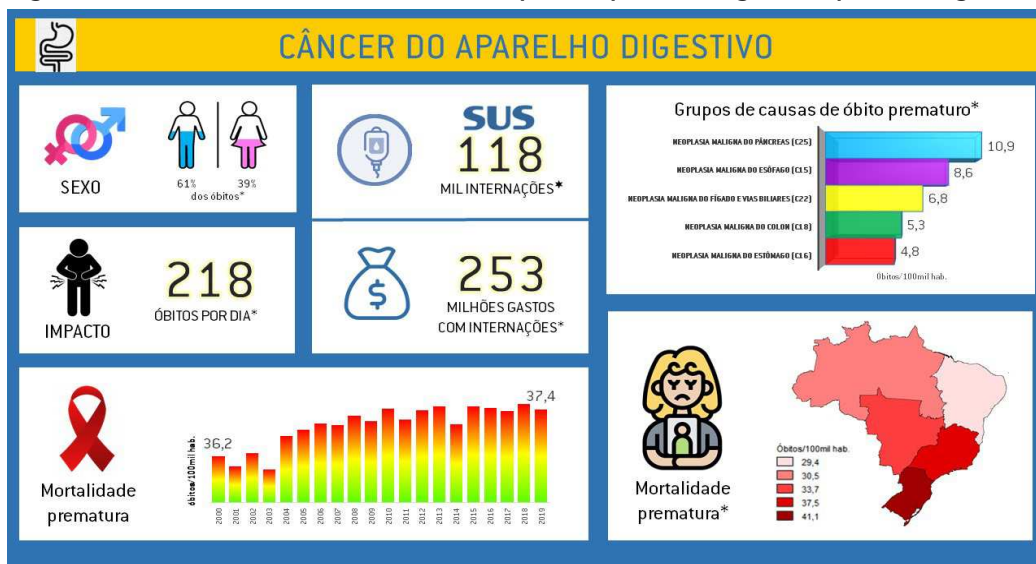


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Gastos e Internações – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).
*Em 2019.

Ainda na Figura 14, destacam-se entre as cinco principais neoplasias malignas que levam homens e mulheres ao óbito prematuro aquelas relacionadas ao aparelho digestivo, com localização no pâncreas, no estômago, no esôfago, no cólon, no fígado e nas vias biliares. Globalmente, observa-se uma transição dos principais tipos de câncer, com declínio daqueles associados a infecções e aumento daqueles relacionados a atitudes associadas à urbanização, tais como sedentarismo e alimentação inadequada (BRAY *et al.*, 2018). A Figura 17 apresenta o panorama da morbimortalidade por neoplasia maligna de aparelho digestivo no Brasil.



Figura 17 – Panorama da morbimortalidade por neoplasia maligna do aparelho digestivo



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Gastos e Internações – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).
*Em 2019.

Um exemplo do impacto dos hábitos de vida nas neoplasias do aparelho digestivo são os fatores de risco relacionados a neoplasias malignas de cólon e reto e estômago, entre os quais estão a obesidade, a inatividade física, o tabagismo, o alto consumo de carne processada, a alimentação pobre em frutas e hortaliças e o consumo excessivo de álcool; os fatores de risco que serão apresentados a seguir (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA; BRASIL, 2019).

3.2 PANORAMA DA PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL

No contexto das DCNT, emerge a necessidade premente de conhecer o comportamento da população, que pode refletir em impactos na saúde em todas as fases da vida, visto que as condições em que as pessoas vivem e trabalham influenciam a qualidade de vida e saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). A maioria das mortes prematuras está ligada a fatores de risco modificáveis, tais como obesidade, hábito alimentar inadequado, inatividade física, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, poluição ambiental e saúde mental. Políticas de saúde que criam ambientes propícios para escolhas saudáveis e acessíveis são essenciais para motivar as pessoas a adotarem e manterem comportamentos saudáveis (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017).

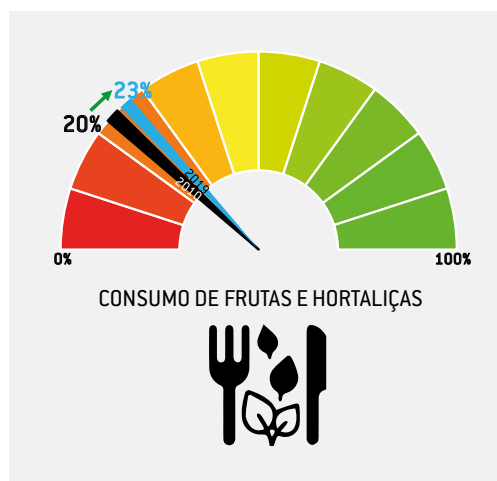


A alimentação adequada e saudável é um direito humano básico e está relacionada à melhoria da saúde, ao menor risco de doenças não transmissíveis e à longevidade. O efeito benéfico sobre a prevenção de doenças advém do alimento em si e das combinações de nutrientes e outros compostos químicos que fazem parte da matriz do alimento, mais do que de nutrientes isolados. A Figura 18 apresenta o monitoramento da prevalência de consumo recomendado de frutas e de hortaliças nas capitais brasileiras e do Distrito Federal, nos anos de 2010 e 2019.

Você sabia?

Frutas e hortaliças são alimentos essenciais para um padrão saudável de alimentação, pois contêm diversos elementos fundamentais, favorecendo a manutenção da saúde e do peso corporal. Por outro lado, o consumo de alimentos ultraprocessados, determina, entre outras consequências, o desequilíbrio na oferta de nutrientes e a ingestão excessiva de calorias (BRASIL, 2014). Além disso, segundo a OMS o consumo de açúcares livres deve ser reduzido para menos de 10% da ingestão calórica total (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Figura 18 – Monitoramento do consumo recomendado de frutas e de hortaliças de 2010 e 2019, capitais brasileiras e Distrito Federal



Fonte: Vigitel (2010 e 2019).

Segundo dados do Vigitel 2019, na população adulta (≥ 18 anos), a frequência de consumo recomendado de frutas e hortaliças foi de 22,9%, a frequência de consumo de cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados foi de 18,2% e o consumo regular de bebidas adoçadas foi de 15,0%.

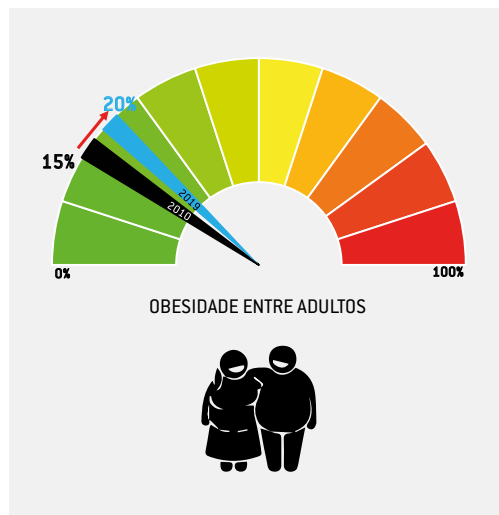
Segundo a OMS, a prevalência de crianças com excesso de peso passou de 4,8% para 5,9% entre 1990 e 2018, aumento de mais de 9 milhões de crianças. Além disso, de 2006 a 2019 houve aumento de 72% na prevalência de obesidade em adultos das capitais brasileiras, passando de 11,8% para 20,3%, sendo observado aumento tanto no sexo masculino como no feminino. A Figura 19 apresenta o monitoramento da prevalência de obesidade em adultos nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, nos anos de 2010 e 2019.



Você sabia?

O excesso de peso e a obesidade em adultos também estão aumentando em quase todas as regiões e países, com 1,9 bilhão de pessoas acima do peso em 2016, das quais 650 milhões (13% da população mundial) são obesos.

Figura 19 – Monitoramento da obesidade de 2010 e 2019, capitais brasileiras e Distrito Federal



Fonte: Vigitel (2010 e 2019).

Para a redução da prevalência de doenças cardiovasculares, diabetes, câncer, obesidade, entre outras e, em última instância, para redução da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis são bem estabelecidos e reconhecidos, também, os benefícios da atividade física (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

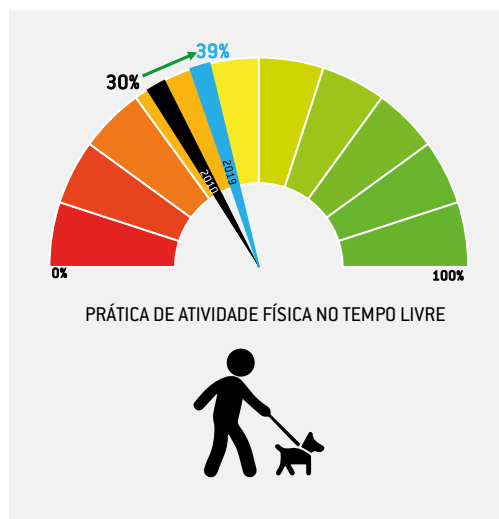
De acordo com estudo que descreveu os níveis de atividade física insuficiente na população de diversos países, em 2016, a prevalência global padronizada por idade deste indicador foi de 27,5%. Este valor permaneceu estável entre 2001 e 2016 (GUTHOLD *et al.*, 2018). A Figura 20 apresenta o monitoramento da prevalência de prática de atividade física no tempo livre nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, no anos de 2010 e 2019.



Você sabia?

Estudo com dados do *Vigitel 2019* mostrou que a prática da atividade física no tempo livre está associada a fatores sociodemográficos e a hábitos saudáveis. A prática de atividade física é mais prevalente entre os mais jovens, do sexo masculino, com maior escolaridade, da cor branca, com plano de saúde, não fumantes e que consomem frutas e hortaliças (BRASIL, 2020a).

Figura 20 – Monitoramento da prática de atividade física de 2010 e 2019, capitais brasileiras e Distrito Federal



Fonte: Vigitel (2010 e 2019).

No Brasil, em 2019, o percentual de adultos que praticaram atividades físicas no tempo livre equivalentes a, pelo menos, 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana foi de 39%, sendo maior entre os homens, com tendência à diminuição com a idade e aumentando fortemente de acordo com o nível de escolaridade.

Outro fator de risco importante para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é o tabagismo, que está relacionado ao desenvolvimento de vários tipos de neoplasias malignas, doenças do aparelho respiratório, doenças cardiovasculares, entre outras doenças. O tabagismo constitui grande ameaça à saúde pública, sendo responsável por mais de 8 milhões de mortes por ano no mundo, das quais cerca de 1,2 milhão são decorrentes do fumo passivo.

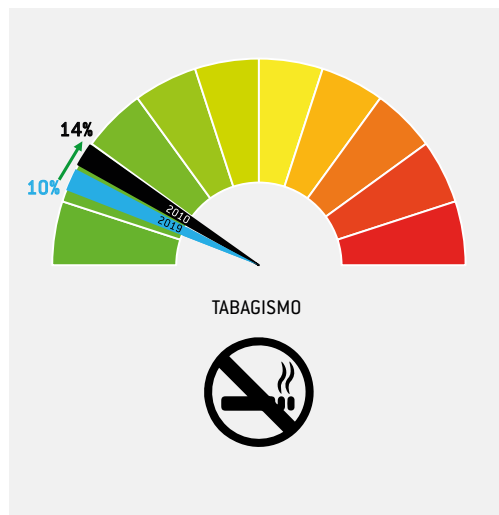
De acordo com dados do Vigitel 2019, a prevalência de tabagismo na população das capitais brasileiras e do Distrito Federal foi de 9,8%, sendo maior em homens, na população com menor escolaridade e na faixa etária entre 45 e 54 anos (BRASIL, 2020a). A Figura 21 apresenta o monitoramento da prevalência de tabagismo nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, nos anos de 2010 e 2019. Segundo estudo que avaliou a tendência da prevalência de fumantes no Brasil no período de 2006 a 2014, houve redução relativa de 0,645 ponto percentual a cada ano, passando de 15,6% em 2006 a 10,8% em 2014 (MALTA *et al.*, 2020).



Você sabia?

Ainda que a prevalência venha diminuindo ao longo dos anos, o tabagismo continua sendo responsável por um extenso número de mortes evitáveis. Estima-se que, em 2015, tenha sido responsável por 156.216 mortes (428 mortes ao dia), representando 12,6% do total das mortes que ocorreram no Brasil. Além disso, destaca-se a relevância dos anos de vida perdidos, a qualidade de vida associados ao tabagismo e do alto custo da assistência médica atribuível ao tabagismo.

Figura 21 – Monitoramento do tabagismo de 2010 e 2019, capitais brasileiras e Distrito Federal



Fonte: Vigitel (2010 e 2019).

O consumo do álcool também é um dos principais fatores de risco para a saúde da população mundial, e o avanço no conhecimento sobre o impacto do seu uso abusivo sobre a saúde dos indivíduos e das populações vem evidenciando a associação da substância com a mortalidade e a ocorrência de uma ampla variedade de doenças crônicas, como neoplasias malignas, doenças cardiovasculares, doenças do fígado, entre outras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

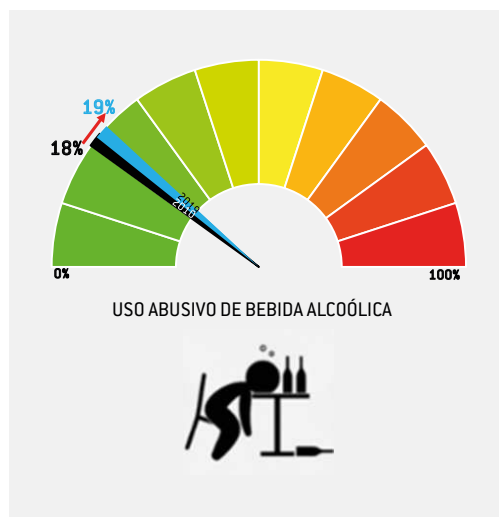
De acordo com estimativas do Global Burden of Disease (GBD), em 2017, aproximadamente 6,2% de todos os óbitos ocorridos no Brasil estavam relacionados ao uso do álcool. Além disso, quando observados os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALYs – Disability Adjusted Life Years), o uso de álcool foi o terceiro principal fator de risco comportamental para carga de doença no Brasil e o quarto no mundo. A Figura 22 apresenta o monitoramento da prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, nos anos de 2010 e 2019.



Você sabia?

Além da relação das bebidas alcoólicas com as DCNT, evidências indicam a importante contribuição destas na ocorrência de lesões intencionais e não intencionais, como acidentes de trânsito, quedas, afogamentos, intoxicações, violência interpessoal e autoprovocada.

Figura 22 – Monitoramento do uso de bebidas alcoólicas 2010 e 2019, Capitais Brasileiras e Distrito Federal



Fonte: Vigitel (2010 e 2019).

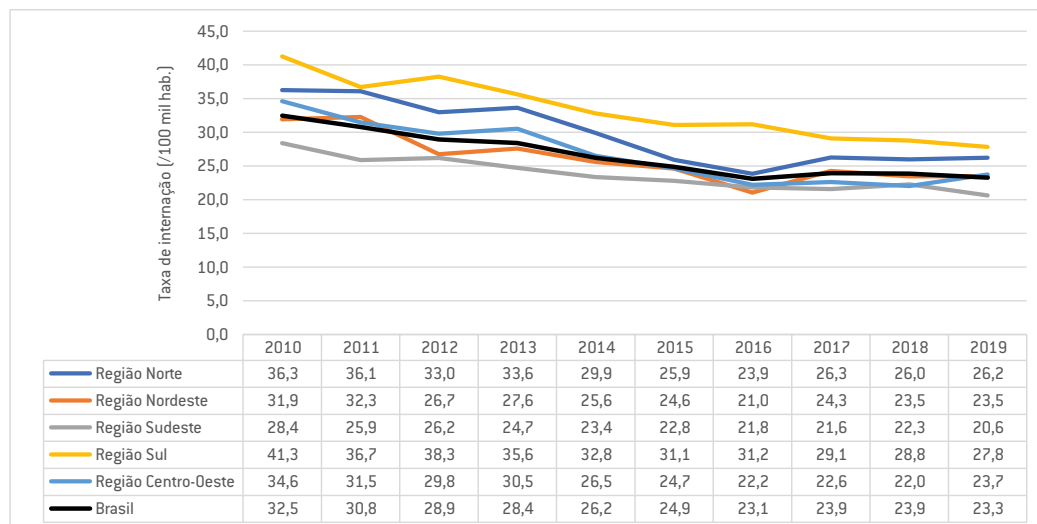
Entre os fatores causais associados às DCNT, a poluição do ar ambiente (outdoor) é considerada um importante determinante de saúde e principal fator de risco ambiental para a saúde humana. Estima-se que ocorram, anualmente, 4,2 milhões de mortes prematuras atribuídas à poluição do ar ambiente no mundo. Responsável pelo desenvolvimento, pela exacerbação e pela morte por doenças crônicas e agudas, estima-se que a poluição do ar tenha sido responsável, no ano de 2016, por aproximadamente 58% de mortes prematuras por doenças cerebrovasculares e doenças isquêmica do coração; 18% por doença pulmonar obstrutiva crônica e infecção respiratória aguda baixa; e 6% por câncer de pulmão, traqueia e brônquios (BRASIL, 2018).

De modo geral, o número de óbitos por DCNT devido à poluição do ar (MP2,5 e O3) aumentou no Brasil e nas unidades federadas entre os anos 2006 e 2016. Enquanto em 2006 um total de 22.395 óbitos atribuídos a esses poluentes foram estimados para homens no Brasil, em 2016 esse número subiu para 25.435.

O impacto da poluição do ar em crianças é significativo. Apesar de não ser a única causa das doenças respiratórias, contribui para internações por esta causa em todo o País (Figura 23).



Figura 23 - Taxa de internação de menores de 5 anos por doenças respiratórias, Brasil e regiões, 2010 a 2019



Fonte: Internações – Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS); População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram consideradas as internações classificadas com os códigos J00-J99 da CID-10.

A vacina contra o papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – HPV quadrivalente – foi inserida no Calendário Nacional de Vacinação para reforçar as ações de prevenção do câncer do colo do útero. Em 2019, este agravo representou a terceira neoplasia maligna mais frequente na população feminina e a terceira causa de morte de mulheres por neoplasias malignas no Brasil. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda uma abordagem integral para prevenção e controle das neoplasias malignas de colo do útero, apresentando a vacinação como um dos avanços tecnológicos para o enfrentamento dessa doença na população mundial.

A Estratégia da Saúde Global de Infecções Sexualmente Transmissíveis 2016-2021 destacou, como um de seus objetivos principais, o alcance de 90% de cobertura nacional e de pelo menos 80% em cada distrito (ou unidade administrativa equivalente) em países que incluíram a vacinação contra HPV em seu Programa Nacional de Imunização, tendo o intuito de eliminar o câncer do colo do útero.

A complexidade inerente ao processo de cuidado e de prevenção das DCNT é extensiva, com respectivas particularidades, aos acidentes e agravos, que serão apresentados no tópico a seguir.



PANORAMA DA MORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS NO BRASIL

Nos últimos anos, os avanços na área de saúde causaram impactos positivos, como o aumento da expectativa de vida da população brasileira. Este é um fenômeno mundial devido, principalmente, a avanços na medicina e a melhorias na qualidade de vida. Porém, sobretudo a partir de 1980, as causas externas (acidentes e violências) de morbimortalidade passaram a constituir grave problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento (LEMOS; JORGE; RIBEIRO, 2013).

Em virtude da gravidade das lesões provocadas por acidentes e violências, grande parte das vítimas acaba necessitando de atendimento ambulatorial, internação hospitalar ou reabilitação relacionada às sequelas físicas e/ou psicológicas. Assim, além do impacto no perfil de mortalidade, as causas externas representam importante desafio para o padrão de morbidade da população.

Além dos sistemas de saúde, as causas externas de morbimortalidade geram grande pressão sobre o sistema judiciário, previdenciário e serviços sociais. Ademais, a maior parte das mortes por essa causa ocorre entre jovens. Isso significa grande prejuízo para a sociedade, que se vê privada do potencial econômico e intelectual das vítimas em idade produtiva. Assim, cada vez mais, a morbimortalidade por causas externas impacta sobre a economia dos países, constituindo um desafio para as autoridades sanitárias.

No Brasil, as causas externas constituem importante elemento no perfil de morbimortalidade da população, principalmente quando se observa a ocorrência de lesões relacionadas ao trânsito, às agressões e às quedas. Entre as causas externas de mortalidade, em 2019, os grupos de maiores magnitudes foram as agressões, os acidentes de transporte e outras causas externas acidentais (Quadro 2).



Quadro 2 – Ranking dos principais grupos de causas de óbito entre as causas externas, segundo faixa etária. Brasil, 2019

Posição	0 a 9 anos	10 a 19 anos	20 a 39 anos	40 a 59 anos	60 a 79 anos	≥80 anos	Total
1	Outras C. Ext. Acidentais 1.751	Agressões 6.561	Agressões 26.402	Acidentes de Transporte 10.034	Outras C. Ext. Acidentais 7.779	Outras C. Ext. Acidentais 9.508	Agressões 44.033
2	Acidentes de Transporte 568	Acidentes de Transporte 2.588	Acidentes de Transporte 13.620	Agressões 8.242	Acidentes de Transporte 4.987	Eventos intenção indeterminada 2.356	Acidentes de Transporte 32.879
3	Eventos intenção indeterminada 290	Outras C. Ext. Acidentais 1.425	Lesões autoprovocadas 5.601	Outras C. Ext. Acidentais 6.267	Eventos intenção indeterminada 3.126	Acidentes de Transporte 848	Outras C. Ext. Acidentais 31.865

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS). Foram considerados como óbitos por causas externas aqueles cuja causa básica consta no Capítulo XX da CID-10. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária ou sexo da vítima estava assinalada como “ignorada”.

No Brasil, em 2019, foram registrados 142.800 óbitos por causas externas. As agressões foram responsáveis por 44.033 óbitos (30,8%). As lesões fatais decorrentes de acidentes de transporte determinaram 32.879 óbitos (23,0%), dos quais 31.945 foram provocados por lesões de trânsito. As lesões autoprovocadas foram responsáveis por 13.520 óbitos (9,5%) e outras causas externas de lesões acidentais, incluindo quedas e afogamentos, por 31.865 óbitos (22,3%).

Cada uma dessas causas merece destaque em uma análise mais detalhada, que será apresentada a seguir.

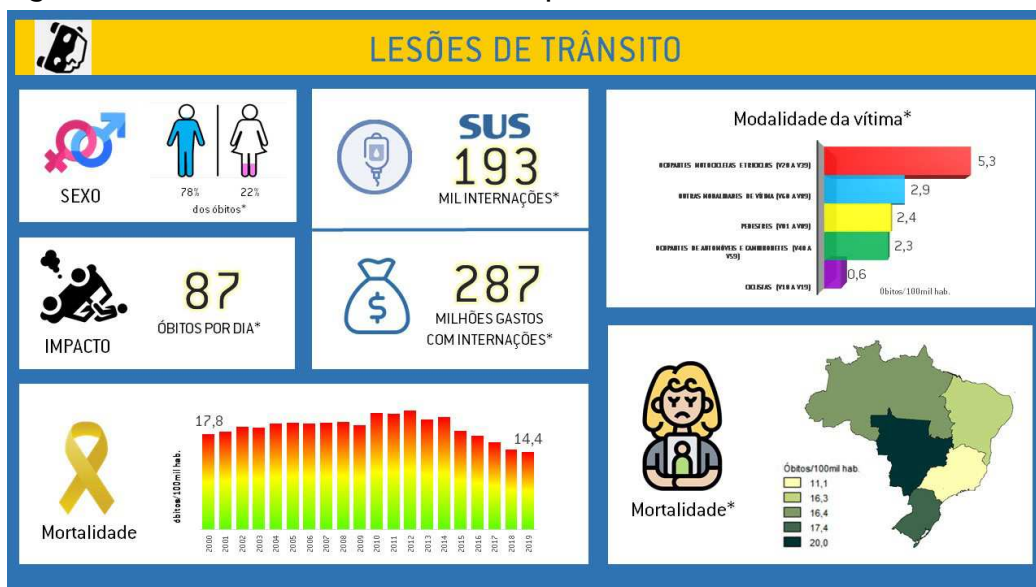
4.1 LESÕES DE TRÂNSITO

O relatório sobre lesões de trânsito apresentado pela Organização Mundial da Saúde (OMS,) em 2019, apontou progressos alcançados em relação a estas. A taxa de mortalidade por essa causa se estabilizou nos últimos anos, mas não foi suficiente para compensar uma rápida e crescente motorização em várias partes do mundo. Além disso, as lesões de trânsito constituem a principal causa de morte de crianças e adultos jovens de 5 a 29 anos, sinalizando a importância desta grave e complexa questão de saúde pública.

No Brasil, as lesões de trânsito representam a segunda causa de morte entre as causas externas, com maior ocorrência entre jovens e adultos de 15 a 39 anos. A Figura 24 apresenta o panorama da morbimortalidade por lesões de trânsito no Brasil.



Figura 24 – Panorama da morbimortalidade por lesões de trânsito no Brasil



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Gastos e Internações – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).
*Em 2019.

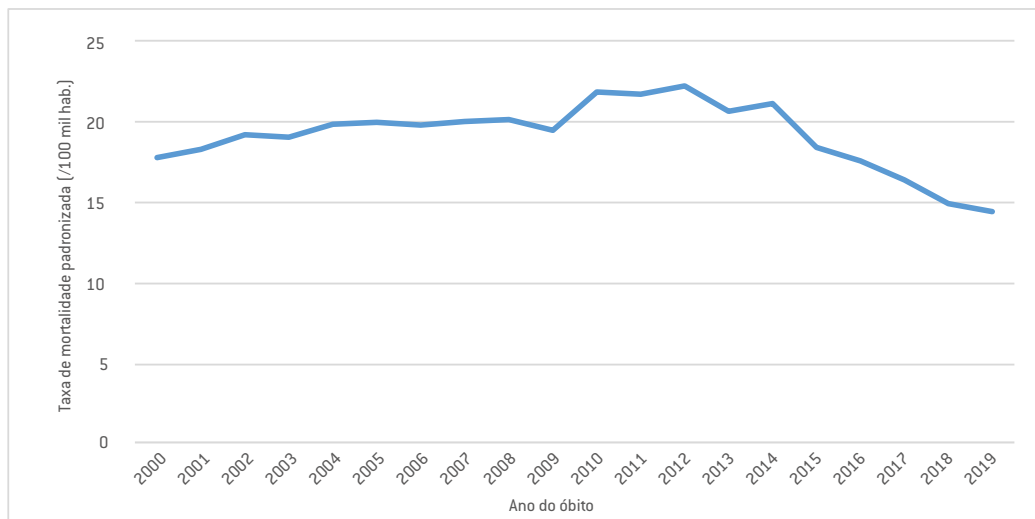
Diversos são os fatores associados à ocorrência de lesões e mortes no trânsito como, por exemplo: as condições da via; aumento da frota de veículos, principalmente das motocicletas; o uso do álcool associado à direção veicular; o não uso de equipamentos de segurança (cintos de segurança, capacetes, dispositivo de retenção para crianças, entre outros) (SILVA; OYAMA; SANCHEZ, 2016; MORAIS NETO *et al.*, 2016). Também, o uso do celular pelo condutor, alta velocidade e desrespeito à legislação vigente (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Dessa forma, tornam-se importantes as abordagens que enfatizam a promoção e a educação em saúde visando à redução de riscos no trânsito. Iniciativas que visem estruturar ações nos estados e nos municípios devem ser estimuladas e apoiadas pelos governos federal, estadual e municipal, concomitantemente com o desenvolvimento e o aprimoramento de políticas voltadas para a mobilidade segura e sustentável, intensificação da fiscalização de caráter contínuo, educação e conscientização da população.

A Figura 25 apresenta a evolução da taxa de mortalidade por lesões de trânsito, no Brasil, no período de 2000 a 2019. É possível observar que, após 2014, ocorreu um declínio persistente da mortalidade por esta causa. Entre 2000 e 2019, houve 18,8% de redução. Considerando o período de 2014 a 2018, essa redução foi de 31,6%. Ainda assim, em 2019 ocorreram 31.945 óbitos decorrentes de lesões de trânsito no País, o que representa 14,4 óbitos a cada 100 mil habitantes.



Figura 25 – Taxa padronizada de mortalidade por lesões de trânsito. Brasil, 2000 a 2019

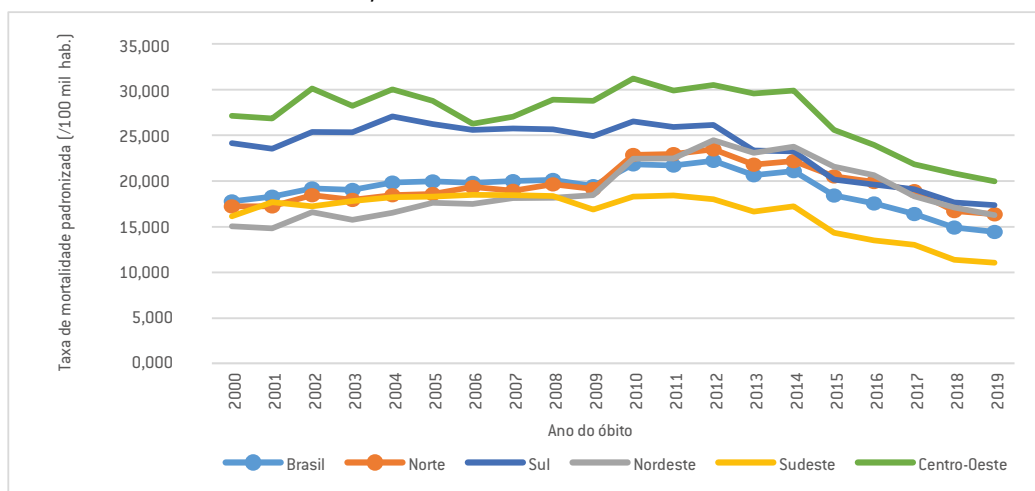


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos V01 a V89 (Acidentes de transporte terrestre) da CID-10.

Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.

A Figura 26 apresenta a evolução da taxa de mortalidade por lesões de trânsito de acordo com a região de residência da vítima. As maiores taxas de mortalidade por essa causa foram observadas na Região Centro-Oeste em todo o período analisado. Até 2008, as menores taxas foram observadas na Região Nordeste. De 2009 a 2019, a Região Sudeste foi responsável pelas menores taxas de mortalidade por lesões de trânsito, com decréscimo persistente destas.

Figura 26 – Taxa padronizada de mortalidade por lesões de trânsito, segundo região de residência da vítima. Brasil, 2000 a 2019



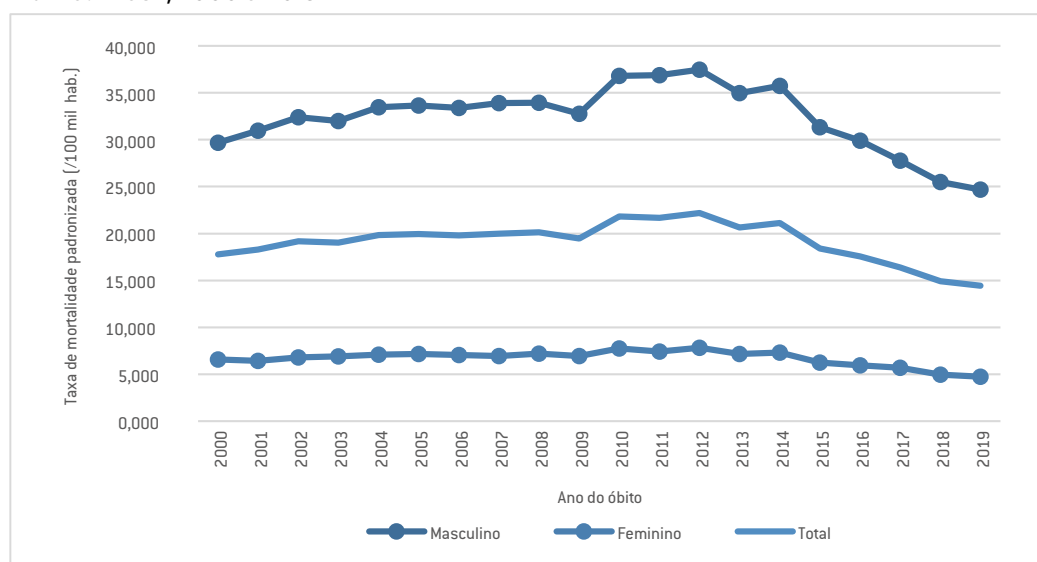
Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos V01 a V89 (Acidentes de transporte terrestre) da CID-10.

Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.



Na Figura 27 está representada a evolução da taxa de mortalidade por lesões de trânsito, no Brasil, de acordo com o sexo da vítima. Em 2019, em 77,6% dos óbitos por esta causa (n=24.798) a vítima era do sexo masculino, perfazendo uma mortalidade de 24,7 óbitos por 100 mil habitantes. Para o sexo feminino, esta taxa foi de 4,7 óbitos por 100 mil habitantes no mesmo ano. É possível observar que, em todos os anos da série histórica analisada (2000 a 2019), a mortalidade por lesões de trânsito foi maior para o sexo masculino.

Figura 27 – Taxa padronizada de mortalidade por lesões de trânsito, segundo sexo da vítima. Brasil, 2000 a 2019

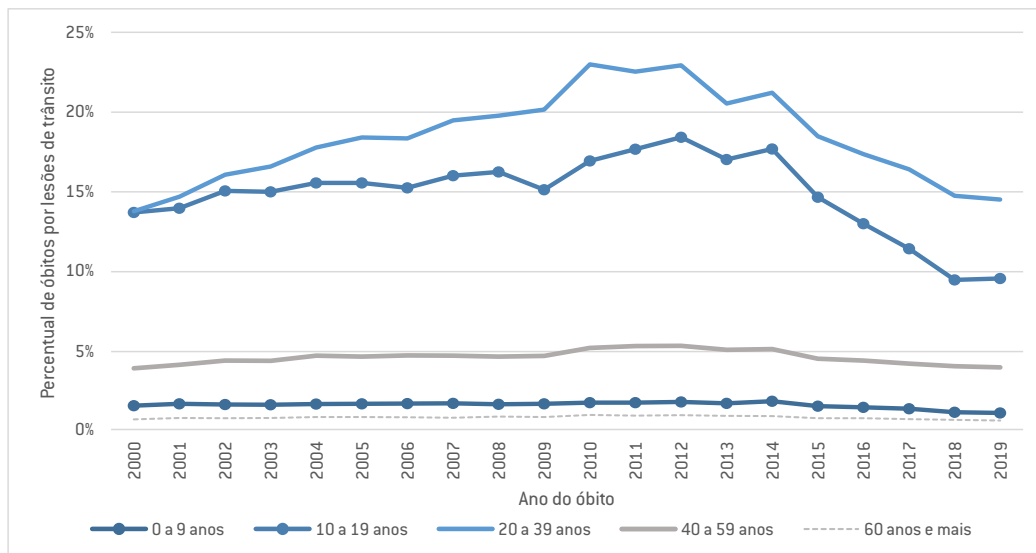


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos V01 a V89 (Acidentes de transporte terrestre) da CID-10.
 Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.

Em 2019, a faixa etária mais frequente entre as vítimas fatais de lesões de trânsito foi de 20 a 39 anos, sendo que esta concentrou 43,0% dos óbitos (n=13.249). Em todo o período analisado, a maior mortalidade proporcional por esta causa foi observada na faixa etária de 20 a 39 anos, sendo que em 2010 as lesões de trânsito representaram 23,0% de todos os óbitos de indivíduos nesta faixa etária (Figura 28).



Figura 28 – Proporção de óbitos por lesões de trânsito no total de óbitos, segundo faixa etária da vítima. Brasil, 2000 a 2019

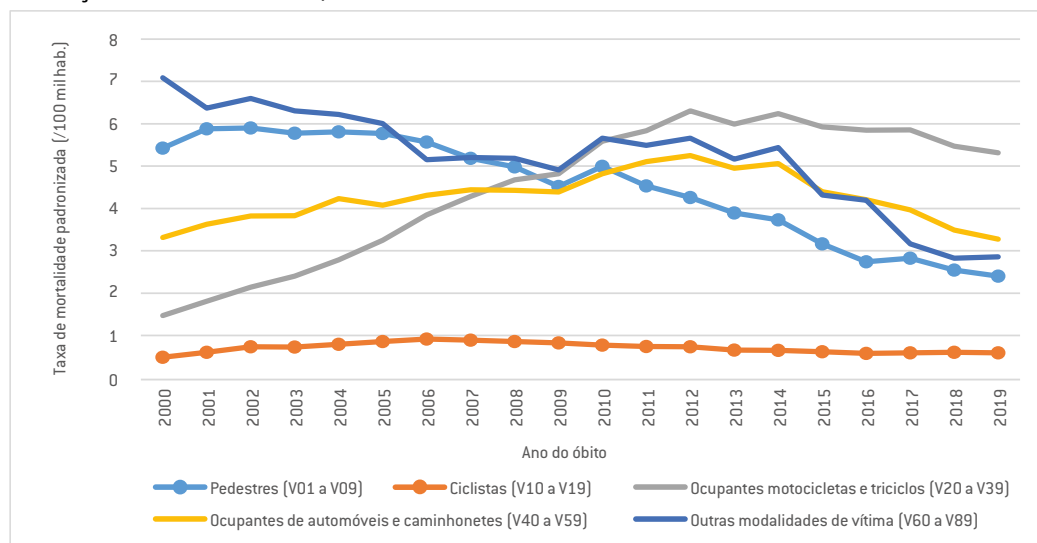


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS). Foram considerados os óbitos classificados com os códigos V01 a V89 (Acidentes de transporte terrestre) da CID-10. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.

Em 33,0% dos óbitos por lesões de trânsito ocorridos no Brasil em 2019 (n=10.533), a vítima encontrava-se na condição de ocupante de motocicleta ou triciclo. Embora a taxa de mortalidade de ocupantes de automóveis e caminhonetes tenha sido crescente até 2012, a mortalidade de ocupantes de motocicletas e triciclos a suplantou no ano de 2008. Após 2014, houve redução da mortalidade para todas as categorias de vítimas de lesões de trânsito (Figura 29).



Figura 29 – Taxa padronizada de mortalidade por lesões de trânsito, segundo condição da vítima. Brasil, 2000 a 2019



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae.

Foram considerados os óbitos classificados com os códigos V01 a V89 (Acidentes de transporte terrestre) da CID-10. Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como "ignorada".

4.2 HOMICÍDIOS

A violência atinge milhões de pessoas em todo o mundo. As consequências da violência podem levar ao maior consumo de álcool e de drogas, à depressão, ao suicídio, à evasão escolar, ao desemprego e a recorrentes dificuldades de relacionamento, além de agravar as disparidades sociais, principalmente quando países entram em situação de crise econômica.

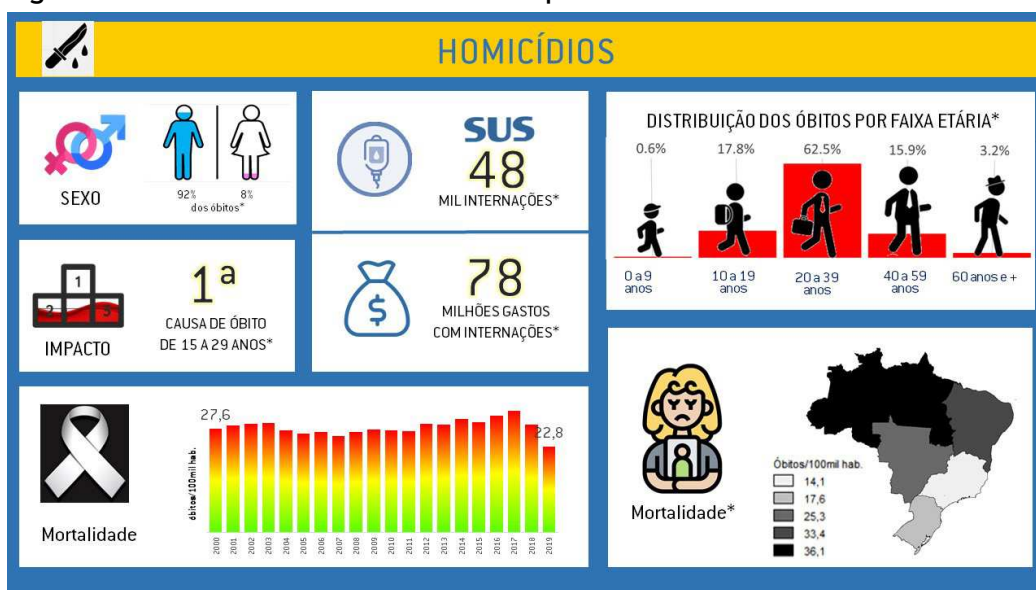
O homicídio intencional é definido como a morte ilegal causada a uma pessoa com a intenção de causar morte ou lesão grave (UNITED NATIONS, 2015). Tendo em vista que a partir dos dados disponíveis no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) não é possível estabelecer intencionalidade, foram considerados como homicídios os óbitos cuja causa básica tenha sido classificada com os códigos X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de agressão) e Y89.0 (sequela de intervenção legal) da CID-10.

Estudo global sobre homicídios apresentou taxa de mortalidade, em 2017, de 6,2 homicídios a cada 100 mil habitantes, com grande variabilidade entre diferentes regiões. A maior mortalidade ocorreu nas Américas (17,2/100 mil), em seguida na África (13/100 mil). A maior parte das vítimas era do sexo masculino, aproximadamente 81%, com maior risco de morte na faixa etária de 15 a 29 anos de idade (UNITED NATIONS, 2019).



No Brasil, em 2019, as agressões foram a principal causa de morte de jovens de 15 a 29 anos (n= 22.228; 50,6%). Enquanto as lesões autoprovocadas constituíram a quarta causa de morte, na mesma faixa etária (n=3.862; 8,8%) (BRASIL, 2020b). A Figura 30 apresenta o panorama da morbimortalidade por homicídios no Brasil.

Figura 30 – Panorama da morbimortalidade por homicídios no Brasil



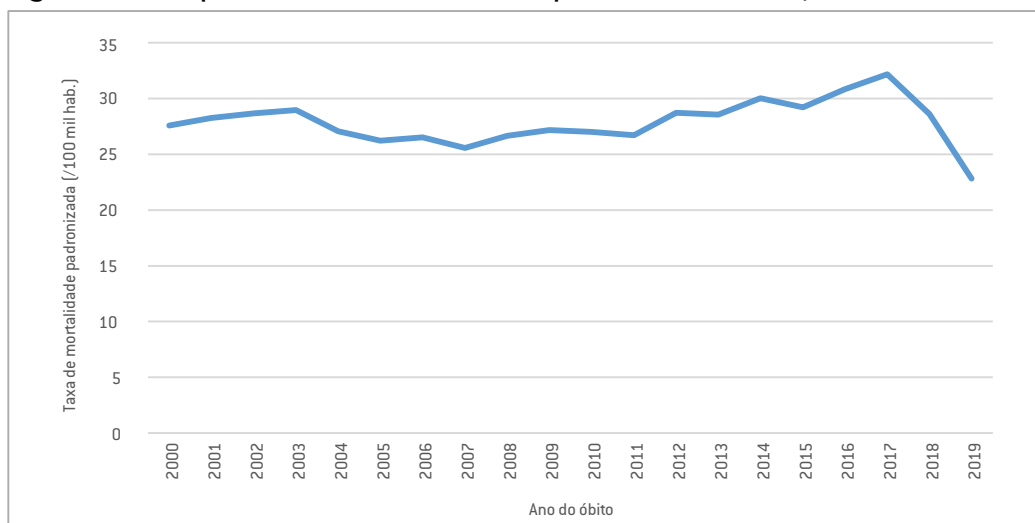
Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Gastos e Internações – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).
*Em 2019.

Os óbitos ocasionados por tal causa violenta contribuem para a sobrecarga dos serviços de saúde, sistema judiciário e aparelhos sociais, revelando falhas existentes nos mecanismos e nas políticas públicas frente à intensificação desse processo.

A Figura 31 apresenta a evolução da taxa de mortalidade por homicídios no Brasil, no período de 2000 a 2019. Entre 2000 e 2017, a taxa aumentou 16,7% (de 27,6 para 32,2 óbitos/100 mil habitantes). A partir do ano de 2018, entretanto, houve inversão desta tendência, com queda de 29,1% até 2019 (de 32,2 em 2017 para 22,8/100 mil em 2019). Ainda assim, ocorreram 47.536 homicídios no País em 2019.



Figura 31 – Taxa padronizada de mortalidade por homicídio. Brasil, 2000 a 2019

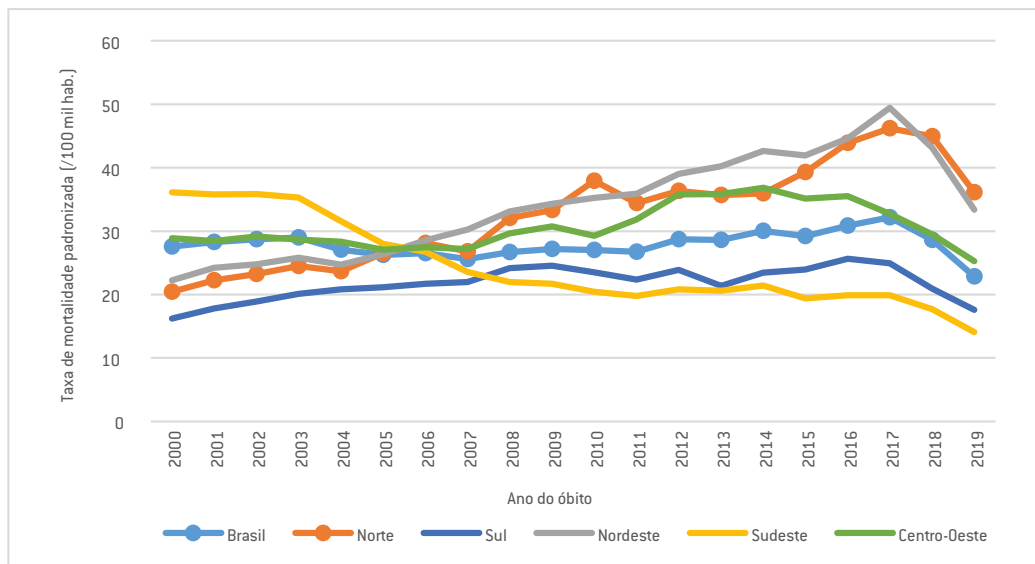


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de agressão) e Y89.0 (sequela de intervenção legal) da CID-10. Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.

A Figura 32 apresenta a evolução da taxa de mortalidade por homicídio de acordo com a região de residência da vítima. As maiores taxas de mortalidade por homicídios foram observadas na Região Sudeste até o ano de 2005. Posteriormente, entre 2004 e 2019, as maiores taxas ocorreram alternadamente nas Regiões Norte e Nordeste, atingindo, em 2019, 36,1 e 33,4 óbitos a cada 100 mil habitantes, respectivamente. A partir de 2018, foi observada redução na taxa de mortalidade por homicídios em todas as regiões.



Figura 32 – Taxa padronizada de mortalidade por homicídio, segundo região de residência da vítima. Brasil, 2000 a 2019

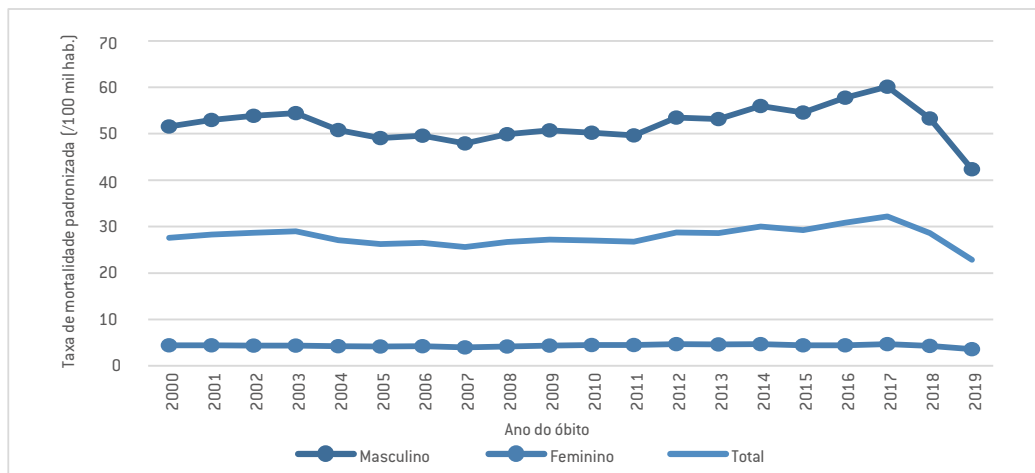


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de agressão) e Y89.0 (sequela de intervenção legal) da CID-10.
Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.

Na Figura 33 está representada a evolução da taxa de mortalidade por homicídios de acordo com o sexo da vítima no Brasil. Em 2019, no Brasil, em 91,7% dos óbitos por esta causa (n=43.614), a vítima era do sexo masculino, perfazendo uma mortalidade de 42,4 óbitos a cada 100 mil habitantes. Para o sexo feminino, essa taxa foi de 3,6 óbitos a cada 100 mil habitantes no mesmo ano. É possível observar que, em todos os anos da série histórica analisada (2000 a 2019), a mortalidade por homicídios foi maior para o sexo masculino.



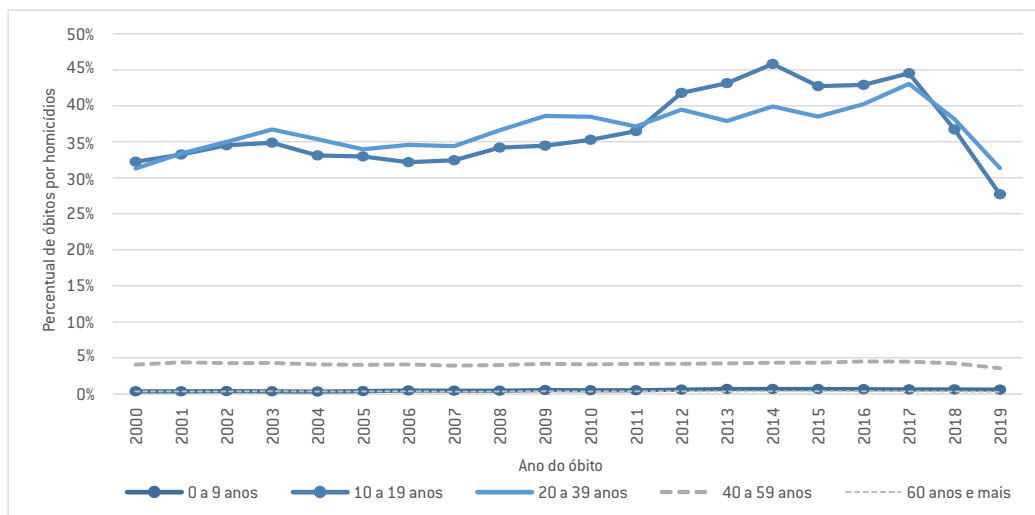
Figura 33 – Taxa padronizada de mortalidade por homicídio segundo sexo da vítima. Brasil, 2000 a 2019



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de agressão) e Y89.0 (sequela de intervenção legal) do CID-10. Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.

Em 2018 e 2019, a faixa etária mais frequente entre as vítimas de homicídios foi de 20 a 39 anos, sendo que, em 2019, esta concentrou 60,2% dos óbitos (n=28.613). Em todo o período analisado, a maior mortalidade proporcional por esta causa foi observada nas faixas etárias de 10 a 19 anos ou 20 a 39 anos. Em 2014, os homicídios representaram 45,8% de todos os óbitos de indivíduos na faixa etária de 10 a 19 anos (Figura 34).

Figura 34 – Proporção de homicídios em relação ao total de óbitos, segundo faixa etária da vítima. Brasil, 2000 a 2019



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS). Foram considerados os óbitos classificados com os códigos X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de agressão) e Y89.0 (sequela de intervenção legal) da CID-10. Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.



4.3 SUICÍDIOS

O suicídio é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Estima-se que quase 800 mil pessoas morram todos os anos vítimas de suicídio, o que representa uma morte a cada 40 segundos no mundo. Adicionalmente, o suicídio constitui a segunda maior causa de mortes entre jovens de 15 a 29 anos de idade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Em 2017, os suicídios foram responsáveis por um total de 34.012.508,9 anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs), dos quais 99% consistem de anos potenciais de vida perdidos (YLLs), representando 2% do total de YLLs no mundo, e uma taxa de 438,5 anos perdidos para cada 100 mil anos de vida. Resultados do estudo *Global Burden of Disease* estimaram, em 2017, uma taxa global de mortalidade por suicídio de 10,4 mortes por 100 mil habitantes, com tendência de redução (INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION, 2019).

A Figura 35 apresenta o panorama da morbimortalidade por suicídios no Brasil.

Figura 35 – Panorama da morbimortalidade por suicídios no Brasil

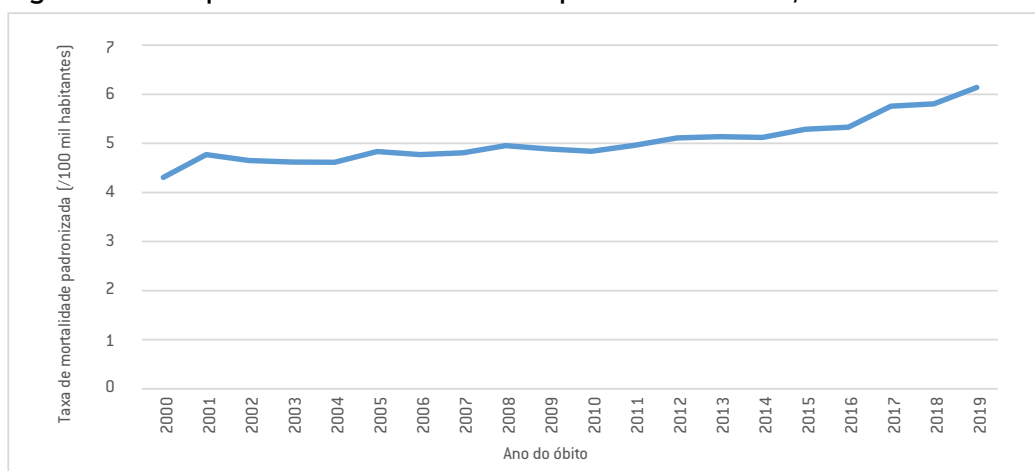


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Gastos e Internações – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).
*Em 2019.



No Brasil, em 2019, dados do SIM demonstraram que suicídios resultaram em 13.523 mortes, com taxa de mortalidade de 6,1 óbitos por 100 mil habitantes. Entre 2000 e 2019, verificou-se aumento das taxas de suicídio da ordem de 42,6%, variando de 4,3 para 6,1 óbitos por 100 mil habitantes (Figura 36).

Figura 36 – Taxa padronizada de mortalidade por suicídios. Brasil, 2000 a 2019



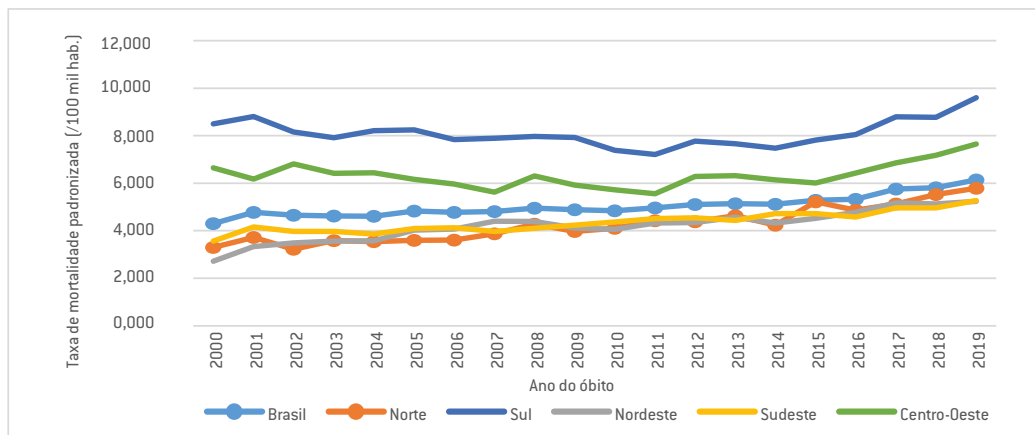
Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) e Y87.0 (sequelas de lesões autoprovocadas) da CID-10.

Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.

A Figura 37 apresenta a evolução da taxa padronizada de mortalidade por suicídio de acordo com a região de residência da vítima. A Região Sul apresentou as maiores taxas de mortalidade por esta causa em todo o período analisado (2000 a 2019). As Regiões Norte, Nordeste e Sudeste apresentaram, alternadamente, as menores taxas no mesmo período.



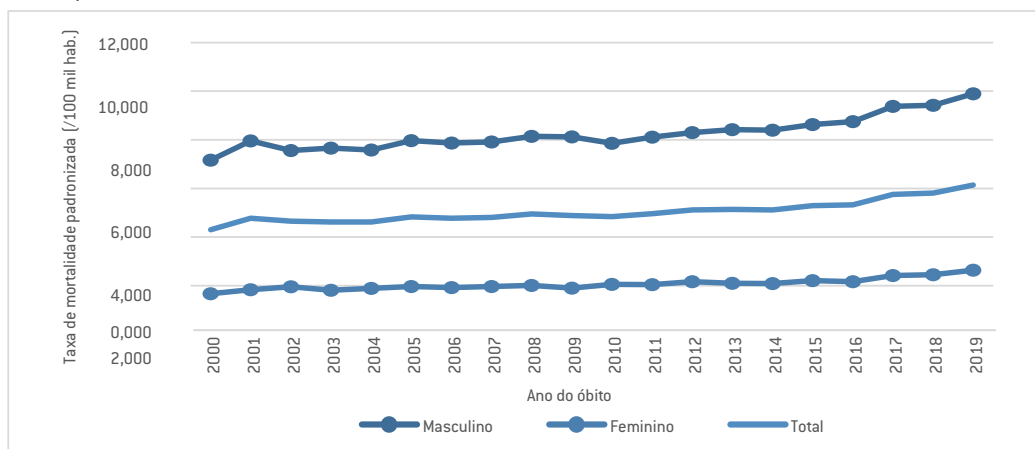
Figura 37 – Taxa padronizada de mortalidade por suicídios segundo região de residência da vítima. Brasil, 2000 a 2019



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) e Y87.0 (sequelas de lesões autoprovocadas) da CID-10. Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.

Na Figura 38 está representada a evolução da taxa padronizada de mortalidade por suicídio de acordo com o sexo da vítima no Brasil. A análise do perfil dos suicídios demonstra mortalidade entre os homens, com taxa de 9,9 por 100 mil habitantes em 2019, e entre as mulheres, de 2,6 por 100 mil. No mesmo ano, no Brasil, em 78,4% dos óbitos por esta causa (n=10.600), a vítima era do sexo masculino. É possível observar que, em todos os anos da série histórica analisada, a mortalidade por suicídios foi maior para o sexo masculino.

Figura 38 – Taxa padronizada de mortalidade por suicídios segundo sexo da vítima. Brasil, 2000 a 2019

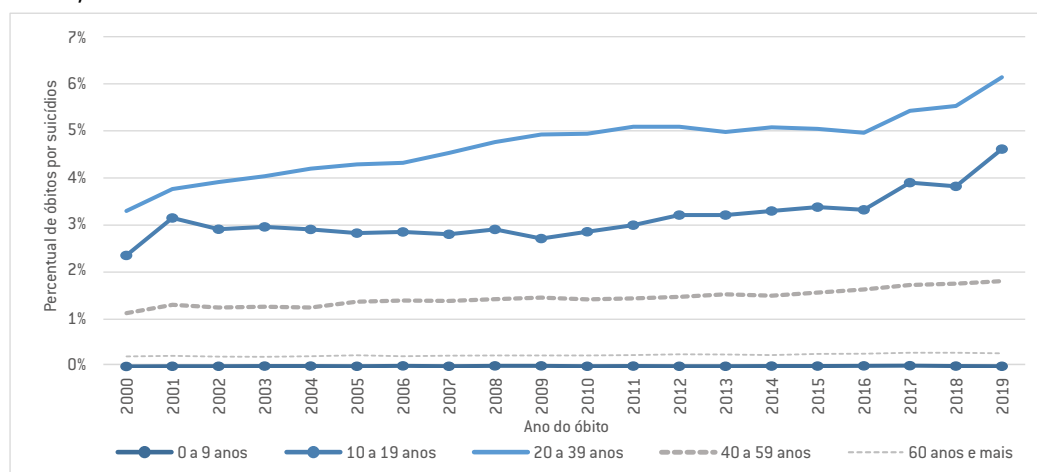


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) e Y87.0 (sequelas de lesões autoprovocadas) da CID-10. Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.



Em 2019, 41,4% das vítimas de suicídio (n=5.601) encontravam-se na faixa etária de 20 a 39 anos (Figura 39). Os suicídios representaram a terceira maior causa de mortalidade na faixa de 15 a 29 anos de idade, superados apenas pelos homicídios e acidentes de transporte. Em todo o período analisado (2000 a 2019), a maior mortalidade proporcional por esta causa ocorreu nas faixas etárias de 20 a 39 e 10 a 19 anos, respectivamente, sendo crescente em ambas.

Figura 39 – Proporção de óbitos por suicídio no total de óbitos, segundo faixa etária. Brasil, 2000 a 2019



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS). Foram considerados os óbitos classificados com os códigos X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) e Y87.0 (sequelas de lesões autoprovocadas) da CID-10. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.

Os dados apresentados reforçam a posição das violências autoprovocadas como importante problema de saúde pública no Brasil. Em todas as regiões do mundo, homens apresentam maiores taxas de mortalidade por suicídio que mulheres (VIANA; CORASSA, 2020), de modo que homens apresentam 75% mais chances de morrer por suicídio que mulheres (MELEIRO; CORREA, 2020). Além disso, grupos em situação de vulnerabilidade e vítimas de discriminação, como indígenas, homossexuais, bissexuais e transexuais, apresentam maiores riscos de suicídio. Ressalta-se, ainda, que o suicídio se trata de um problema complexo e multifacetado, porém evitável (MELEIRO; CORREA, 2020).

A determinação do suicídio é múltipla e complexa. Envolve tanto determinantes exógenos – como problemas financeiros, rupturas de relacionamento, trauma e exposição à violência e desastres – quanto determinantes endógenos – como história familiar de suicídio, doenças crônicas, transtornos mentais, sentimentos de solidão e desesperança.



Importante mencionar o papel dos transtornos mentais no comportamento suicida. Estima-se que mais de 90% das vítimas de suicídio apresentam algum transtorno mental, sendo a depressão o transtorno mais frequente (MELEIRO; CORREA, 2020). Além disso, indivíduos com transtornos mentais apresentam um risco oito vezes maior de cometer suicídio, em comparação a indivíduos sem transtornos mentais (TOO *et al.*, 2019). Nesse sentido, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2019, apontam para prevalência de diagnóstico de depressão por profissional de saúde de 10,2% (IC 95%: 9,9% – 10,6%). Desses indivíduos, (52,8%; IC 95%: 50,7% – 54,9%) referiu receber atenção médica nos 12 meses anteriores à entrevista; e apenas 18,9% (IC 95%: 17,5% – 20,4%) relataram fazer psicoterapia. Em contrapartida, (48,0%; IC 95%: 46,1% – 49,9%) referiram utilizar medicação antidepressiva (IBGE, 2020).

Dados do Estudo Epidemiológico de Transtornos Mentais São Paulo Megacity, estudo de base populacional conduzido entre 2005 e 2007 na Região Metropolitana de São Paulo, demonstraram prevalência, na vida, de transtorno depressivo maior de 16,9%. Uma metanálise de estudos brasileiros também estimou em 17% a prevalência de transtorno depressivo maior (ANDRADE *et al.*, 2012).

Dados apontam para a existência de uma parcela importante da população com transtornos mentais e sem diagnóstico e tratamento adequado, tornando evidente a necessidade de expandir e democratizar o acesso à saúde mental no Brasil, bem como a importância da identificação precoce de transtornos mentais na atenção primária em saúde.

4.4 QUEDAS ACIDENTAIS

O envelhecimento populacional é um fato incontestável em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a população mundial com mais de 60 anos vai passar dos atuais 841 milhões para 2 bilhões até 2050. No Brasil, estima-se que a população idosa chegará a 30% em 2050.

As quedas acidentais podem vitimar qualquer pessoa, independentemente do sexo, idade e condição socioeconômica (PIMENTEL *et al.*, 2018). No entanto, entre as pessoas mais idosas torna-se um evento ainda mais relevante em virtude das consequências, que podem causar incapacidade funcional, com impacto nos custos sociais e econômicos para os idosos, cuidadores e serviços de saúde (HESLOP; WYNADEN, 2016; AMBROSE; PAUL; HAUSDORFF, 2013; NICOLUSSI *et al.*, 2012). Nos

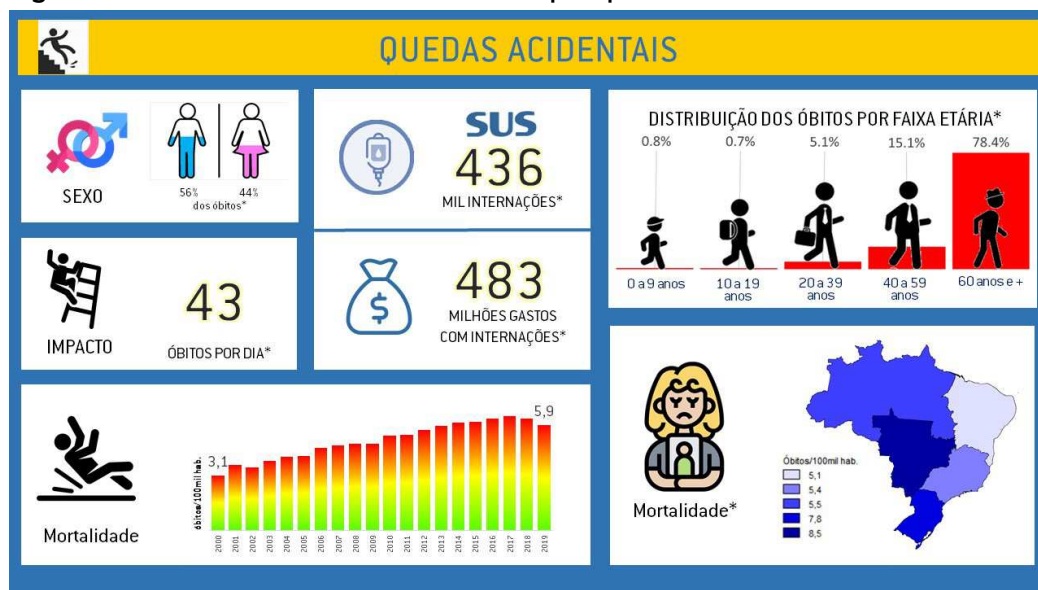


indivíduos que sobrevivem às quedas, principalmente entre os idosos, pode haver diminuição da capacidade de realização das atividades diárias e receio de novas quedas (VISSCHEDIJK *et al.*, 2015), que podem levar ao isolamento e declínio da saúde (MCMINN; FERGUSSON; DALY, 2017).

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde, de 2013, 7,8% dos indivíduos com idade acima de 60 anos relataram a ocorrência de queda nos últimos 12 meses. Entre os que relataram quedas, 8,3% informaram ter apresentado fratura de quadril ou fêmur, entre os quais 44% necessitaram tratamento cirúrgico. As características mais associadas à prevalência de quedas foram: sexo feminino, idade acima de 75 anos e estado civil divorciado/separado.

De acordo com os dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) são gastos, por ano, mais 51 milhões de reais com tratamentos de fraturas decorrentes de queda em idosos. Isso implica na necessidade de direcionar políticas públicas para essa população e os problemas a que estão expostos, a exemplo da morbimortalidade por quedas acidentais. A Figura 40 apresenta o panorama da morbimortalidade por quedas acidentais no Brasil.

Figura 40 – Panorama da morbimortalidade por quedas acidentais no Brasil

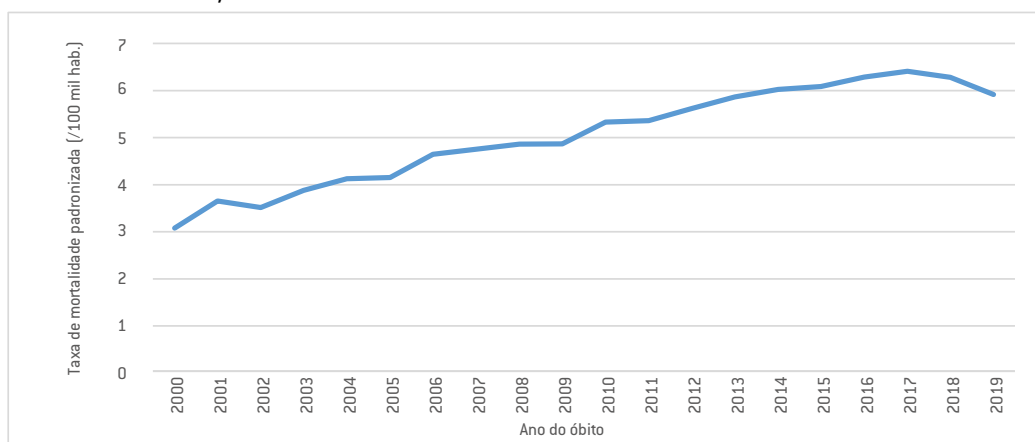


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Gastos e Internações – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).
*Em 2019.



A Figura 41 apresenta a evolução da taxa de mortalidade por quedas acidentais no Brasil no período de 2000 a 2019. É possível observar que, entre 2000 e 2017, houve aumento constante da mortalidade por esta causa no Brasil, variando de 3,08 para 6,40 óbitos a cada 100 mil habitantes. A partir de 2018, a taxa caiu, atingindo 5,9 óbitos/100 mil habitantes em 2019, o que representa diminuição de 7,6% em relação a 2017.

Figura 41 – Taxa padronizada de mortalidade por quedas acidentais por ano de ocorrência. Brasil, 2000 a 2019



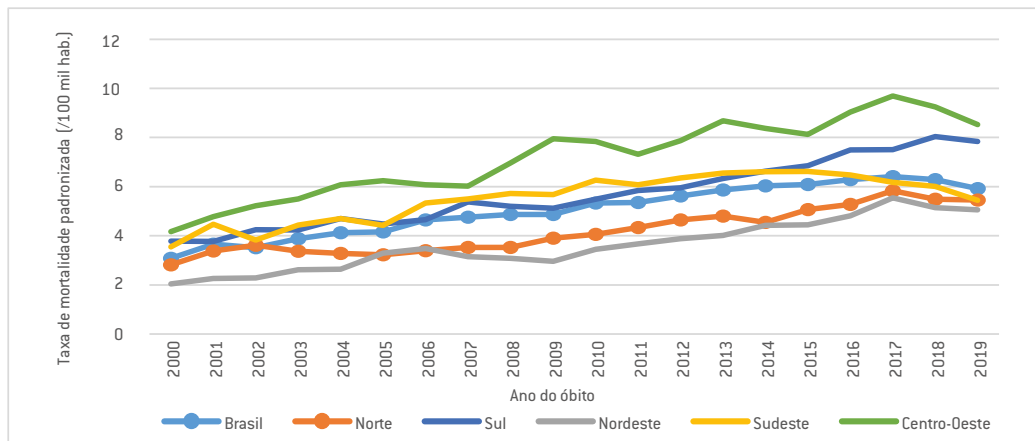
Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos W00 a W19 (Quedas) da CID-10.

Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.

A Figura 42 apresenta a evolução da taxa padronizada de mortalidade por quedas de acordo com a região de residência da vítima. As maiores taxas de mortalidade por esta causa foram observadas na Região Centro-Oeste em todo o período analisado (2000 a 2019). A Região Nordeste apresentou as menores taxas em quase todo o período.



Figura 42 – Taxa padronizada de mortalidade por quedas acidentais segundo região de residência da vítima. Brasil, 2000 a 2019

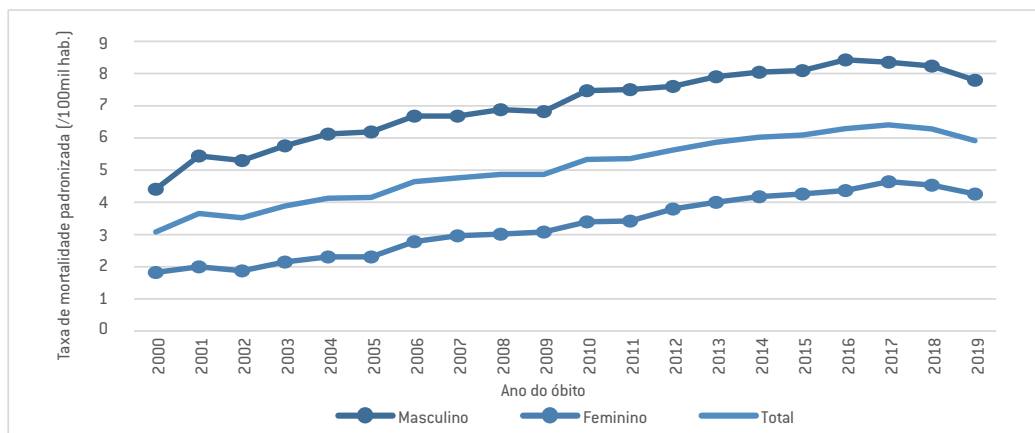


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos W00 a W19 (Quedas) da CID-10.

Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.

Na Figura 43 está representada a evolução da taxa de mortalidade por quedas acidentais de acordo com o sexo da vítima no Brasil. Em 2019, no Brasil, em 56,0% dos óbitos por esta causa (n=8.698) a vítima era do sexo masculino, perfazendo uma mortalidade de 7,8 óbitos a cada 100 mil habitantes. Para o sexo feminino, essa taxa foi de 4,3 óbitos a cada 100 mil habitantes no mesmo ano. É possível observar que, em todos os anos da série histórica analisada, a mortalidade por quedas foi maior para o sexo masculino.

Figura 43 – Taxa padronizada de mortalidade por quedas acidentais segundo sexo da vítima. Brasil, 2000 a 2019



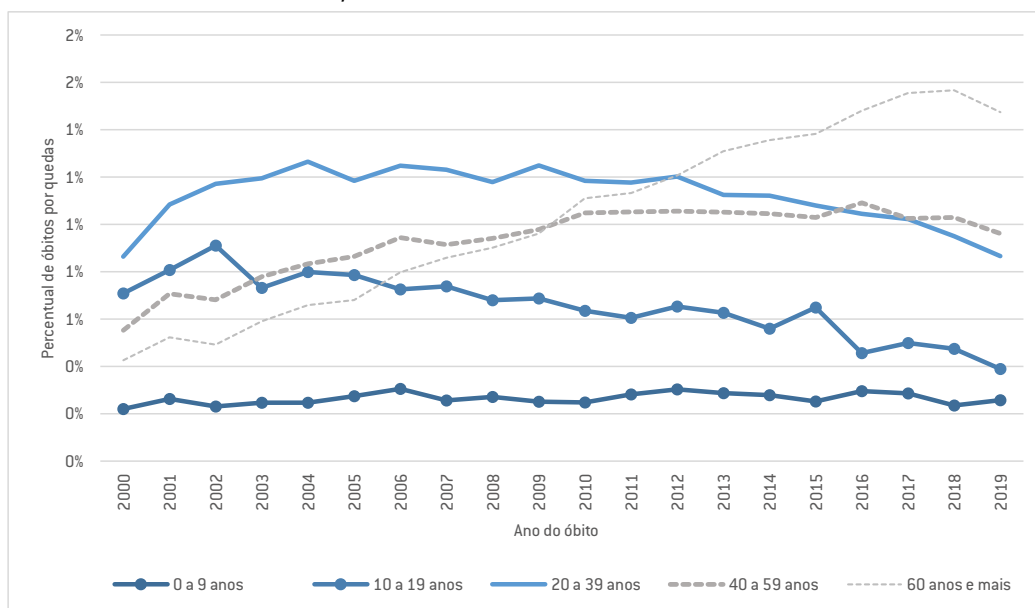
Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos W00 a W19 (Quedas) da CID-10.

Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.



Em 2019, a faixa etária mais frequente entre as vítimas fatais de quedas acidentais foi de 60 anos e mais, sendo que esta concentrou 78,4% dos óbitos (n=12.182). Entre 2000 e 2012, a maior mortalidade proporcional por quedas foi observada na faixa etária de 20 a 39 anos. Após 2012, entretanto, a faixa etária com maior mortalidade proporcional por esta causa foi de 60 anos e mais (Figura 44).

Figura 44 – Proporção de óbitos por quedas acidentais no total de óbitos segundo faixa etária da vítima. Brasil, 2000 a 2019



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS). Foram considerados os óbitos classificados com os códigos W00 a W19 (Quedas) da CID-10. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”.

4.5 VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS

A obrigatoriedade de comunicação das violências contra segmentos vulneráveis da população passou a integrar as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir das determinações do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990), e depois com a Lei n.º 10.778, de 24 de novembro de 2003 para a violência contra mulheres e o Estatuto do Idoso (Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003). Em 2001, foi publicada a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Esta surgiu como resposta ao desafio das causas externas como um problema de saúde pública no País, tendo em vista sua magnitude e transcendência.



Como desdobramento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, foi proposta, em 2004, a criação de Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, pela Portaria MS/GM n.º 936, de 18 de maio de 2004, e, em 2006, iniciou a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), por meio da Portaria MS/GM n.º 1.356. O Viva é constituído por dois componentes: a) Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Viva/Sinan); e b) Vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência (Viva Inquérito).

Em 2009 a Ficha de Notificação/Investigação de Violência interpessoal/autoprovocada passou a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), integrando a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinela. E, em 2011, com a Portaria MS/GM n.º 104, de 25 de janeiro de 2011, a notificação tornou-se compulsória em todos os serviços de saúde públicos e privados do Brasil.

A Portaria MS/GM n.º 1.271, de junho de 2014, padronizou os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória no âmbito do SUS. Atualmente, são objetos de notificação: casos de violência interpessoal e/ou autoprovocada contra crianças e adolescentes, idosos, mulheres, indígenas, portadores de deficiência, pessoas LGBT, bem como homens vítimas de violência doméstica/intrafamiliar, sexual ou autoprovocada, e casos de tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura e intervenção legal. A notificação compulsória de violências interpessoais e autoprovocadas nos serviços de saúde públicos e privados é regulamentada pela Portaria de Consolidação n.º 04, de 28 de setembro de 2017.

O objetivo do Viva é conhecer a magnitude e a gravidade das violências por meio da produção e da difusão de informações epidemiológicas e definir políticas públicas de enfrentamento como estratégias e ações de intervenção, prevenção, atenção e proteção às pessoas em situação de violência. Além disso, a vigilância contínua objetiva a

articulação e a integração com a rede de atenção e de proteção integral às pessoas em situação de violências, visando, assim, à atenção integral e humanizada, no âmbito das políticas de assistência social e do sistema de proteção e garantia de direitos humanos (BRASIL, 2019, p. 12).

Desse modo, a notificação apresenta-se como instrumento de garantia de direitos e de acionamento de linha de cuidado, constituindo-se como o principal sistema para a vigilância de violências não fatais. A Figura 45 apresenta um panorama das notificações de violências no Brasil.



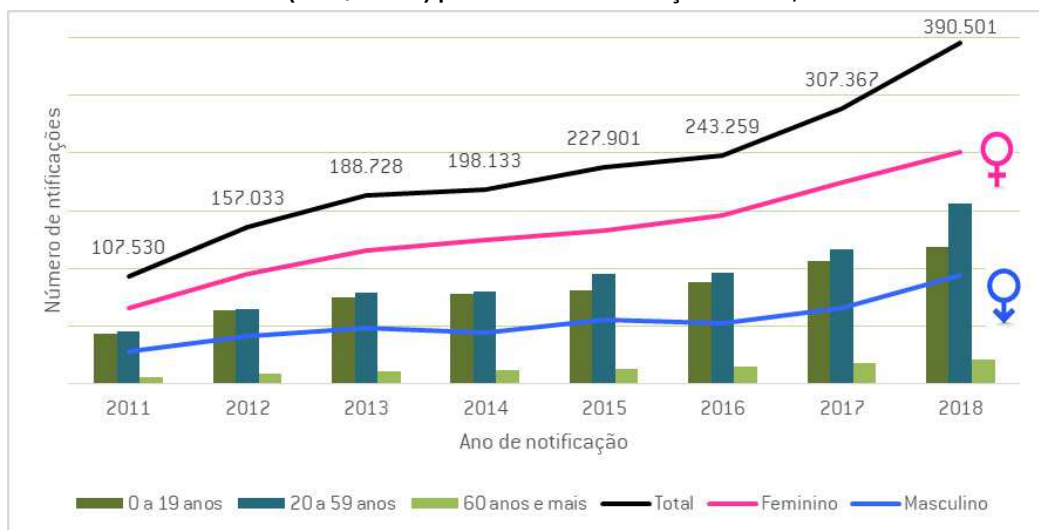
Figura 45 – Panorama da notificação de violências no Brasil



Fonte: Viva/Sinan.
*Em 2018.

Desde a universalização da notificação de violência interpessoal/autoprovocada, em 2011, foram registrados mais de 1,8 milhão de casos no Viva/Sinan. Entre 2011 e 2018, houve aumento de 263,2% no número de notificações de violências interpessoais/autoprovocadas no Brasil, sendo os principais acréscimos observados no sexo feminino (194%) e na faixa etária de 60 anos ou mais (261%). (Figura 46).

Figura 46 – Número de notificações de violências no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan) por ano de notificação. Brasil, 2011 a 2018



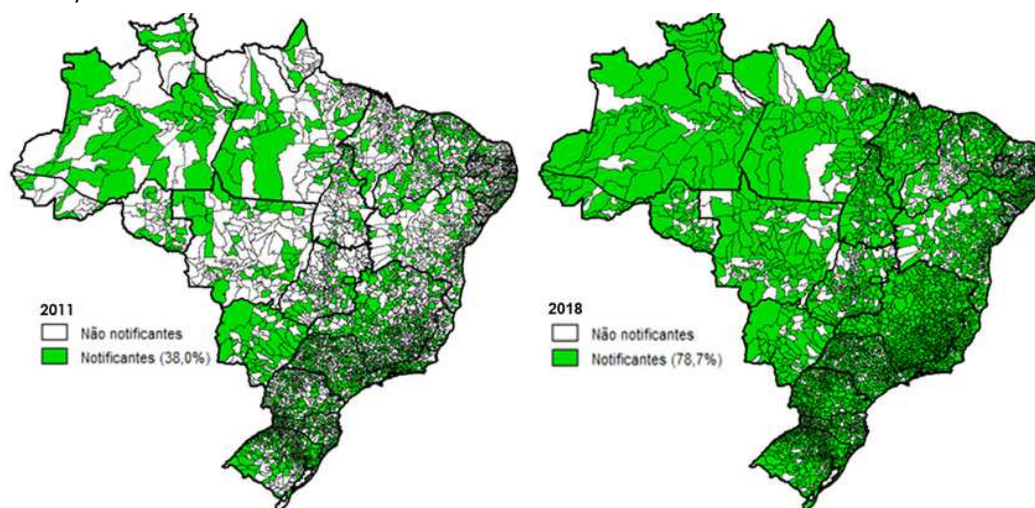
Fonte: Viva/Sinan.



Ampliar o número de municípios e unidades de saúde notificantes de violência, bem como fortalecer a rede de atenção e de proteção integral às pessoas em situação de violência, é estratégia fundamental para ampliar a cobertura do Sistema Viva. Com o aumento da cobertura, a vigilância de violências interpessoais/autoprovocadas pode contribuir ainda mais para conscientizar sobre o problema, subsidiar a construção de estratégias de prevenção e enfrentamento, assim como promover uma cultura da paz.

Entre 2011 e 2018, verificou-se acréscimo substancial do número de municípios notificantes no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan), aumentando de 2.114 municípios (38,0%) em 2011 para 4.381 (78,7%) em 2018. Há necessidade de aumentar a cobertura principalmente nas Regiões Norte e Nordeste. Essa cobertura é dada pela proporção de municípios que realizaram ao menos uma notificação de violência interpessoal ou autoprovocada, no ano, em cada unidade federada. A Figura 47 apresenta o mapa com os percentuais de municípios notificantes no Viva no País, segundo região geográfica.

Figura 47 – Cobertura do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan). Brasil, 2011 e 2018



Fonte: Viva/Sinan.

O aumento no percentual de municípios que notificaram violências no Brasil entre 2011 e 2018 mostra que houve melhora na adesão ao Viva/Sinan. No entanto, ainda existe um importante grau de subnotificação de casos de violência (KIND *et al.*, 2013; SILVA; OLIVEIRA, 2016). As razões para a não notificação são variadas, incluindo desconhecimento da ficha de notificação e de como notificar, bem como sua obrigatoriedade, desconhecimento das diferenças entre notificação e denúncia, medo de quebra do sigilo profissional e de perda de vínculo com o



paciente, medo de retaliação do agressor e falta de confiança nas autoridades e nos serviços de proteção (GARBIN *et al.*, 2016; PEDROSA; ZANELLO, 2016).

A subnotificação dos casos de violência contribui para a persistência desta, afetando negativamente a vigilância epidemiológica desses agravos e o desenvolvimento de políticas públicas de saúde. As desigualdades regionais verificadas na notificação do Viva/Sinan reforçam a importância do monitoramento da distribuição dos casos e a necessidade de estratégias direcionadas para a promoção da equidade no acesso ao sistema de saúde e sensibilização/capacitação dos profissionais da área.

Tendo em vista a importância da notificação como instrumento de cuidado às vítimas de violência, torna-se fundamental a avaliação periódica do Viva, a fim de identificar suas fortalezas e fragilidades, verificando sua cobertura e sensibilidade. As análises e os panoramas construídos nesta parte do Plano de Dant subsidiaram a elaboração dos indicadores, das metas e das ações para enfrentamento das DCNT e dos agravos (acidentes e violências) no Brasil.



PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL, 2021-2030

A elaboração de um plano nacional com a finalidade proposta para o Plano de Dant requereu da equipe um planejamento de longo prazo e a revisita à experiência de elaboração do Plano de DCNT, para replicar as ações de sucesso e avançar no essencial para atualização e inovação da nova proposta.

Iniciado no primeiro semestre de 2019, a primeira medida foi a formação de um grupo interno no Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis (DASNT), com representantes da Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT) e do gabinete do DASNT para conduzir a elaboração do plano nesta primeira fase.

O grupo teve como ponto de partida os seguintes consensos:

- Garantir a participação de representantes das secretarias do Ministério da Saúde – SVS, Saps, Saes, SCTIE, SGTES e Sesai – agências, institutos e fundações ligados ao Ministério da Saúde.
- Ouvir pesquisadores dos temas.
- Ampliar a participação para gestores e trabalhadores da saúde das secretarias municipais, estaduais e do Distrito Federal.
- Inovar com a consulta à sociedade civil.
- Elaborar análise de situação de saúde para conhecer o estado da arte das Dant nos últimos anos.



Foram previstas três etapas para elaboração do Plano de Dant. A primeira etapa consistiu na elaboração de instrumentos e método de consulta para propostas ao Plano; convite aos representantes internos e externos ao MS e realização de reuniões, oficina e fórum para captar propostas ao Plano de Dant. Nesta etapa foi elaborada uma matriz a ser preenchida pelos convidados (Figura 48).

Figura 48 – Matriz para preenchimento com propostas conforme Eixo e Linha de Ação

		Linhas de Ação						
Eixos		Ambientes e territórios saudáveis	Desenvolvimento saudável no ciclo de vida	Equidade em Saúde	Saúde mental	Gestão do conhecimento e informação para a saúde	Inovação em Saúde	Educação e Comunicação em Saúde
Promoção da Saúde								
Atenção Integral à Saúde								
Vigilância em Saúde								
Prevenção de doenças e agravos								

Fonte: Elaboração própria.

Os eixos da matriz foram escolhidos a partir de discussões internas sobre integração da vigilância em saúde com a Atenção Primária à Saúde, integração da vigilância de Dant, garantia de ações de prevenção doenças e agravos e de promoção da saúde. Para cada eixo foi elaborada uma descrição do conceito, com o objetivo de melhorar o entendimento deles e diminuir dúvidas na escolha da ação e no preenchimento da Matriz. A saber:

Promoção da saúde é compreendida como resultante da interação de fatores sociais, econômicos, culturais e políticos, que produzem, com sujeito e coletivos, as condições objetivas de vida nos diversos contextos sociais, favoráveis ou não à saúde. A principal estratégia da promoção da saúde é a construção de capacidades de indivíduos e coletivos para maior participação e controle dos processos que incidem diretamente em suas vidas, como decisões políticas. A promoção da saúde está diretamente ligada ao enfrentamento dos determinantes sociais da saúde.



Atenção integral à saúde é um conjunto de ações que engloba promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência à saúde em todos os níveis de complexidade, considerando as dimensões biológica, social e cultural dos sujeitos.

Vigilância em saúde é o conjunto de práticas contínuas e articuladas voltadas para o conhecimento, a previsão, a prevenção e o enfrentamento de problemas de saúde da população de um território determinado relativos a fatores de risco, atuais e potenciais, a acidentes, a incapacidades, a doenças e a agravos à saúde. Inclui, além da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis, a promoção da saúde, a vigilância de agravos (violências e acidentes) e doenças não transmissíveis, a vigilância em saúde ambiental, a vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância das situações de saúde.

Prevenção de doenças e agravos compreende ações conjuntas entre vigilância e atenção à saúde com o objetivo de estruturar rede de proteção e cuidado com componentes de produção e uso de informações sociais e em saúde; ações antecipadas frente aos fatores de risco das doenças e acidentes; ações intersetoriais que pactuem intervenções estruturantes nas cidades e no campo e lançamento de acordos regulatórios que incidam nos fatores de risco.

As sete linhas de ações tiveram como objetivo principal garantir propostas atuais e correlatas às estratégias para enfrentamento das Dant no Brasil e no mundo. Demarcaram ações em curso fomentadas pelo Ministério da Saúde e a inclusão, nos processos de gestão compartilhada, de novas tecnologias e iniciativas inovadoras para a prevenção de doenças, a produção do cuidado e assistência e a promoção da saúde. São elas:

Ambientes e territórios saudáveis compreendidos como dimensões concretas do processo saúde-doença, nos quais as determinações sociais da saúde provocam ações transformadoras. Mais que espaços recortados geográfica e politicamente, representam locais onde as pessoas vivem, circulam e, conseqüentemente, produzem suas relações interpessoais, com o trabalho, natureza, saúde etc.

Desenvolvimento saudável nos ciclos da vida compreende os aspectos hereditários, biológicos e do meio integrados na produção do ciclo vital de cada indivíduo, do nascimento à morte. No Plano de Dant cabe destacar a importância da atenção à saúde da criança, especialmente nos mil dias, e o cuidado prolongado para contemplar as necessidades, os problemas de saúde e as doenças mais prevalentes em cada ciclo de vida, na perspectiva da promoção da saúde (produção de escolhas favoráveis à saúde) e prevenção de doenças (antecipação frente à construção de modos de vida desfavoráveis à saúde).



Equidade em saúde significa atender às demandas de pessoas e coletivos conforme sua necessidade, provocando ajustes sociais favoráveis à melhoria das condições de vida. O conceito de equidade considera as desigualdades sociais injustas e evitáveis, sendo necessária a implementação de ações governamentais voltadas ao atendimento das diferentes necessidades da população. Cabe, neste conceito, a atenção prioritária a grupos ou populações vulneráveis.

Saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade. No âmbito do Plano de Dant, a saúde mental está associada, de forma complementar e estabelecadora, ao acesso às ações e aos serviços de saúde voltados à doença em todos os níveis de complexidade. Pressupõe rede, cuidado prolongado e compartilhado entre profissionais, indivíduo e familiares.

Gestão do conhecimento e informação para a saúde são duas grandes dimensões do processo e organização das pessoas, das ações e dos serviços. Na saúde, a gestão do conhecimento é uma estratégia para melhoramento dos serviços e dos profissionais. Está associada à integração, à retenção, ao compartilhamento e ao reuso do conhecimento mediante a construção de mecanismos que favoreçam essas ações. A informação para a saúde é compreendida como componente do cuidado em saúde, caracteriza-se pela produção e disseminação sistemática de dados analisados destinados ao subsídio do cuidado e da tomada de decisão no âmbito individual, profissional, coletivo e de gestão. Prima pelo constante aprimoramento dos sistemas de informação para adequado monitoramento, pelo fortalecimento de capacidades técnicas para produção de análises e pela construção de *advocacy* para revisão ou finalização de ações e serviços.

Inovação em saúde está relacionada com a criação, o melhoramento ou a restauração de algo ou alguma coisa que promova ganhos. É melhorar a forma como fazemos algo, transformar algo existente em outra ação ou coisa que apresente melhoramentos superiores ao anterior. Nesta perspectiva, a inovação em saúde no Plano de Dant está relacionada à (re)criação de saídas e soluções para iniciativas em curso ou novas, advindas das demandas atuais para o setor.

Educação e comunicação em saúde são dimensões diferentes, mas que se agrupam para traçar um caminho completo com formação, produção e divulgação de informações. Educação em saúde pressupõe a abordagem pedagógica de assuntos relacionados à saúde individual e coletiva, discutidos a partir dos contextos político, social, cultural e econômico. Visa à ampliação de conhecimentos, à autonomia e à horizontalidade no debate entre profissionais de saúde e usuários



do SUS. A comunicação em saúde é abordada como estratégia de divulgação de informações de saúde para diversos públicos com o objetivo de promover a saúde, prevenir doenças e contribuir na tomada de decisão. Sua importância centra-se na disseminação de informações e na melhoria do diálogo entre os profissionais de saúde e a população.

Com o instrumento de coleta elaborado, foram emitidos convites às secretarias do MS e realizadas as oficinas para preenchimento da matriz com as propostas. Foram realizadas dez oficinas de trabalho envolvendo representantes das temáticas: consumo abusivo de álcool, alimentação inadequada, inatividade física, poluição do ar, tabagismo, violência doméstica (mulher, criança, adolescente e idoso), acidentes (trânsito, queda e afogamento etc.), DCNT, violências urbana e autoprovocada.

Em seguida, foi realizada nos dias 24 e 25 de outubro de 2019, oficina com 24 especialistas vinculados às seguintes instituições: Instituto Nacional de Câncer (Inca), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Aliança de Controle do Tabagismo Promoção da Saúde (ACT), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Universidade Federal de Goiás (UFG), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul), Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal de Alagoas (Ufal), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), na qual foi apresentada a matriz para elaboração do novo Plano e discutidas ações do Plano de DCNT 2011-2022, incluindo a recomendação de atualização e migração de algumas delas para o plano de Dant.

O momento final dessa etapa foi a realização do VI Fórum de Monitoramento do Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis e Seminário de Avaliação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, no período de 5 a 7 de novembro de 2019, em Brasília/DF. O evento contou com a participação de representantes dos Ministérios da Mulher, Família e Direitos Humanos; Cidadania e Desenvolvimento Regional, representante do Departamento Nacional de Trânsito (Denatran), representantes das Secretarias de Saúde estaduais, do Distrito Federal e municipais, pesquisadores e sociedade civil.

No Fórum, foi apresentado o monitoramento do Plano DCNT, discutidas temáticas relativas às Dant, com apresentação de experiências municipais, e realizadas oito oficinas com os participantes para apresentar a estrutura e objetivos do novo plano de Dant e captar propostas para sua composição. Os temas das oficinas foram:



álcool e tabagismo; alimentação saudável, atividade física e obesidade; doenças crônicas não transmissíveis (cardiovasculares e diabetes); doenças crônicas não transmissíveis (neoplasias e respiratórias crônicas); violência doméstica; violência urbana; violência autoprovocada e acidentes.

Ao final da Etapa 1, a matriz contou com 92 propostas, contemplando todos os eixos, além do alinhamento com os ODS e o destaque para a poluição atmosférica como quinto fator de risco para as DCNT.

A segunda etapa de elaboração do Plano de Dant contou com cinco passos:

O primeiro deles foi desenvolvido a partir da análise da matriz, procedendo com exclusão de repetições (propostas iguais no mesmo eixo e linha de ação), junção de propostas semelhantes no mesmo eixo e linha de ação, reclassificação de propostas com mudança de eixo e/ou linha de ação e exclusão daquelas que não se constituíam como proposta.

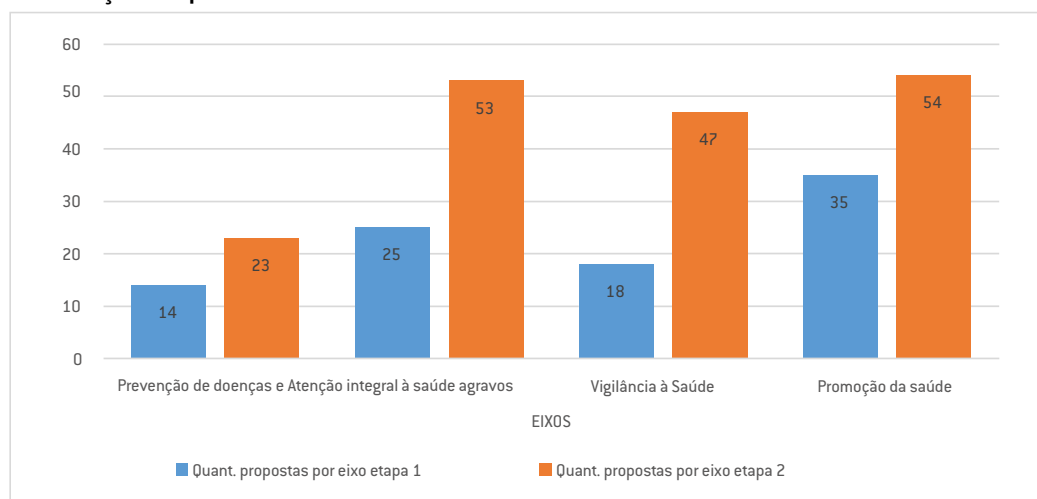
O segundo passo caracterizou-se pela elaboração de um conjunto de recomendações envolvendo temas e estratégias importantes para o Plano de Dant com a perspectiva de deixá-lo atual, abrangente e relacionado com as principais problemáticas que envolvem ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e produção do cuidado em saúde. As recomendações tiveram como base as políticas nacionais de vigilância em saúde, atenção básica, prevenção da morbimortalidade por acidentes e violências, promoção da saúde, alimentação e nutrição, diretrizes da Organização Mundial da Saúde para enfrentamento das DCNT, os *Best Buys* para as DCNT (WORLD HEALTH ORGANIZATION, [2013]), 60 publicações sobre prevenção de acidentes e violências, publicações sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), o Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis, 2011-2022 e Guias sobre os temas produzidos pelo Ministério da Saúde.

No terceiro passo, o conteúdo da matriz foi reorganizado em três conjuntos de ações estratégicas, vinculadas aos eixos e com especificidades por fatores de risco e proteção e conjunto das DCNT. São eles: (a) conjunto de ações estratégicas, (b) conjunto das ações estratégicas para a promoção da saúde, enfrentamento dos fatores de risco, prevenção de agravos, produção do cuidado e assistência para enfrentamento das Dant e (c) conjunto de ações estratégicas para a promoção da saúde, prevenção e cuidado diante do grupo de doenças crônicas.



A matriz foi reenviada às áreas do MS que participaram da primeira etapa do plano, com as recomendações sistematizadas. Retornadas as contribuições, elas passaram novamente pelo processo de junção, exclusão de repetições ou re-colocação na matriz, que foi finalizada com o total de 177 propostas. O comparativo entre a quantidade e a distribuição de propostas por eixo entre as etapas 1 e 2 é apresentado no gráfico a seguir (Figura 49).

Figura 49 – Comparativo da quantidade de propostas por eixo nas etapas 1 e 2 de elaboração do plano de Dant



Fonte: Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – CGDANT/DASNT/SVS/MS.

A terceira e última etapa foi iniciada com a consulta pública aberta dia 30 de setembro de 2020 e finalizada em 30 de novembro do mesmo ano, para contribuições aos tópicos sobre as metas, as ações e as possíveis aplicações do Plano de Dant na gestão em saúde.

As contribuições da consulta pública passaram pela mesma análise da segunda etapa para verificar pertinência e correlação com o eixo e a ação para os quais foram sugeridas. Para tanto, o trabalho foi dividido por tópico do Plano e tema para a equipe de elaboração realizar a leitura de todas as fichas com o olhar focado para a parte previamente definida. Todas as análises foram apresentadas e discutidas na equipe, que procedeu com as observações necessárias à decisão de aceite ou de recusa delas. Essa etapa é concluída com o documento final do Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030.



INDICADORES E METAS DO PLANO DE DANT 2021-2030

A partir do balanço do Plano de DCNT 2011-2022 e das análises sobre as doenças crônicas e os agravos não transmissíveis apresentados anteriormente, foram definidos 23 indicadores e respectivas metas a serem acompanhadas para monitorar a implementação anual e os principais resultados do Plano de Dant.

A seguir, as metas são apresentadas, divididas nos seguintes grupos:

- Cinco indicadores e metas para as DCNT.
- Dez indicadores e metas para os fatores de risco para as DCNT.
- Oito indicadores e metas para agravos (acidentes e violências).

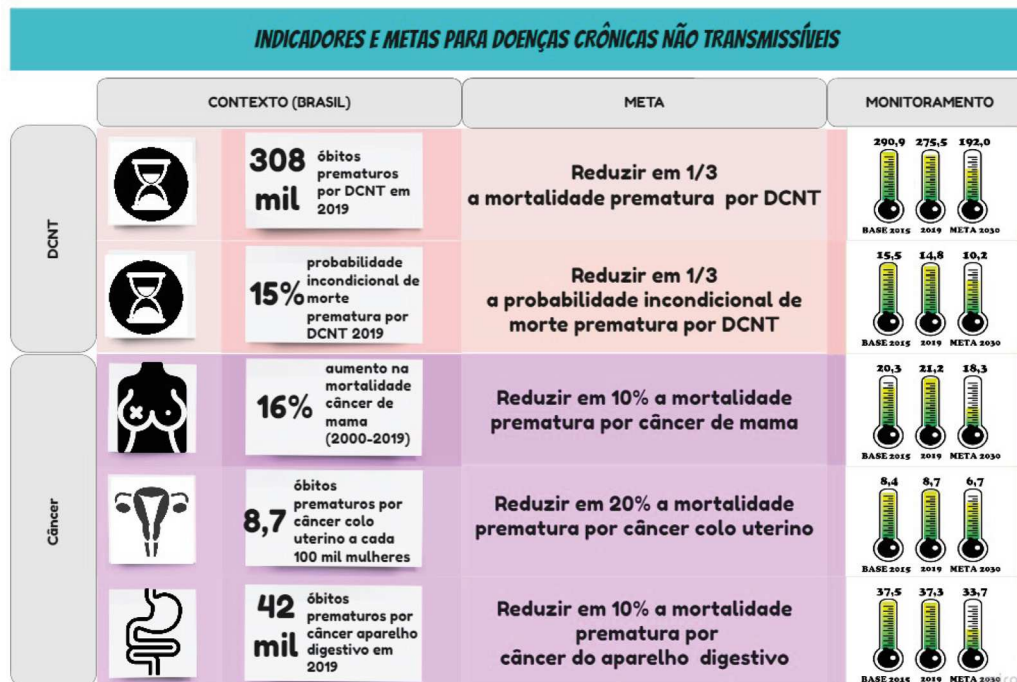
Cabe destacar que as metas previstas nos grupos mencionados dispõem de fonte de informação (sistemas de informação, pesquisas) e dados para cálculo da linha de base e do resultado a ser alcançado em 2030. Porém, é facultada aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios a inclusão de outras metas dessa natureza ou metas de processo, que não dispõem de sistema de informação, mas são importantes para monitorar o andamento do plano.

Os dados referentes ao ano de 2015 foram utilizados como linha de base para cálculo dos valores das metas para o ano de 2030, visando ao alinhamento com as metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, que também utilizam este ano como linha de base. Junto à linha de base, foram realizadas previsões para os anos de 2020 a 2030. A previsão foi realizada por meio do algoritmo de Suavização Exponencial Tripla (*Exponential Triple Smoothing – ETS*), considerando os dados referentes ao período de 2000 a 2019 para realizar a previsão relativa ao período de 2020 a 2030. A previsão foi representada graficamente pela linha contínua cinza e o intervalo de confiança da previsão foi representado pelas linhas pontilhadas cinza.



6.1 GRUPO DE INDICADORES E METAS PARA AS DCNT

Figura 50 – Grupo de indicadores e metas para as DCNT



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae.

As metas estabelecidas para as DCNT são **“reduzir em 1/3 a taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT”, “reduzir em 1/3 a probabilidade incondicional de morte prematura (30 a 69 anos) por DCNT”, “reduzir a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de mama em 10%”, “reduzir a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de colo do útero em 20%” e “reduzir a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer do aparelho digestivo em 10%”, no Brasil, até 2030 (Figura 50).**

Para o monitoramento dessas metas, deverá ser considerada a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT, por câncer de mama, de colo do útero e do aparelho digestivo padronizadas por idade. Os óbitos por DCNT serão considerados aqueles classificados com os códigos C00-C97 (neoplasias), E10-E14 (diabetes *mellitus*), I00-I99 (doenças cardiovasculares) e J30-J98, exceto J36 (doenças respiratórias crônicas). Os óbitos por câncer de mama serão considerados aqueles registrados no código C50 (neoplasia de mama), os óbitos por câncer de colo do útero serão considerados aqueles registrados no código C53 (neoplasia do colo do útero) e os óbitos por câncer do aparelho digestivo serão considerados aqueles registrados nos códigos C15-C25, C26.0, C26.8, C26.9, C45.1, C48, C77.2, C78.4-C78.8.

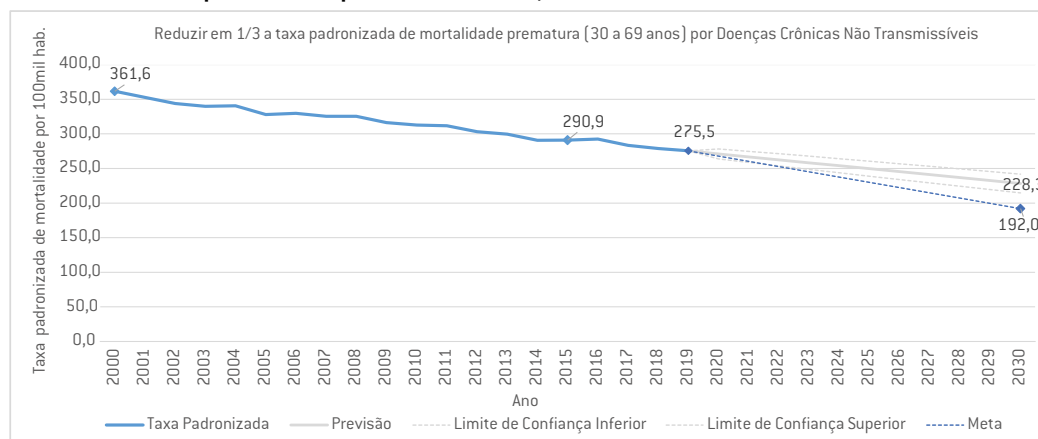


Foram considerados os códigos que constam na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Os dados sobre óbitos serão obtidos a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade. Será considerada a população residente de acordo com as estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. A população-padrão utilizada será a do Brasil, no ano de 2010, de acordo com o Censo Populacional.

A probabilidade incondicional de morte prematura por DCNT será aferida calculando-se, inicialmente, a taxa de mortalidade específica por idade para cada faixa etária de 5 anos entre 30 e 69 anos: $(\text{taxa} \times 5) / (1 + \text{taxa} \times 2,5)$. A probabilidade incondicional de morte por DCNT na faixa de idade entre 30 e 69 anos será calculada como: $1 - \text{produto} (1 - \text{taxa específica para a faixa de idade})$.

A Figura 51 apresenta a evolução da taxa padronizada de mortalidade prematura por DCNT no Brasil entre 2000 e 2019, assim como a previsão deste indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

Figura 51 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da taxa padronizada de mortalidade prematura por DCNT. Brasil, 2000 a 2030

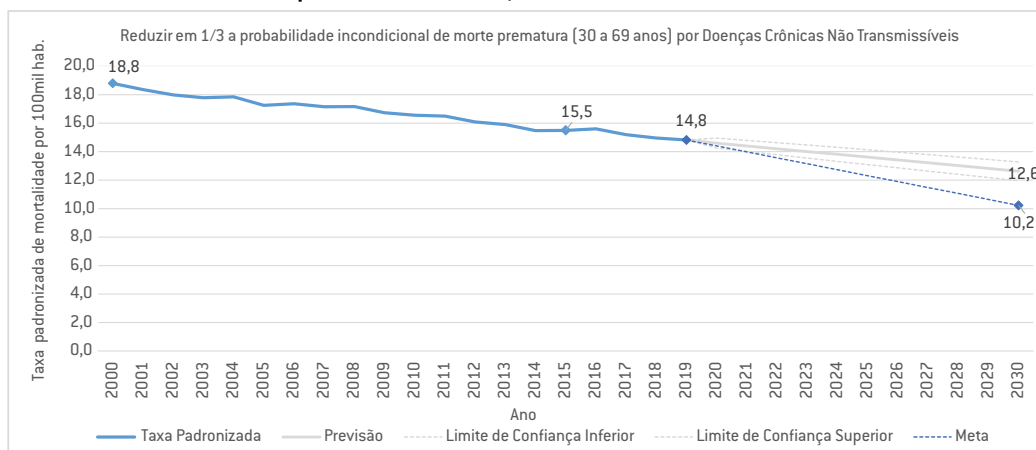


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos C00-C97, E10-E14, I00-I99, J30-J98 (exceto J36) (doenças crônicas não transmissíveis – DCNT) da CID-10. Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil Censo 2010. A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

A Figura 52 apresenta a evolução da probabilidade incondicional de morte prematura por DCNT no Brasil entre 2000 e 2019, assim como a previsão desse indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.



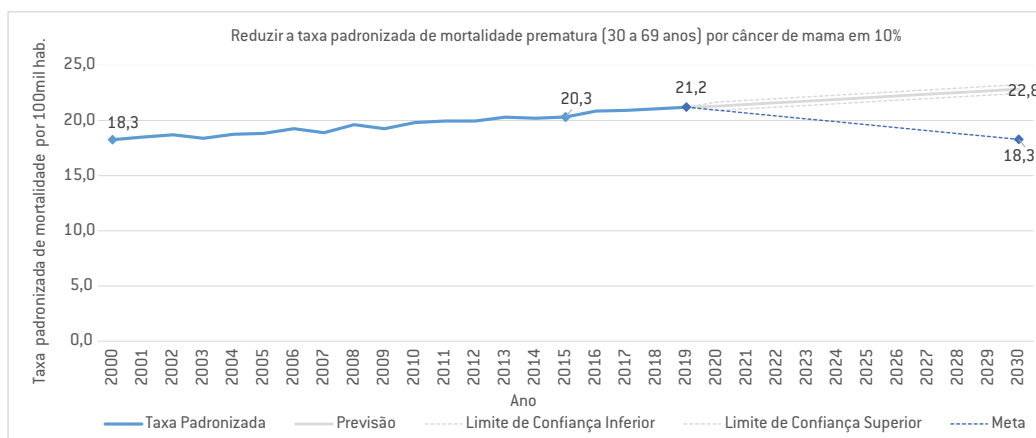
Figura 52 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto probabilidade incondicional de morte prematura. Brasil, 2000 a 2030



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos C00-C97, E10-E14, I00-I99, J30-J98 (exceto J36) (doenças crônicas não transmissíveis – DCNT) da CID-10. Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil Censo 2010. A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

A Figura 53 apresenta a evolução da taxa padronizada de mortalidade prematura por neoplasias malignas de mama no Brasil entre 2000 e 2019, assim como a previsão deste indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

Figura 53 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por neoplasias malignas de mama. Brasil, 2000 a 2030

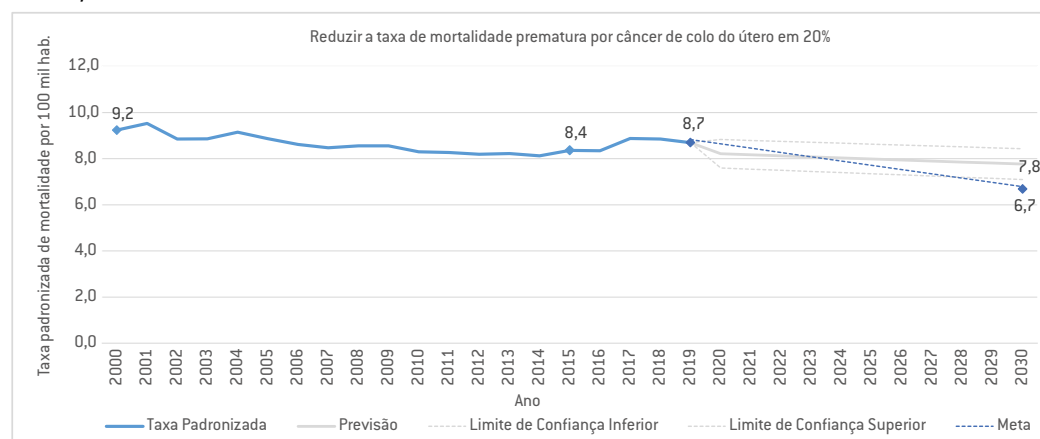


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com o código C50 (neoplasia da mama) da CID-10. Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil Censo 2010. A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.



A Figura 54 apresenta a evolução da taxa padronizada de mortalidade prematura por neoplasias malignas do colo do útero no Brasil entre 2000 e 2019, assim como a previsão desse indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

Figura 54 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por neoplasias malignas do colo do útero. Brasil, 2000 a 2030

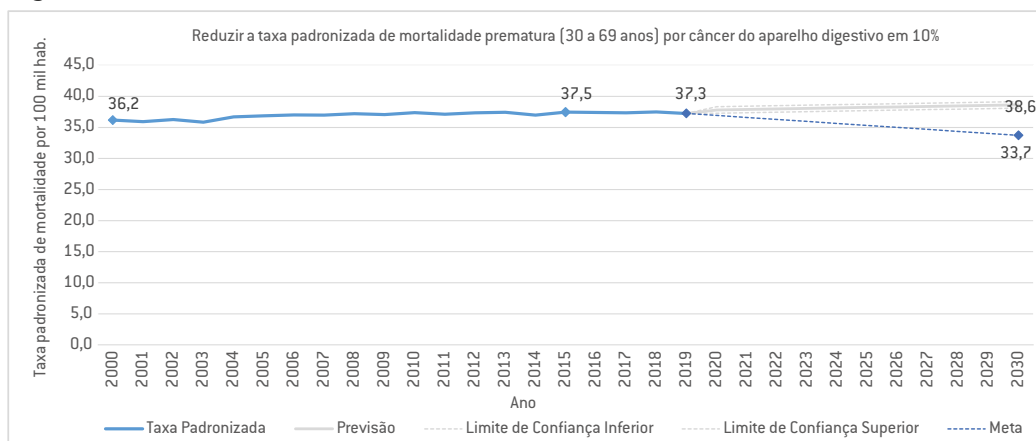


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com o código C53 (neoplasia do colo do útero) da CID-10.
Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População- padrão: Brasil Censo 2010. A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

A Figura 55 apresenta a evolução da taxa padronizada de mortalidade prematura por neoplasias malignas do aparelho digestivo no Brasil entre 2000 e 2019, assim como a previsão desse indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.



Figura 55 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por neoplasias malignas do aparelho digestivo. Brasil, 2000 a 2030


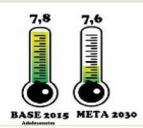

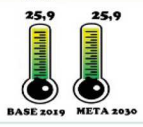

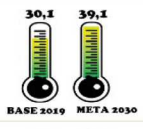

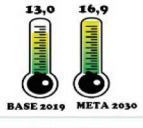

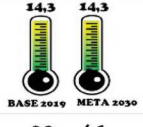

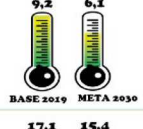

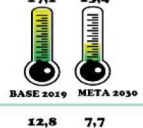

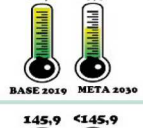

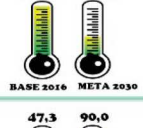




Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/CGDANT/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos C15, C16-C25, C26.0, C26.8, C26.9, C45.1, C48, C77.2, C78.4-C78.8 (neoplasia do aparelho digestivo) da CID-10. Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil Censo 2010. A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.



6.2 GRUPO DE INDICADORES E METAS PARA FATORES DE RISCO PARA AS DCNT

Figura 56 – Grupo de indicadores e metas para os fatores de risco para as DCNT

INDICADORES E METAS PARA FATORES DE RISCO		
CONTEXTO	META	MONITORAMENTO
 <p>14% das crianças de 5 a 9 anos apresentam obesidade (POF 2008-2009)</p>	Reduzir em 2% a obesidade entre crianças e adolescentes	 <p>7,8 BASE 2015 7,6 META 2030</p>
 <p>20% dos adultos apresentam obesidade (PNS, 2019)</p>	Deter o crescimento da Obesidade entre adultos	 <p>25,9 BASE 2019 25,9 META 2030</p>
 <p>61% da população não pratica atividade física no tempo livre (PNS, 2019)</p>	Aumentar a prevalência de atividade física no lazer em 30%	 <p>30,1 BASE 2019 39,1 META 2030</p>
 <p>77% da população não consome a quantidade recomendada de frutas/hortaliças (PNS, 2019)</p>	Aumentar em 30% a prevalência de consumo recomendado de frutas e hortaliças	 <p>13,0 BASE 2019 16,9 META 2030</p>
 <p>18% da população consome alimentos ultraprocessados (PNS, 2019)</p>	Reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados	 <p>14,3 BASE 2019 14,3 META 2030</p>
 <p>15% Da população consome bebidas adoçadas (PNS, 2019)</p>	Reduzir em 30% o consumo regular de bebidas adoçadas	 <p>9,2 BASE 2019 6,1 META 2030</p>
 <p>19% da população faz uso abusivo de bebida alcoólica (PNS, 2019)</p>	Reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%	 <p>17,1 BASE 2019 15,4 META 2030</p>
 <p>9,8% da população é fumante (PNS, 2019)</p>	Reduzir a prevalência de tabagismo em 40%	 <p>12,8 BASE 2019 7,7 META 2030</p>
 <p>44 mil mortes atribuídas à poluição atmosférica em 2016 (Brasil, 2018)</p>	Reduzir a mortalidade por DCNT atribuída à poluição atmosférica	 <p>145,9 BASE 2016 145,9 META 2030</p>
 <p>70% dos casos de câncer de colo do útero são causados por HPV (SIS-PNI)</p>	Atingir 90% de cobertura vacinal contra o HPV	 <p>47,3 BASE 2016 90,0 META 2030</p>

Fonte: Fatores de risco – PNS (2019), POF 2008-2009, PeNSE (2015); Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Gastos e Internações – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS). Cobertura vacinal – SIS-PNI.



As metas estabelecidas para os fatores de risco são de **“reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes em 2%”, “deter o crescimento da obesidade em adultos”, “aumentar a prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 30%”, “aumentar o consumo recomendado de frutas e de hortaliças em 30%”, “reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados”, “reduzir em 30% o consumo regular de bebidas adoçadas”, “reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%”, “reduzir a prevalência de tabagismo em 40%”, “reduzir a mortalidade por DCNT atribuída à poluição atmosférica” e “atingir 90% de cobertura vacinal contra o HPV”, no Brasil, até 2030 (Figura 56).**

Para verificação de atingimento da meta de redução da obesidade em crianças deverá ser considerada como linha de base a prevalência de obesidade infantil proveniente da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), que realizou antropometria em crianças menores de 5 anos, e, para o monitoramento, serão utilizados inquéritos de base populacional futuros. Até o momento, tais dados não foram publicados, de forma que não serão apresentados neste documento.

Para verificação de atingimento da meta de redução da obesidade em adolescentes, deverá ser considerada como linha de base a prevalência de obesidade em adolescentes proveniente da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), edição 2015, dados da amostra 2 (adolescentes de 13 a 17 anos), e para o monitoramento serão consideradas as edições posteriores da PeNSE.

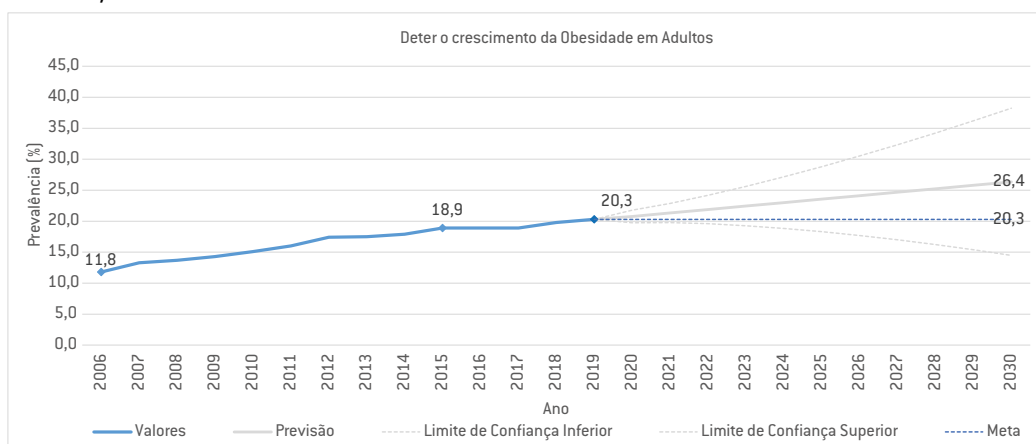
Para verificação de atingimento da meta de deter a obesidade em adultos, deverá ser considerada como linha de base a prevalência de obesidade em adultos proveniente da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), edição 2019, e para o monitoramento serão utilizados os dados do Vigitel. Para os períodos disponíveis, deverão ser utilizados os dados da PNS, em virtude de sua maior abrangência e obtenção das informações de peso e altura por meio da aferição. Os dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) serão também utilizados para o monitoramento da obesidade na população acompanhada pela atenção primária, considerando todos os ciclos de vida citados.

As Figuras 57 a 61 apresentam o exemplo de monitoramento das metas relacionadas aos fatores de risco para DCNT monitoradas a partir de dados do Vigitel.

A Figura 57 apresenta a evolução da prevalência da obesidade em adultos (de 18 anos ou mais) entre 2006 e 2019, assim como a previsão deste indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.



Figura 57 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da prevalência de obesidade em adultos (≥ 18 anos) no conjunto das capitais brasileiras e do Distrito Federal, 2006 a 2030



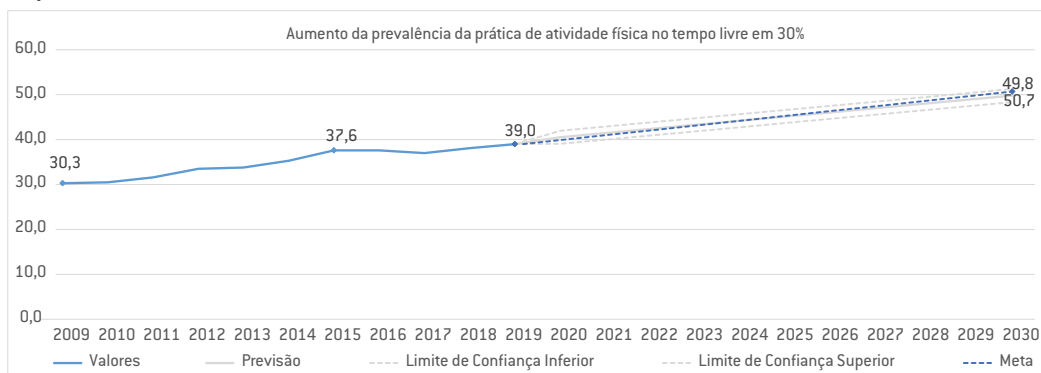
Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) (CGDANT/DASNT/SVS/MS). A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

Para verificação de atingimento das metas de aumentar o consumo recomendado de frutas e de hortaliças, redução do consumo de bebidas adoçadas, reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados, aumentar a prática de atividade física no tempo livre, reduzir o tabagismo e reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas deverá ser considerada como linha de base as prevalências provenientes do Vigitel 2019 e para o monitoramento serão utilizados os dados das edições futuras do Vigitel. Para os períodos disponíveis, deverão ser utilizados os dados da PNS, em virtude de sua maior abrangência.

A Figura 58 apresenta a evolução da prevalência da prática de atividade física no tempo livre em adultos (de 18 anos ou mais) entre 2009 e 2019, assim como a previsão deste indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.



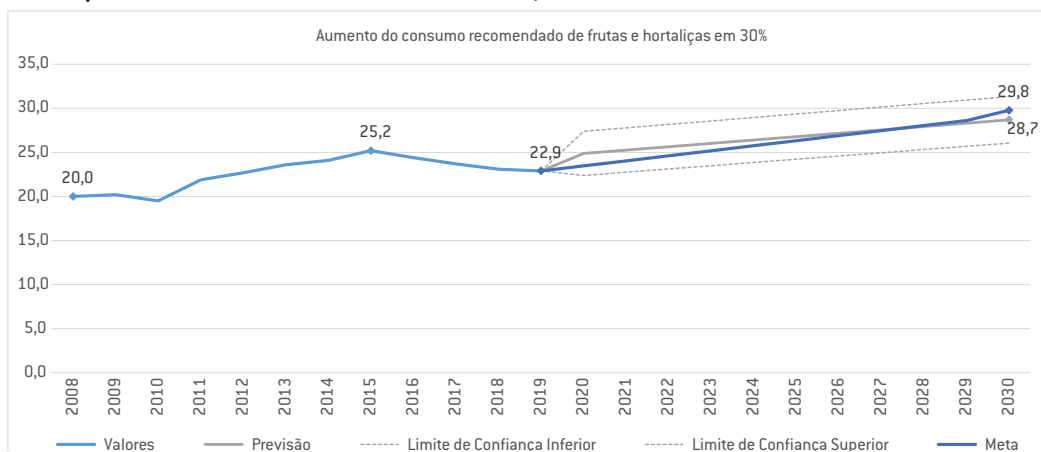
Figura 58 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da prevalência da prática de atividade física no tempo livre em adultos (≥ 18 anos) no conjunto das capitais brasileiras e do Distrito Federal, 2009 a 2030



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) (CGDANT/DASNT/SVS/MS). A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

A Figura 59 apresenta a evolução da prevalência do consumo recomendado de frutas e de hortaliças entre adultos (de 18 anos ou mais) entre 2008 e 2019, assim como a previsão deste indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

Figura 59 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da prevalência do consumo recomendado de frutas e de hortaliças em adultos (≥ 18 anos) no conjunto das capitais brasileiras e do Distrito Federal, 2006 a 2019

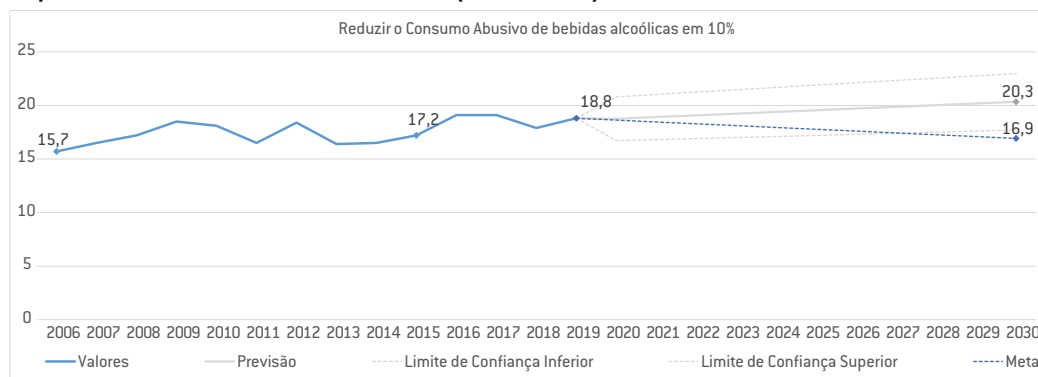


Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) (CGDANT/DASNT/SVS/MS). A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

A Figura 60 apresenta a evolução da prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas em adultos (de 18 anos ou mais) entre 2006 e 2019, assim como a previsão desse indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.



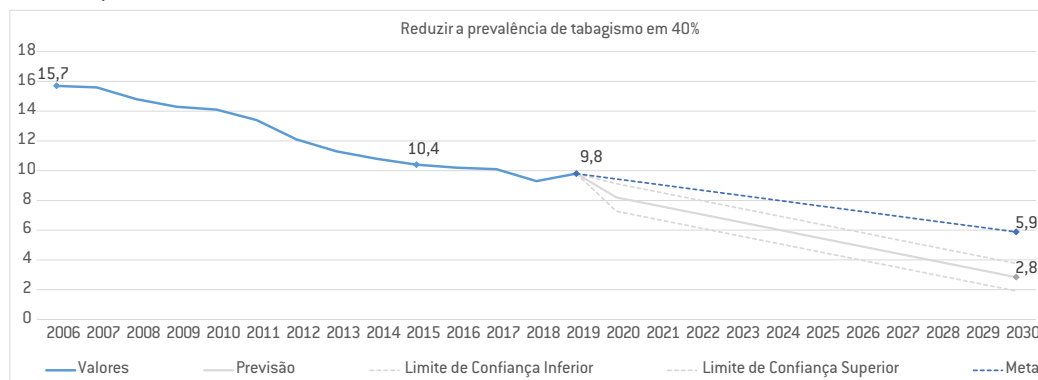
Figura 60 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da prevalência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas em adultos (≥ 18 anos) no conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal (2006-2019)



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) (CGDANT/DASNT/SVS/MS). A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

A Figura 61 apresenta a evolução da prevalência de tabagismo em adultos (de 18 anos ou mais) entre 2006 e 2019, assim como a previsão desse indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

Figura 61 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da prevalência de tabagismo em adultos (≥ 18 anos) no conjunto das capitais brasileiras e do Distrito Federal, 2006 a 2019



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) (CGDANT/DASNT/SVS/MS). A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

O monitoramento da carga de mortalidade por DCNT atribuída à poluição do ar é realizado com informações produzidas por metodologia que combina dados de saúde e de qualidade do ar. Essas estimativas têm sido obtidas por meio do *GBD Collaboration*. Para a elaboração desse indicador, serão avaliadas a magnitude da mortalidade; a quantidade de anos de vida potencialmente perdidos, ou seja, os anos de vida perdidos devido à morte prematura; a fração atribuível



na população (FAP), definida como a parcela da carga de uma certa doença que pode ser estimada a partir da exposição por um fator de risco específico; e a síntese de exposição, que representa a medida de exposição de uma população a determinado fator, considerando-se a magnitude da exposição por nível do risco e a contribuição deste para a carga de doença (BRASIL, 2018).

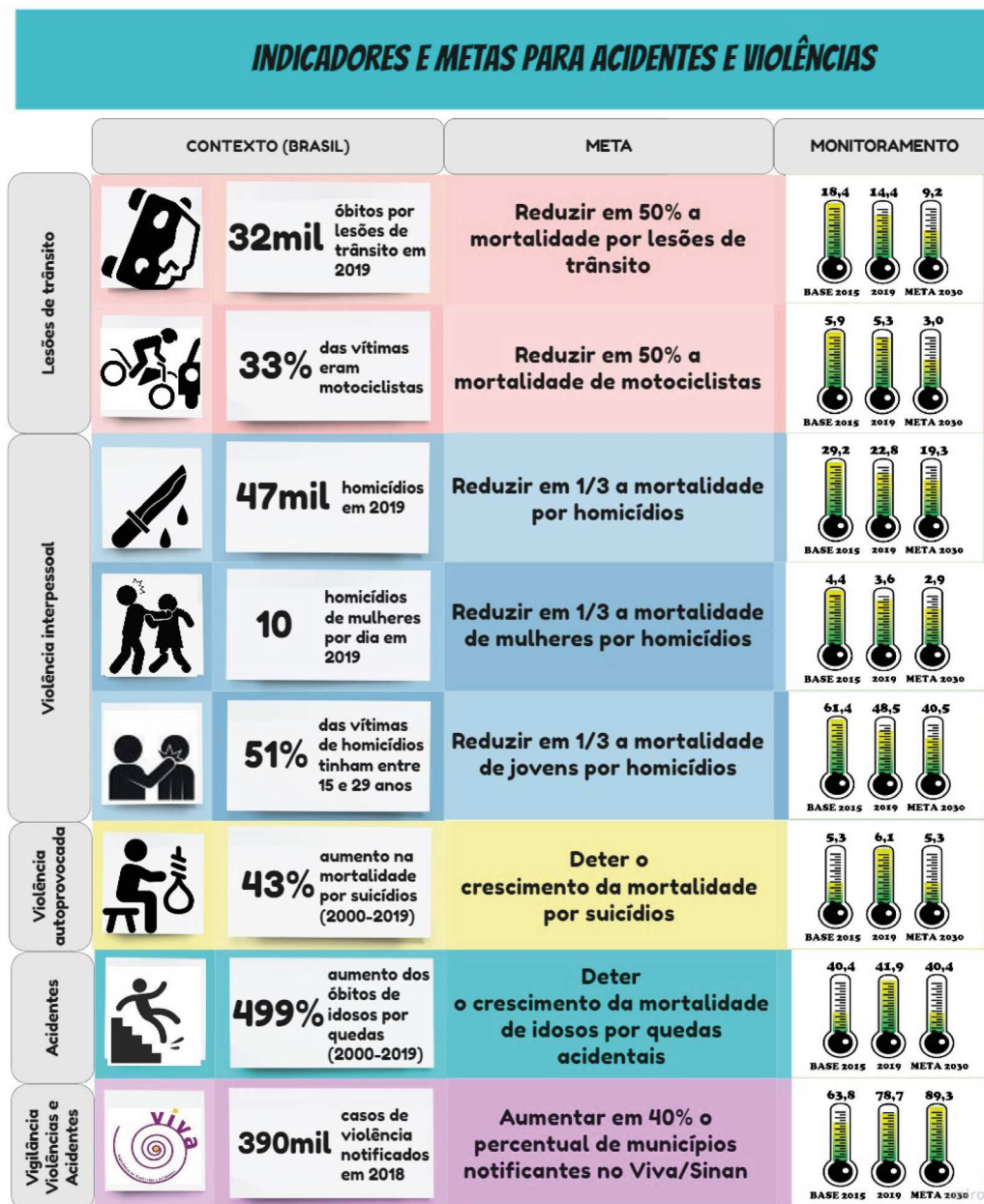
Na vigência das discussões da Agenda ODS na Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, tem-se considerado a produção de estimativas independentes do impacto da poluição do ar na mortalidade geral por agravos crônicos específicos pelo Ministério da Saúde, com dados do SIM/DataSUS e Sisam/Inpe. Considerando, entretanto, o dado disponível até o momento, a mortalidade por DCNT atribuída à poluição foi de 180,9 óbitos por 100 mil habitantes entre homens e 111,0 óbitos por 100 mil habitantes entre mulheres, em 2016. Para o atingimento da meta proposta para 2030, deverão ser atingidos valores inferiores a esses.

O cálculo de cobertura vacinal acumulada por coorte de meninas e meninos será feito a partir da identificação de coortes etárias, definidas como o conjunto de pessoas que completam o mesmo número de anos de vida, no mesmo ano calendário. A análise da cobertura será realizada separadamente para primeira dose e segunda dose, utilizando dados do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização. A cobertura da primeira dose entre meninas (9 a 14 anos) foi de 82,89% na coorte de 2013 a 2020; e entre meninos (11 a 14 anos) foi de 57,4%. Considerando também a coorte de 2013 a 2020, a cobertura da segunda dose entre meninas (9 a 15 anos) foi de 58,2%; e entre meninos (11 a 15 anos) foi de 36,0%.



6.3 GRUPO DE INDICADORES E METAS PARA ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

Figura 62 – Grupo de indicadores e metas para as violências e os acidentes



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Notificações – Viva/Sinan.

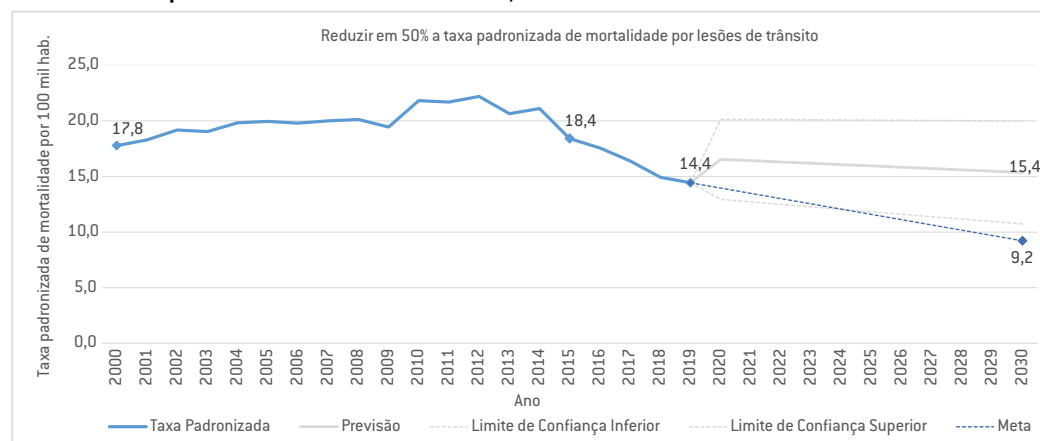


As metas estabelecidas para violências e acidentes são: **“reduzir em 50% a taxa de mortalidade por lesões de trânsito”, “reduzir em 50% a taxa de mortalidade de ocupantes de motocicletas/triciclos”, “reduzir em 1/3 a taxa de mortalidade por homicídios”, “reduzir em 1/3 a taxa de mortalidade de mulheres por homicídios”, “reduzir em 1/3 a taxa de mortalidade de jovens (15 a 29 anos) por homicídios”, “deter o crescimento da mortalidade por suicídios”, “deter o crescimento da mortalidade de idosos por quedas acidentais” e “aumentar em 40% o percentual de municípios notificantes no Viva/Sinan”**, no Brasil, até 2030.

Para o monitoramento das metas de **“reduzir em 50% a taxa de mortalidade por lesões de trânsito”, “reduzir em 50% a taxa de mortalidade de ocupantes de motocicletas/triciclos”**, no Brasil, até 2030, deverão ser consideradas a taxas de mortalidade por lesões de trânsito e ocupantes de motocicletas e triciclos padronizadas por idade. Serão considerados os óbitos classificados com os códigos V01 a V89 (acidentes de transporte terrestre) e V20 a V39 (Ocupantes de motocicletas e triciclos) da CID-10 no SIM. Será considerada a população residente de acordo com as estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. A população-padrão utilizada será a do Brasil, no ano de 2010, de acordo com o Censo Populacional.

A Figura 63 apresenta a evolução da taxa padronizada de mortalidade por lesões de trânsito no Brasil entre 2000 e 2019, assim como a previsão desse indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

Figura 63 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da taxa de mortalidade por lesões de trânsito. Brasil, 2000 a 2030



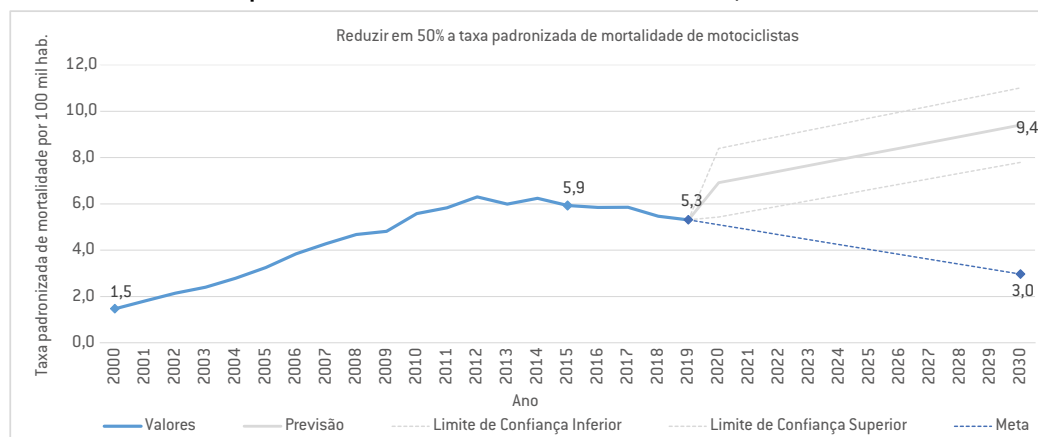
Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos V01 a V89 (Acidentes de transporte terrestre) da CID-10.

Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”. A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.



A Figura 64 apresenta a evolução da taxa de mortalidade de ocupantes de motocicletas e triciclos no Brasil entre 2000 e 2019, assim como a previsão desse indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

Figura 64 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da taxa de mortalidade de ocupantes de motocicletas e triciclos. Brasil, 2000 a 2030



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos V20 a V39 (Ocupantes de motocicletas e triciclos) da CID-10.

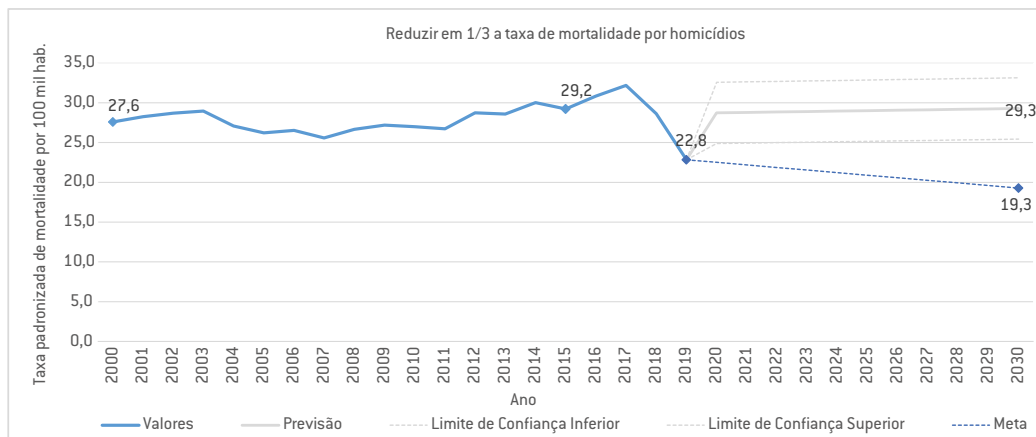
Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”. A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

Para o monitoramento das metas **“reduzir em 1/3 a taxa de mortalidade por homicídios”, “reduzir em 1/3 a taxa de mortalidade de mulheres por homicídios” e “reduzir em 1/3 a taxa de mortalidade de jovens (15 a 29 anos) por homicídios”**, no Brasil, até 2030, deverão ser considerados: a taxa de mortalidade por homicídios e a taxa de mortalidade de mulheres por homicídios, padronizadas por idade, e a taxa específica de mortalidade de jovens (15 a 29 anos) por homicídios, respectivamente. Serão considerados os óbitos classificados com os códigos X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de agressão) e Y89.0 (sequela de intervenção legal) da CID-10 no Sistema de Informações sobre Mortalidade. Será considerada a população residente de acordo com as estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. A população-padrão utilizada será a do Brasil, no ano de 2010, de acordo com o Censo Populacional. A taxa de mortalidade de jovens a ser monitorada deverá ser a específica (bruta) e não a padronizada.

A Figura 65 apresenta a evolução da taxa padronizada de mortalidade por homicídios no Brasil entre 2000 e 2019, assim como a previsão desse indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.



Figura 65 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da taxa de mortalidade por homicídios. Brasil, 2000 a 2030

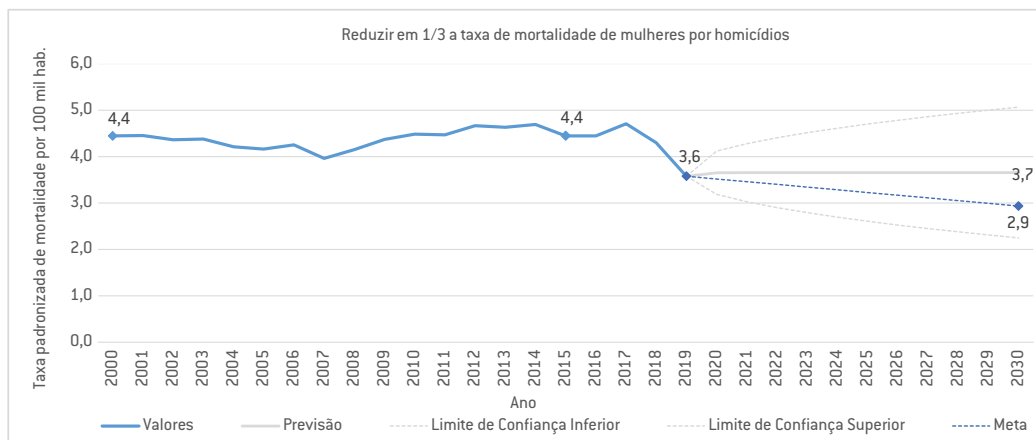


Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de agressão) e Y89.0 (sequela de intervenção legal) da CID-10.

Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como "ignorada". A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

A Figura 66 apresenta a evolução da taxa padronizada de mortalidade de mulheres por homicídios no Brasil entre 2000 e 2019, assim como a previsão desse indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

Figura 66 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da taxa de mortalidade de mulheres por homicídios. Brasil, 2000 a 2030



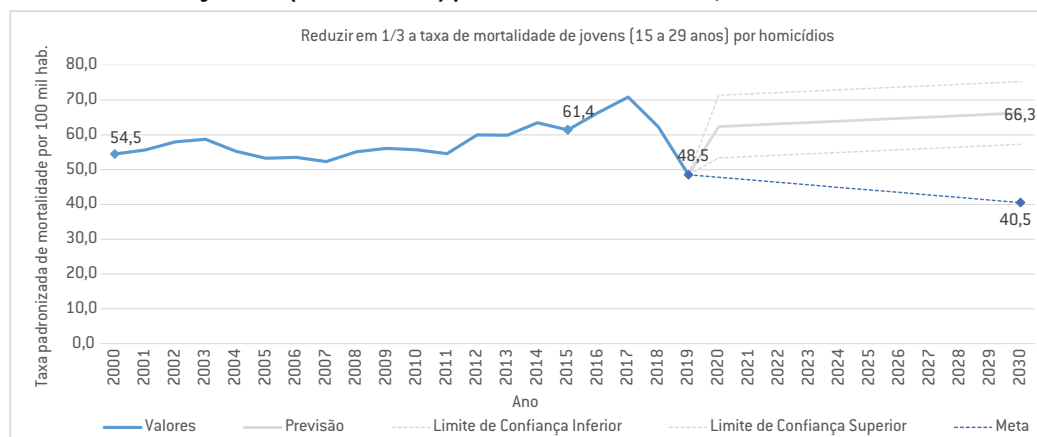
Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de agressão) e Y89.0 (sequela de intervenção legal) da CID10.

Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como "ignorada". A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.



A Figura 67 apresenta a evolução da taxa específica de mortalidade de jovens (15 a 29 anos) por homicídios no Brasil entre 2000 e 2019, assim como a previsão desse indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.

Figura 67 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da taxa específica de mortalidade de jovens (15 a 29 anos) por homicídios. Brasil, 2000 a 2030



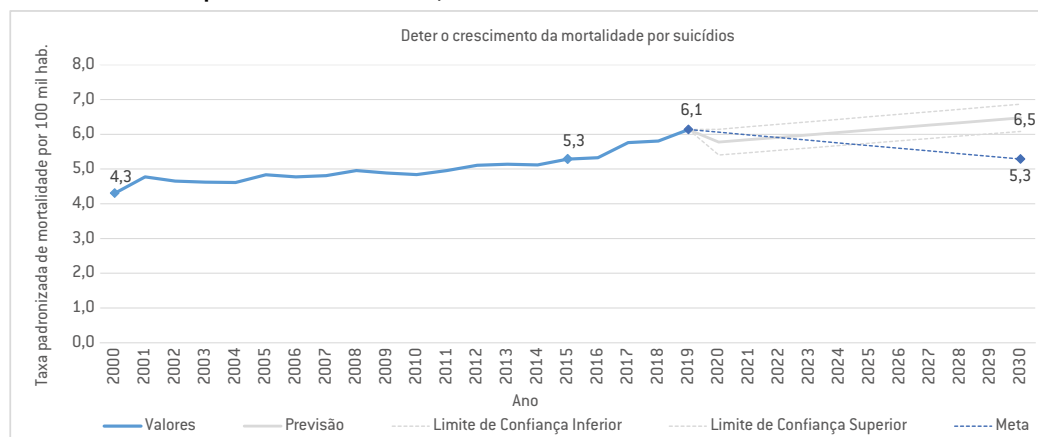
Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de agressão) e Y89.0 (sequela de intervenção legal) da CID-10. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”. A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

Para o monitoramento da meta de **“deter o crescimento da mortalidade por suicídios”**, no Brasil, até 2030, deverá ser considerada a taxa de mortalidade por suicídios padronizada por idade. Serão considerados os óbitos classificados com os códigos X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) e Y87.0 (sequelas de lesões autoprovocadas) da CID-10 no Sistema de Informações sobre Mortalidade. Será considerada a população residente de acordo com as estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. A população-padrão utilizada será a do Brasil, no ano de 2010, de acordo com o Censo Populacional.

A Figura 68 apresenta a evolução da taxa padronizada de mortalidade por suicídios no Brasil entre 2000 e 2019, assim como a previsão desse indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.



Figura 68 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da taxa padronizada de mortalidade por suicídios. Brasil, 2000 a 2030



Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) e Y87.0 (sequelas de lesões autoprovocadas) da CID-10.

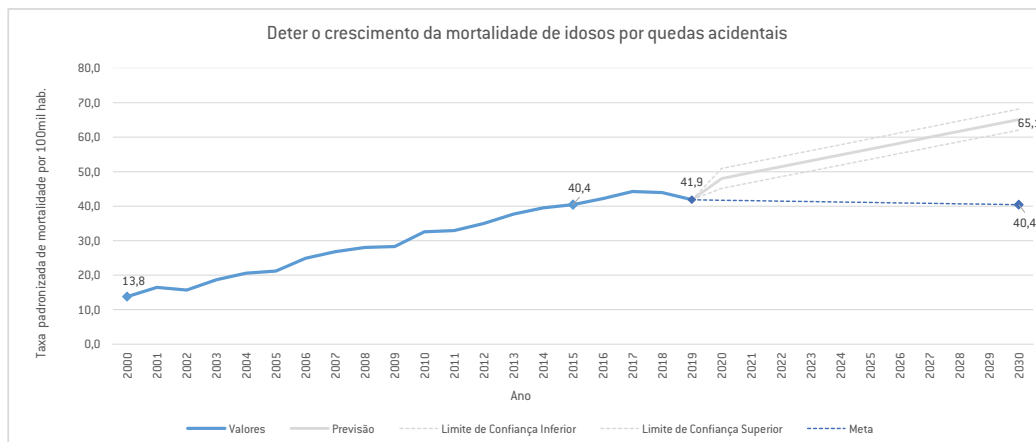
Nota: Padronização por idade utilizando o método direto. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima estava assinalada como “ignorada”. A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

Para o monitoramento da meta **“deter o crescimento da mortalidade de idosos por quedas acidentais”**, no Brasil, até 2030, deverá ser considerada a taxa específica de mortalidade de idosos (60 anos e mais) por quedas acidentais. Deverá ser considerada a taxa bruta e não a padronizada. Serão considerados os óbitos classificados com os códigos W00 a W19 (Quedas) da CID-10 no Sistema de Informações sobre Mortalidade. Será considerada a população residente de acordo com as estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae.

A Figura 69 apresenta a evolução da taxa específica de mortalidade de idosos por quedas acidentais no Brasil entre 2000 e 2019, assim como a previsão desse indicador para os anos de 2020 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.



Figura 69 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto da taxa específica de mortalidade de idosos por quedas acidentais. Brasil, 2000 a 2030



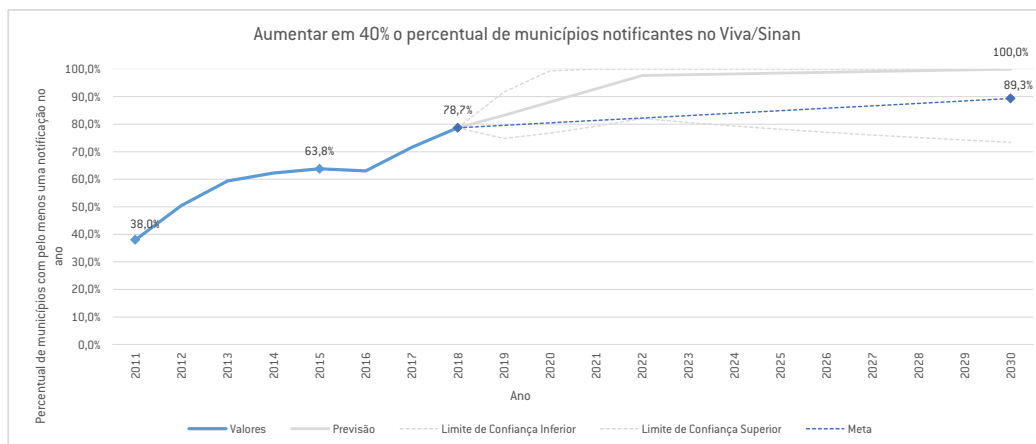
Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Foram considerados os óbitos classificados com os códigos W00 a W19 (Quedas) da CID-10. A previsão foi realizada utilizando o método de regressão linear simples.

Para o monitoramento da meta de **“aumentar em 40% o percentual de municípios notificantes no Viva/Sinan”**, no Brasil, até 2030, o indicador é dado pela proporção de municípios que realizaram ao menos uma notificação de violência interpessoal ou autoprovocada, no ano (número de municípios que realizaram pelo menos uma notificação, dividido pelo número total de municípios, multiplicado por 100).

A Figura 70 apresenta a evolução do percentual de municípios notificantes no Viva/Sinan no Brasil, entre 2011 e 2018, assim como a previsão desse indicador para os anos de 2019 a 2030. É apresentada também a evolução necessária para esse indicador, de modo que se atinja a meta definida para 2030.



Figura 70 – Monitoramento da meta, valor observado e previsto do percentual de municípios notificantes no Viva/Sinan, 2011 a 2030



Fonte: Notificações: Componente contínuo do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan). Número de municípios: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).



AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS



Para o alcance das metas, foram definidas 226 ações estratégicas a serem desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios. As ações estratégicas são apresentadas por bloco e associadas aos indicadores e às metas com os quais há possibilidade de influência direta no alcance deles. O bloco referente às **ações estratégicas** contém ações que mobilizam várias áreas e setores, transversalizam os demais blocos, contribuindo para o alcance do conjunto de metas do Plano de Dant.

O bloco das **ações estratégicas para promoção da saúde, prevenção, produção do cuidado e assistência para enfrentamento dos fatores de risco para as doenças e agravos não transmissíveis** apresenta as ações organizadas a partir da vinculação dos fatores de risco para as Dant com os eixos promoção da saúde, atenção integral à saúde, vigilância em saúde e prevenção das Dant à saúde. São ações correlatas às especificidades de cada tema e objetivam indicar foco e direção para alcance das metas do Plano de Dant.

Por fim, o bloco das **ações estratégicas para a promoção da saúde, prevenção e cuidado diante do grupo de DCNT** apresenta ações correlatas às especificidades de cada tema, com mesmo objetivo de conferir foco e direção para alcance das metas do Plano de Dant.



7.1 AÇÕES ESTRATÉGICAS

Eixo Promoção da Saúde

Elaborar plano de comunicação para a população, estabelecendo canais de comunicação com influenciadores digitais, blogueiros e vlogueiros para pautar discussões, contemplando todos os ciclos de vida e relacionando os seguintes temas com a promoção da saúde e a prevenção de doenças crônicas, violências e acidentes: cidades sustentáveis, ambientes saudáveis, saúde e segurança no trabalho, prática de atividade física, qualidade do ar, mudanças climáticas, exposição a químicos, alimentação saudável, prevenção do tabagismo, prevenção do uso abusivo do álcool, cultura de paz, mobilidade sustentável e qualidade do ar, soluções inovadoras em saúde, equidade em saúde, saúde mental e governança em saúde.

Articular com canais de TV estatais a produção e a veiculação de programas com os temas do Plano de Doenças e Agravos não Transmissíveis (Dant).

Implementar iniciativas de mensuração de impacto na mudança de comportamento da população em relação às Dant.

Desenvolver ferramentas digitais para promoção do autocuidado em doenças crônicas, incluindo a obesidade, e de hábitos de vida saudáveis considerando a alimentação adequada e saudável e a prática de atividade física.

Elaborar e disponibilizar para a rede e ensino da educação básica, itinerários formativos sobre prevenção das DCNT e dos agravos, da promoção da saúde e do desenvolvimento sustentável.

Estimular o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis no setor de saúde suplementar em articulação com a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Estabelecer parcerias com o setor privado para o desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde, saúde mental, segurança no trabalho e prevenção das DCNT para os trabalhadores e empregadores, englobando mudanças nos processos produtivos, nas formas de gestão e organização do trabalho e nos ambientes de trabalho.

Articular com a iniciativa privada, a sociedade civil e o terceiro setor projetos de baixo custo, de fácil aplicação e de alta efetividade para aumento da prática de atividade física, redução da poluição do ar e de acidentes de trabalho e de trânsito, promoção da saúde mental, prevenção de violências e das DCNT para disponibilizar para estados, Distrito Federal e municípios.

Elaborar e pactuar termos de um código de ética e conduta para as parcerias público-privadas relativas ao desenvolvimento de iniciativas de promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis.

Propor e desenvolver uma proposta de Convenção-Quadro para prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis para a América do Sul.

Apoiar a realização de estudos avaliativos sobre efetividade das ações e programas de promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), incluindo ações voltadas a grupos de maior vulnerabilidade para DCNT e a obesidade.



Disseminar informações e recomendações para que as cidades usem áreas urbanas e planejamento de transporte, com políticas de mobilidade, com vistas à diminuição da poluição do ar, à disponibilidade de modos acessíveis de deslocamento que incorporam atividade física, como caminhar e andar de bicicleta, e ao uso de transporte público.

Promover a Agenda dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável nos estados, no Distrito Federal e nos municípios na perspectiva de estruturação de processos de planejamento e monitoramento locais.

Desenvolver e implementar conjunto de iniciativas de Educação Permanente em Saúde (EPS), considerando demandas apontadas pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde, por estados, Distrito federal e municípios, voltadas à formação dos profissionais do Sistema Único de Saúde, incluindo os níveis médio e técnico para análise, abordagem, cuidado e prevenção dos fatores de risco para as Dant.

Promover ações de promoção em saúde e segurança no trabalho considerando intervenções nos fatores de risco ocupacionais, priorizando grupos de trabalhadores mais vulneráveis, como os informais, menores de 18 anos, idosos, gestantes, trabalhadores em situação análoga à escravidão, entre outros.

Formar e qualificar profissionais de saúde e sociedade civil para desenho e implantação de cidades/territórios inteligentes, saudáveis e sustentáveis.

Eixo Atenção Integral à Saúde

Fortalecer os mecanismos de verificação de custo-efetividade para a incorporação de novas tecnologias voltadas às DCNT.

Fortalecer o complexo produtivo da saúde para ampliar a produção de insumos farmacêuticos (fármacos) destinados ao enfrentamento das DCNT.

Desenvolver estratégias intersetoriais de organização do cuidado em saúde voltadas para gestantes, puérperas, recém-nascidos e crianças de até 2 anos privadas de liberdade.

Ampliar o acesso ao pré-natal odontológico com objetivo de reduzir a ocorrência de cárie e doença periodontal.

Fortalecer as práticas integrativas na APS como componente do cuidado em saúde.

Ampliar estratégias de promoção do envelhecimento saudável ao longo de toda a vida, com inclusão de linha de cuidado e adaptação de processos terapêuticos às especificidades da pessoa idosa.

Fomentar a qualificação e a ampliação da atuação clínico-assistencial dos profissionais de saúde, com ênfase em equipes multiprofissionais, por meio da elaboração, da implantação e da implementação de linhas de cuidado, diretrizes e protocolos clínicos para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) – hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, sobrepeso e obesidade, tabagismo, câncer de colo do útero e câncer de mama.

Apoiar os entes federados interessados na implementação do modelo de atenção às pessoas com condições crônicas com ênfase em HAS, diabetes e obesidade desenvolvido pelo Ministério da Saúde.

Implantar estratégias de avaliação de risco global para DCNT em usuários vinculados à Atenção Primária em Saúde, para o rastreamento de risco e detecção precoce de doenças crônicas.



Qualificar a gestão da informação na APS por meio do aperfeiçoamento e do monitoramento das informações do Sisab e avanço da informatização das equipes, considerando a incorporação de informações sobre populações em situação de vulnerabilidade, invisibilidade e iniquidades.

Coordenar ações de indução da política de atenção psicossocial focadas nas abordagens breves na Atenção Primária à Saúde, com ênfase nos transtornos mentais mais frequentes, eventos agudos, dependência e abuso de álcool e manejo apropriado da cronicidade.

Desenvolver ações de *advocacy* junto às Secretarias de Saúde estaduais, do Distrito Federal e dos municípios para inclusão de procedimentos e ações de prevenção de violências, do uso do álcool e do uso do tabaco nas respectivas carteiras de serviços da Atenção Primária em Saúde.

Apoiar a realização de pesquisas sobre os efeitos da auriculoterapia e outras práticas integrativas e complementares no cuidado em DCNT e seus fatores de risco, abrangendo as pessoas privadas de liberdade e populações em situação de iniquidades.

Atualizar e implementar as diretrizes clínicas do Ministério da Saúde, com base em evidências e custo-efetividade para linhas de cuidado das principais doenças crônicas: hipertensão, diabetes, sobrepeso e obesidade, tabagismo, acidente vascular encefálico, doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e demais DCNT.

Desenvolver estratégias de proteção e assistência às pessoas com DCNT em situações de epidemia ou pandemia, com implementação de medidas de proteção ao contágio e garantia ao acesso e continuidade dos cuidados, incluindo-se a aquisição de medicamentos.

Eixo Vigilância em Saúde

Criar observatório nacional de violências e acidentes.

Disponibilizar ferramentas e estratégias de formação em vigilância de doenças e agravos não transmissíveis (Dant) e análise de iniquidades em saúde para profissionais do SUS.

Apoiar estados e municípios para qualificação da vigilância de Dant, incluindo a qualidade dos dados, a produção e a utilização de informação em saúde à tomada de decisão.

Incentivar a criação de comitês de investigação de óbitos como estratégia para melhoria da qualidade dos dados.

Monitorar os casos e os óbitos de intoxicações exógenas acidentais e autoprovocadas por agrotóxicos, metais pesados, produtos de uso domiciliar, produtos químicos, alimentos, raticidas e produtos veterinários e por uso abusivo de álcool e outras drogas.

Apoiar a estruturação e o fortalecimento da vigilância dos riscos de intoxicação por agrotóxicos, alimentos e metais por trabalhadores rurais, ribeirinhos, agentes de endemias, pescadores, quilombolas e os que trabalham na produção destes.

Garantir a oferta de vacinas para a prevenção de hepatite B, influenza em idosos, pneumococo e outras comorbidades das DCNT.

Implantar programa de qualificação da informação e ampliação da captação de procedimentos não registrados no SUS, a construção da interoperabilidade dos sistemas e o uso da análise de situação de saúde para a tomada de decisão em vigilância de Dant.



Apoiar financeiramente a realização de estudos avaliativos sobre a efetividade e o impacto econômico das medidas de redução da morbimortalidade e da prevenção de fatores de risco associados às DCNT na APS, incluindo ações voltadas a grupos de maior vulnerabilidade para DCNT.

Realizar o levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população brasileira-SB BRASIL.

Publicar Guia de Vigilância de Dant integrada.

Publicar boletins epidemiológicos sobre temáticas do plano de Dant.

Realizar anualmente o inquérito telefônico sobre fatores de risco e proteção para as DCNT – Vigitel.

Promover a implantação de vigilância de Dant (DCNT e agravos) integrada no País.

Realizar o monitoramento e a divulgação de informações relativas aos indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável sob a responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Propor subsídios e articular a tomada da Comissão Nacional para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável com a participação do Ministério da Saúde.

Estimular e subsidiar universidades e instituições de pesquisa públicas para a realização de inquéritos de fatores de risco e proteção para as DCNT em municípios não contemplados pelo Vigitel.

Realizar a Pesquisa Nacional de Saúde a cada cinco anos, incluindo temas sobre acesso aos serviços e sua utilização, morbidade, fatores de risco e proteção de doenças crônicas, saúde dos idosos, das mulheres e das crianças, bem como fazer medições antropométricas e de pressão arterial e coleta de material biológico.

Realizar regularmente a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE).

Desenvolver e ofertar aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios tecnologia para a interoperabilidade de dados dos sistemas de informação em saúde para qualificar a vigilância de lesões por causas externas.

Eixo Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde

Desenvolver ações intersetoriais para ampliar a fluoretação das águas de abastecimento público garantindo-se continuidade e teores adequados de fluoreto, objetivando a prevenção da doença cárie dentária.

Disseminar boas práticas para a prevenção de DCNT e obesidade realizadas na Atenção Primária à Saúde.

Implementar estratégias de formação dos profissionais de saúde da APS para a detecção precoce de fatores de risco para as DCNT e a obesidade, bem como desenho de iniciativas para a redução individual e coletivos mesmos no território, envolvendo os ciclos de vida.



Estruturar ações de educação e comunicação relacionadas à alimentação adequada, às práticas corporais e atividade física, à prevenção do uso de tabaco e álcool e demais fatores de risco e à qualificação do cuidado das DNCT, por meio da oferta de:

1. Estratégias de tele-educação e teleconsultoria para atualização das equipes e apoio no uso de diretrizes clínicas/linhas de cuidado/protocolos.
2. Ações de qualificação profissional para uso de entrevista motivacional, planos de cuidados e autocuidados e de práticas corporais/mentais.
3. Ações de educação para pessoas com DCNT e familiares para a construção de modos de vida favoráveis à saúde e ao autocuidado apoiado.
4. Ações de promoção da segurança alimentar e nutricional, prevenção e cessação do uso do álcool e do tabaco e promoção das práticas corporais e atividade física em grupos em situação de vulnerabilidade e iniquidades em saúde, considerando e valorizando as especificidades culturais e regionais dos diferentes grupos e etnias.

7.2 AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO, PRODUÇÃO DO CUIDADO E ASSISTÊNCIA PARA ENFRENTAMENTO DOS FATORES DE RISCO PARA AS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

	Álcool
Promoção da Saúde	Articular e promover subsídios técnico-científicos e políticos para iniciativas de regulação que visem aplicar proibições ou restrições abrangentes à publicidade, ao patrocínio e à promoção comercial de bebidas alcoólicas.
	Apoiar projetos de lei que visem à alteração da Lei n.º 9.294/1996 para vedar a propaganda comercial de bebidas alcoólicas nos meios de comunicação social.
	Apoiar medidas regulatória e fiscais para reduzir o consumo de bebidas alcoólicas e que permitem informar, por meio do rótulo, os prejuízos relacionados ao consumo.
	Articular com o Ministério da Justiça e Segurança Pública proposta de lei para regulação da disponibilidade e do consumo de álcool em eventos de massa, públicos ou privados.
	Apoiar a aplicação da Lei n.º 13.106/2015 que altera o artigo 243 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – Lei n.º 8.069/1990) que criminaliza a venda, o fornecimento, a ação de servir, ministrar ou entregar bebidas alcoólicas, ainda que gratuitamente, a menores de 18 anos.



	<p>Elaborar, mapear e divulgar estratégias de promoção da saúde e prevenção do consumo abusivo do álcool na população indígena.</p> <p>Desenvolver campanhas de mídia nacional sobre uso de álcool e direção, uso de álcool e trabalho e emprego, uso de álcool e violência doméstica e uso de álcool e doenças crônicas e das medidas de proteção e divulgação dos serviços de saúde disponíveis para o apoio à prevenção e cessação do consumo.</p> <p>Fortalecer a articulação entre as redes de atenção à saúde e redes de proteção social, promovendo e qualificando ações voltadas para as pessoas e seus familiares que sofrem os impactos do uso abusivo do álcool, principalmente nas populações em situação de iniquidade.</p> <p>Desenvolver estudos para recomendar a restrição da disponibilidade física e do horário de venda de bebidas alcoólicas em estabelecimentos comerciais.</p> <p>Promover ações educacionais nas escolas públicas e privadas voltadas para a prevenção e a redução do uso do álcool, no contexto do Programa Saúde na Escola.</p>	
Atenção Integral à Saúde	<p>Ampliar o número de ações voltadas para a população indígena a serem desenvolvidas pelos Caps nas Regiões de Saúde responsáveis pelo cuidado dessa população, garantindo acesso e referência dos povos indígenas à Rede de Atenção Psicossocial.</p> <p>Fortalecer a rede de saúde mental com envolvimento da sociedade civil organizada e a implantação de serviços de prevenção, detecção precoce, tratamento e atenção aos transtornos por consumo de álcool (causas plenamente atribuíveis) com protocolo para medidas breves, além de apoio e tratamento aos familiares afetados na APS.</p> <p>Coordenar ações de indução da política de atenção psicossocial focadas nas abordagens breves na Atenção Primária à Saúde, com ênfase nos transtornos mentais mais frequentes, eventos agudos, dependência e abuso de álcool e manejo apropriado da cronicidade.</p> <p>Desenvolver ações de advocacy junto às Secretarias de Saúde estaduais, do Distrito Federal e dos municípios para inclusão de procedimentos e de ações de prevenção do uso do álcool nas respectivas carteiras de serviços da Atenção Primária à Saúde.</p> <p>Qualificar as equipes do Consultório na Rua no cuidado à saúde mental e à prevenção do uso prejudicial de álcool para a população em situação de rua.</p> <p>Fortalecer, por meio de educação permanente e aportes financeiros para desenvolvimento de iniciativas nas redes de saúde e nos Distritos Sanitários Indígenas, a detecção, a prevenção e o cuidado dirigidos aos indígenas usuários e potenciais usuários de álcool e seus familiares, visando à cessação, à redução e ao fim da ingestão precoce em todo ciclo de vida.</p>	
	<p>Qualificar a disponibilidade de informações no Sinan sobre quesitos de equidade e renda em relação aos agravos decorrentes do consumo de álcool.</p>	
	<p>Apoiar com estudos e iniciativas integradas e intersetoriais a aplicação da Lei Seca, especialmente na relação entre uso de álcool e direção.</p>	
Vigilância em Saúde		



	Estabelecer marcos eficazes para as atividades de vigilância e monitoramento do consumo de bebidas alcoólicas com inquéritos nacionais periódicos e sistemas nacionais com informações de morbimortalidade.
Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde	Fortalecer a abordagem familiar na Atenção Primária à Saúde, desenvolvendo linhas de cuidado e ações de prevenção que abordem riscos e consequências decorrentes do consumo abusivo de álcool.
	Articular com o Ministério da Educação, o Conselho Nacional de Educação e a representação das instituições de ensino superior, públicas e privadas a inclusão na grade curricular dos cursos de saúde de disciplinas que abordem conhecimentos sobre a prevenção e o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, e, nos cursos de licenciaturas, disciplinas que abordem os determinantes e condicionantes sociais do consumo do álcool e outras drogas, relação com violências, detecção precoce do consumo e suporte para medidas de apoio articuladas e complementares aos serviços de saúde.

Tabaco	
Promoção da Saúde	Apoiar e lançar campanhas pela proibição total da propaganda de cigarros, incluindo: exposição para venda, proibição de venda a menores, publicidade internacional e meios modernos de comunicação, a adoção de embalagens padronizadas e a comercialização, importação e propaganda dos dispositivos eletrônicos para fumar, incluindo o tabaco aquecido.
	Induzir e articular a implementação de medidas regulatórias relacionadas à comercialização, à propaganda, ao consumo e à fiscalização contra a venda de produtos ilegais.
	Mobilizar e articular os poderes e os setores da sociedade com o objetivo de promover o aperfeiçoamento da legislação nacional quanto ao cumprimento da Convenção-Quadro do Controle do Tabaco e seus protocolos.
	Intensificar estratégias intersetoriais de promoção da saúde, prevenção e estímulo à cessação do uso de produtos derivados de tabaco nos estados de fronteiras e naqueles que apresentam maior prevalência de consumo de cigarros ilegais.
	Apoiar e articular ações, no âmbito do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, que englobam estratégias de comunicação, de produção de materiais, de capacitações presenciais ou a distância com ênfase nos fatores de risco e de proteção dirigidas a populações em situação de iniquidade em saúde e em áreas remotas.
Fornecer subsídios para instituição de serviços nacionais de apoio à cessação do tabagismo, com custo coberto, eficaz e para toda a população, incluindo conselhos breves e serviços nacionais de linha gratuita para cessação de tabagismo.	



<p>Atenção Integral à Saúde</p>	<p>Desenvolver estratégias junto às Secretarias de Saúde estaduais, do Distrito Federal e dos municípios para inclusão e ampliação de procedimentos e ações de prevenção e cessação ao uso de produtos fumígenos derivados ou não de tabaco nas respectivas carteiras de serviços da Atenção Primária à Saúde e demais níveis de atenção.</p> <p>Realizar ações integradas com a assistência farmacêutica no cuidado das pessoas tabagistas, com vistas a garantir e ampliar acesso ao programa de cessação do tabagismo, insumos estratégicos e medicamentos.</p> <p>Ampliar o acesso, por meio do fortalecimento de Linhas de Cuidado, ao cuidado integral em todos os níveis de atenção para pessoas em uso de tabaco.</p> <p>Disponibilizar materiais e estratégias para o fortalecimento do controle de tabagismo nas ações desenvolvidas pelos profissionais da APS, dos demais níveis de atenção e da vigilância no território, em parceria com as escolas de educação infantil, ensino fundamental e médio, especialmente em escolas com maioria de estudantes beneficiários de programas de transferência de renda do governo federal e grupos vulneráveis.</p>
<p>Vigilância em Saúde</p>	<p>Monitorar anualmente a prevalência de fumantes na população adulta, contemplando dados sobre consumo de novos produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco, e produtos ilegais.</p> <p>Desenvolver estudos para apoiar a implementação da proibição de aditivos de aroma e sabor em produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco.</p>
<p>Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde</p>	<p>Estimular o desenvolvimento de ambientes saudáveis no trabalho, na escola, na comunidade e nos serviços de saúde no âmbito do SUS, por meio do incentivo a implementação de "ambientes livres de produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco".</p> <p>Fortalecer as ações de prevenção de doenças e agravos em trabalhadores que atuam na plantação de fumo, incluindo orientações sobre culturas alternativas livres de agrotóxicos, os riscos da doença da folha verde do tabaco, saúde mental e prevenção ao suicídio.</p> <p>Estimular a adoção de medidas e leis para proibir o consumo de produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco em áreas abertas tais como praças, parques, florestas, praias, campus universitário.</p> <p>Articular com o Ministério da Educação, o Conselho Nacional de Educação e de Saúde, a inclusão na grade curricular dos cursos de graduação de saúde e licenciaturas, disciplinas que abordem conhecimentos sobre o controle do tabaco, a promoção da saúde e a prevenção do tabagismo.</p>



Alimentação Adequada e Saudável

Estimular o desenvolvimento de ambientes saudáveis no trabalho, na escola, na comunidade e nos serviços de saúde no âmbito do SUS por meio da:

1. Promoção de ações da alimentação saudável e adequada segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira.
2. Implementação de medidas protetivas dos ambientes alimentares, especialmente nas escolas, para contribuir com a redução do consumo de alimentos ultraprocessados e obesidade na primeira infância e adolescência, com base nos Guias Alimentares.
3. Articulação de estratégias para ampliação da produção, da oferta e do acesso de alimentos in natura e minimamente processados produzidos de forma saudável e sustentável.

Implementar guias para promoção da alimentação saudável, conforme condições de saúde e ciclos de vida.

Fortalecer ações de apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar adequada, sustentadas pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, segundo as recomendações do Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos.

Promoção da Saúde

Promover subsídios técnico-científicos e políticos para apoiar a elaboração de medidas regulatórias e fiscais para reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados e estimular o consumo de alimentos in natura e minimamente processados.

Incentivar e apoiar iniciativas estaduais e municipais de regulação de cantinas escolares e outras estratégias de promoção da alimentação adequada e saudável.

Incentivar e apoiar iniciativas estaduais e municipais de amamentação exclusiva até os 6 meses.

Desenvolver estratégias voltadas à redução do consumo de sal e açúcar adicionados, por meio da reformulação de alimentos, rotulagem adequada e campanhas de comunicação.

Incentivar e ofertar subsídios técnicos para a regulação de cantinas escolares voltada à alimentação adequada e saudável dos estudantes.

Incentivar a aquisição de alimentos saudáveis oriundos da agricultura familiar, conforme o Programa Nacional de Alimentação Escolar.

Estimular a produção de alimentos de bases orgânicos e agroecológicos em ambientes urbanos e rurais.

Fortalecer medidas de aprimoramento das normativas referentes à rotulagem nutricional adequada dos alimentos, baseadas em evidências científicas.

Fortalecer a regulamentação da publicidade de alimentos, principalmente destinadas ao público infantil.



Atenção Integral à Saúde	Expandir a implementação na APS e adaptar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil para populações indígenas e outras populações em situação de iniquidade em saúde.
	Elaborar subsídios, por meio de protocolos clínicos, para as intervenções não farmacológicas para controle da obesidade, no que se refere ao controle do ganho de peso, ao consumo alimentar, à atividade física na APS.
	Implementar a linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade e demais estratégias que induzam a organização do processo de trabalho na Rede de Saúde coordenado pela APS.
Vigilância em Saúde	Qualificar o cuidado voltado à criança com obesidade infantil, por meio da elaboração de protocolos clínicos de manejo, qualificação profissional e implementação de medidas efetivas de prevenção e de controle na APS e outras ações intersetoriais, com destaque para a parceria com a educação.
	Aumentar cobertura de Vigilância Alimentar e Nutricional na APS.
	Elaborar indicadores para a obesidade propondo o monitoramento da redução em crianças de 0 a 10 anos e deter o aumento em adultos.
Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde	Monitorar regularmente os indicadores de alimentação e nutrição por meio de sistemas de informação em saúde, estudos e inquéritos populacionais.
	Desenvolver campanhas voltadas à redução do consumo de sal e açúcar adicionados livremente.
Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde	Implementar medidas para prevenção e controle da obesidade infantil na Atenção Primária à Saúde e no âmbito escolar.



Práticas Corporais e Atividade Física

Promoção da Saúde

Subsidiar setores responsáveis com informações sobre a importância e ganhos para a saúde da população com a construção e definição/delimitação de espaços de lazer como praças, parques (áreas verdes urbanas) e áreas livres com estrutura para prática de atividade física com acesso à água potável.

Promover articulação para o aumento da quilometragem de ciclovias e ciclofaixas nas capitais e nos grandes municípios brasileiros.

Estimular o desenvolvimento de ambientes saudáveis no trabalho, na escola, na comunidade e nos serviços de saúde no âmbito do SUS por meio da oferta de serviços voltados à prática de atividade física e do lazer.

Implementar e disseminar guia para promoção da atividade física conforme condições de saúde e ciclos de vida.

Articular com o MEC a garantia da educação física escolar na educação básica da rede pública de ensino, a ampliação do número de escolas com estruturas e equipamentos para a prática de esporte, o fortalecimento de competições esportivas escolares locais, regionais e nacionais e a prática de esportes nas escolas em tempo integral.

Atenção Integral à Saúde

Desenvolver e ofertar iniciativas de educação permanente para instrumentalizar os profissionais da APS para o aconselhamento dos usuários para a prática de atividade física e benefícios à saúde.

Subsidiar programa de atividade física como componente do cuidado na APS e vinculado às equipes de saúde da família, com a garantia de construção ou reforma de espaços físicos para transformá-los em espaço de saúde de uso da APS e da comunidade para a prática de atividade física com orientação de saúde.

Realizar iniciativas de educação permanente para os profissionais da APS para construir competências no desenvolvimento de atividades físicas adaptadas como componentes do cuidado para idosos, pessoas com deficiências e com transtornos psíquicos.

Vigilância em Saúde

Subsidiar gestores públicos, mercado e terceiro setor à tomada de decisão, desenho e implantação de iniciativas para a promoção da atividade física e práticas corporais na população.

Monitorar anualmente a prevalência de atividade física na população adulta brasileira e propor ações para o aumento gradativo.

Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde

Construir subsídios para a implementação de programas de incentivo à atividade física e redução do comportamento sedentário no trabalho nos setores público e privado.

Realizar campanhas nacionais sobre a prática de atividade física e redução do comportamento sedentário, ambientes saudáveis e a relação com as mudanças climáticas.



Poluição Atmosférica

Promoção da Saúde

Subsidiar os Ministérios do Meio Ambiente e do Desenvolvimento Regional, setor privado e sociedade civil para o desenvolvimento de programas nacionais relacionados ao meio ambiente, à energia limpa, às cidades e à sustentabilidade, acesso à água potável voltados à saúde das populações.

Realizar *advocacy* junto às instâncias federais de consulta e decisão nas políticas relacionadas ao meio ambiente, à alimentação, ao esporte, à cultura, à educação e afins sobre a importância da qualidade do ar e a relação com a mortalidade precoce.

Articular intersetorialmente para fortalecer iniciativas de mobilidade ativa, segura, saudável e sustentável nos estados e nos municípios e promover a interlocução de modos de deslocamento garantindo a sustentabilidade e a segurança.

Articular com setores dos governos federal, estadual, municipal e do Distrito Federal a inclusão de pontos voltados às calçadas saudáveis, mobilidades segura, saudável e sustentável, sinalização inteligente e espaços de lazer arborizados nas diretrizes de elaboração dos Planos Diretores das Cidades.

Articulação com o Ministério do Meio Ambiente e demais órgãos do Sistema Nacional de Meio Ambiente (Sisnama) para o contínuo avanço das regulamentações de controle da emissão de poluentes e de ruído, analogamente ao que ocorre nos países mais avançados nessa temática.

Apoiar e subsidiar iniciativas de construção de áreas verdes e demais equipamentos de lazer longe de polos industriais, vias de tráfegos pesados e áreas de queimadas.

Atenção Integral à Saúde

Estruturar e fortalecer a notificação de casos graves de asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (Dpoc).

Implementar estratégias de formação dos profissionais de saúde da APS para a detecção precoce de fatores de risco para as doenças respiratórias, incluindo o câncer de pulmão, e desenho de iniciativas para a redução individual e coletiva deles no território, envolvendo o ciclo de vida.

Vigilância em Saúde

Fortalecer a implementação das normas nacionais e locais de controle da qualidade do ar nos estados, no Distrito Federal e nos municípios, visando ao estabelecimento de ambientes saudáveis e sustentáveis nas cidades e no campo.

Monitorar a mortalidade por DCNT atribuída à poluição do ar, com ênfase em grupos vulneráveis, especialmente os idosos.

Fortalecer o VIGIAR na perspectiva de prevenção de DCNT e promoção de cidades/territórios inteligentes, saudáveis e sustentáveis.

Promover articulação intersetorial para a implantação de mecanismos de informação sobre a qualidade do ar em locais estratégicos nas áreas urbanas.



	<p>Subsidiar a construção e implementação das fases de regulamentação do Programa de Controle de Poluição do ar por Veículos Automotores (Proconve) e do Programa de Controle da Poluição do ar por Motociclos e Veículos similares (Promot).</p> <p>Promover articulação local para inserção de ações de vigilância em saúde e qualidade do ar nos instrumentos de planejamento e gestão do SUS.</p>
Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde	<p>Fomentar abordagens relacionadas aos riscos do uso doméstico de querosene, madeira e carvão em fogões e aquecedores, observando a cultura de comunidades rurais ou a condição de grupos em situação de vulnerabilidade pela APS e vigilância em saúde.</p> <p>Articular com setores do governo federal para realizar campanhas nacionais sobre a qualidade do ar e sua importância para a saúde e prevenção das doenças crônicas.</p>

Violências	
	<p>Realizar ações de Advocacy junto ao Conass, ao Cosems, ao Conasems e à Frente Nacional de Prefeitos para fortalecimento da pauta sobre violência urbana e promoção da cultura da paz na gestão pública.</p>
Promoção da Saúde	<p>Qualificar e apoiar as equipes de APS em ações intersetoriais de enfrentamento à violência doméstica, com atenção às populações em situação de vulnerabilidade e/ou iniquidade e questões referentes à diversidade, a determinantes sociais e ao contexto cultural.</p>
	<p>Fomentar a inclusão no processo de produção de cuidado desenvolvido pelos profissionais da APS abordagens para promoção da cultura de paz envolvendo os ciclos de vida.</p>
	<p>Elaborar em conjunto com Secretarias de Saúde estaduais e do Distrito Federal planejamentos de publicações locais sobre temáticas de suicídio e automutilação contemplando os ciclos de vida e incluindo os relacionados ao trabalho, com objetivo de combater a desinformação e o estigma em torno dos transtornos mentais e do suicídio.</p>
Atenção Integral à Saúde	<p>Desenvolver ações de advocacy junto às Secretarias de Saúde estaduais, do Distrito Federal e dos municípios para inclusão de procedimentos e ações de prevenção de violências nas respectivas carteiras de serviços da Atenção Primária em Saúde.</p>
	<p>Revisar e fortalecer diretrizes clínicas e fomentar a implementação de linhas de cuidado para pessoas em situação de violência e ideação de suicídio contemplando os ciclos de vida e os determinantes relacionados ao trabalho.</p>
	<p>Implementar estratégias de educação permanente de profissionais de saúde para a utilização das diretrizes brasileiras para o diagnóstico e o tratamento de intoxicações por agrotóxicos, especialmente em situações de intoxicação associada à tentativa de suicídio.</p> <p>Fortalecer a rede de atenção psicossocial para o enfrentamento das violências autoprovocadas.</p>



Vigilância em Saúde

Subsidiar a implantação de Núcleos de Prevenção de Violências como estratégia da saúde, incluindo os Dsei, para a construção de redes, a organização de ações e os serviços de prevenção e cuidado às vítimas e aos agressores.

Qualificar a disponibilidade de informações no Sinan sobre quesitos de equidade (raça/cor, identidade de gênero e orientação sexual; comunidades tradicionais, população de rua e demais dados complementares) em relação aos agravos decorrentes de violência interpessoal e autoprovocada.

Monitorar os casos e óbitos por intoxicações exógenas por agrotóxicos, metais pesados, produtos de uso domiciliar, produtos químicos, raticidas e produtos veterinários com verificação de relações com as violências autoprovocadas e com o trabalho.

Incluir os Dsei como unidade notificadora de violência interpessoal e autoprovocada no Sistema do Sinan.

Destinar incentivos financeiros para o desenvolvimento de pesquisas sobre violência, vitimização, suicídio e vulnerabilidades relacionadas a estes agravos.

Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde

Desenvolver e implantar programa de formação dos profissionais de saúde dos Dsei para abordagem, prevenção e cuidado dos indígenas em situação de violência.

Elaborar e disponibilizar para a rede de ensino itinerário formativo para o ensino médio sobre violência e cultura de paz.

Articular com o Ministério da Educação, o Conselho Nacional de Educação e representação das instituições de ensino superior, públicas e privadas, a inclusão na grade curricular dos cursos de saúde de disciplinas que abordem conhecimentos sobre a prevenção e o cuidado às vítimas de violência e tentativas de suicídio, e, nos cursos de licenciatura, disciplinas que abordemos determinantes e condicionantes sociais das violências, incluindo as autoprovocadas, detecção de situações e procedimentos de proteção às vítimas.

Fomentar na vigilância em saúde e na Atenção Primária à Saúde ações intra e intersetoriais de prevenção de violência contra as mulheres, crianças, adolescentes e idosos e de mais populações vulneráveis, observando-se as diversidades, os contextos socioeconômicos, culturais e determinantes sociais e promovendo habilidades sociais e comunitárias para lidar com conflitos, tais como resiliência, comunicação não violenta e fortalecimento de vínculos.



Acidentes

Promoção da saúde

Fomentar e subsidiar programa intersetorial que vise à vigilância integrada, a construção de redes e o envolvimento da sociedade civil para a prevenção de acidentes de trânsito nos municípios.

Fomentar e apoiar iniciativas intersetoriais entre governo, mercado e sociedade civil que priorizem a segurança viária, transporte e trânsito seguros, sinalização, proteção das rodovias, na perspectiva de sistemas seguros, incluindo a especificação de segurança na aquisição de veículos de passeio, transporte de carga e de passageiros.

Implementar estratégias de formação dos profissionais de saúde, da educação e da sociedade civil para a prevenção de acidentes de crianças e idosos, considerando intervenções em comportamentos e abordagens sobre adaptações estruturais dos ambientes abertos (ruas, parques, praças e afins), fechados (casa, escola, unidades de saúde e afins) e mobilidades (deslocamentos).

Realizar ações de advocacy junto a outros ministérios para agenda conjunta de ações intersetoriais que tenha como perspectiva o direito à cidade.

Realizar ações de advocacy junto ao Legislativo para fortalecimento de projetos de lei com propostas voltadas para medidas comprovadamente eficazes na redução da morbimortalidade por acidentes. Advocacy junto a outros ministérios para agenda conjunta de ações intersetoriais que tenha como perspectiva o direito à cidade.

Atenção Integral à Saúde

Implantar no SUS linha de cuidado para as vítimas de acidentes (escalpelamento, queimaduras, ingestão de substâncias tóxicas, afogamento e sufocamento por corpo estranho) com elaboração de protocolos e notificações obrigatória para agravos por escalpelamento.

Ampliar a implantação do Samu em vazios assistenciais com altas taxas de morbimortalidade por causas externas.

Vigilância em Saúde

Implantar o Sistema Nacional de Vigilância de Causas Externas de Morbimortalidade.

Sistematizar e disponibilizar aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios estudos e recomendações com comprovada efetividade de medidas voltadas à prevenção e à redução de acidentes de trânsito nas cidades, englobando zonas urbana e rural.

Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde

Desenvolver e implementar metodologias e estratégias para a população de educação e de comunicação de risco sobre os agravos decorrentes da exposição humana aos contaminantes ambientais, em especial, os agrotóxicos e a poluição do ar.

Desenvolver campanha nacional de mídia sobre a prevenção de acidentes com maior incidência na população incluindo todo o ciclo de vida e observando os tipos de acidentes mais frequentes nas regiões de saúde.



7.3 AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO E CUIDADO FRENTE AO GRUPO DE DCNT

Câncer	
Promoção da Saúde	Realizar campanha nacional sobre os fatores de proteção para os cânceres mais prevalentes e passíveis de prevenção.
	Realizar ações de promoção da saúde e prevenção aos fatores de risco como tabagismo, obesidade, inatividade física, alcoolismo, má alimentação, entre outros, visando à adoção de modos de vida saudáveis.
Atenção Integral à Saúde	Aperfeiçoar o rastreamento do câncer do colo do útero e evoluir do modelo oportunístico para o modelo organizado, com garantia da qualidade do exame, de confirmação diagnóstica, do tratamento de lesões precursoras, com seguimento de acordo com as diretrizes nacionais e a referência dos casos confirmados de câncer para o nível terciário.
	Aperfeiçoar o rastreamento do câncer de mama e evoluir do modelo oportunístico para o modelo organizado, com controle de qualidade da mamografia, confirmação diagnóstica e encaminhamento tempestivo dos casos confirmados de câncer para o nível terciário.
	Garantir o acesso ao diagnóstico e à assistência oncológica por meio do fortalecimento e expansão da rede de tratamento do câncer no SUS.
	Implantar programa nacional de qualidade em mamografia que assegure o monitoramento e a cobertura de pelo menos 70% da rede SUS.
	Ampliar o tratamento radioterápico, revendo parâmetros técnicos e a regionalização da saúde, para superar as desigualdades de acesso nas regiões do País.
	Desenvolver e/ou fortalecer a infraestrutura dos sistemas de informação em saúde, particularmente relacionada à gestão em oncologia, a fim de gerar capacidade adequada de avaliação da qualidade da assistência prestada aos pacientes com câncer.
	Desenvolver e disponibilizar aplicativos para solução de problemas de acesso e orientação em relação aos resultados de exames oncológicos.
	Implementar linhas de cuidado e demais estratégias que induzam a organização do processo de trabalho na APS para a detecção precoce dos cânceres de mama e de colo de útero.
	Promover acesso à capacitação para os profissionais da atenção primária sobre os protocolos e as diretrizes nacionais baseadas em evidências para o cuidado do câncer.
	Fortalecer a informatização nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de modo a promover o acompanhamento, o controle e o seguimento de ações de rastreamento e diagnóstico precoce do câncer.



Implementar estratégias de formação dos profissionais de saúde da APS para a detecção precoce dos cânceres passíveis de rastreamento (colo do útero e de mama) e diagnóstico precoce (câncer de mama, pele, boca, próstata e colorretal).

Desenvolver educação permanente para profissionais de saúde visando à melhoria da qualidade do diagnóstico laboratorial relativos às neoplasias de maior incidência na população.

Promover acesso à capacitação e à atualização em registros de câncer para os profissionais que trabalham nos registros hospitalares de câncer nas unidades e centros habilitados em alta complexidade em oncologia.

Vigilância em Saúde

Realizar/incentivar a pesquisa baseada em evidências e/ou inquéritos populacionais, necessária para aumentar o conhecimento sobre o câncer e seus fatores de risco.

Desenvolver e atualizar programas nacionais de controle do câncer, adaptados ao contexto socioeconômico e destinados a reduzir a incidência, prevalência e mortalidade por câncer.

Incentivar estados e municípios a registrarem o campo “ocupação” nos sistemas de informação sobre câncer.

Estimular e ampliar a notificação de câncer relacionado ao trabalho no Sinan.

Desenvolver pesquisas sobre as relações entre os fatores de risco ambientais e cânceres.

Desenvolver e/ou fortalecer sistemas de informação em saúde para a vigilância de cânceres, a fim de criar capacidade adequada para avaliação do impacto deles sobre a população, e a implementação eficaz de programas de prevenção e controle, incluindo serviços diagnósticos e monitoramento da qualidade dos exames de rastreamento.

Apoiar a estruturação e o fortalecimento da vigilância proativa e oportuna de populações expostas a químicos perigosos, como agrotóxicos e metais pesados, por trabalhadores e populações rurais, ribeirinhas, pescadores, quilombolas e outros grupos vulneráveis.

Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde

Aumentar a cobertura vacinal de HPV em meninas com idade de 9 a 14 anos e para meninos com idade de 11 a 14 anos em articulação com as redes pública e particular de ensino.

Fortalecer projetos terapêuticos para pessoas com diabetes *mellitus* abrangendo iniciativas na APS sobre atividade física, alimentação saudável, cessação do uso de tabaco e derivados, estímulo ao autocuidado e adesão ao tratamento.



Diabetes mellitus

Promoção da Saúde

Estimular e apoiar implementação de medidas intersetoriais voltadas à redução do consumo de alimentos ultraprocessados, açúcar, álcool e produtos fumíferos derivados ou não de tabaco e aumento da prática de atividade física relacionadas à promoção da saúde.

Atenção Integral à Saúde

Aumentar a cobertura na APS de serviços de identificação, manejo e acompanhamento da pessoa com diabetes *mellitus* (DM) e com dificuldade na acuidade visual.

Aumentar a cobertura na APS de serviços de detecção, acompanhamento e controle de diabetes *mellitus* tipo 2 em adultos assintomáticos.

Garantir cuidados preventivos com os pés para pessoas com diabetes, incluindo educação em saúde, autocuidado e acesso a calçados adequados.

Garantir triagem de retinopatia diabética para todos os pacientes com diabetes e fotocoagulação a laser para prevenção da cegueira.

Promover na APS o controle glicêmico eficaz para pessoas com diabetes em conjunto com monitoramento doméstico, padrão de glicose para pessoas tratadas com insulina para reduzir as complicações do diabetes.

Elaborar estratégias para a implantação de serviços de tratamento para controle do diabetes abrangendo controle do peso, padrão alimentar, promoção de atividade física, redução do consumo de açúcar livre e do açúcar contido nos alimentos e uso racional e adequado de medicamentos na APS e nos Caps.

Vigilância em Saúde

Elaborar e implementar o monitoramento do diabetes *mellitus* (DM) nos diferentes níveis de atenção do SUS.

Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde

Fortalecer projetos terapêuticos para pessoas com diabetes *mellitus* abrangendo iniciativas na APS sobre atividade física, alimentação saudável, cessação do uso de tabaco e derivados e autocuidado.

Estimular o diagnóstico precoce do diabetes *mellitus* (DM) para início precoce do tratamento, diminuindo o avanço das complicações relacionadas à doença.



Doenças cardiovasculares

Promoção da Saúde

Promover articulações intersetoriais para a implantação nacional de iniciativas articuladas com os serviços públicos de saúde, segurança pública, educação, meio ambiente e assistência social, mercado e o terceiro setor para aumento da prática de atividade física, consumo de alimentos saudáveis, redução do tabagismo e consumo de álcool na população.

Atenção Integral à Saúde

Fortalecer projetos terapêuticos para pessoas com doenças cardiovasculares abrangendo iniciativas na APS sobre atividade física, alimentação saudável, cessação do uso de produtos fumígenos derivados ou não de tabaco e autocuidado.

Fomentar a implantação da meditação pelas equipes de APS visando ao controle da pressão arterial no grupo de hipertensos.

Aumentar a cobertura na APS de serviços de identificação, manejo e acompanhamento da pessoa com hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia e com dificuldade na acuidade visual.

Aumentar a cobertura na APS de serviços de detecção, acompanhamento e controle de HAS e dislipidemia em adultos assintomáticos.

Implantar protocolos para tratamentos e para agilizar a transferência e o transporte dos portadores de síndrome coronariana aguda e acidente vascular encefálico.

Qualificar os profissionais do atendimento pré-hospitalar, de urgência e de emergência para identificação e atendimento ao acidente vascular encefálico (AVE) e infarto agudo do miocárdio (IAM).

Divulgar para a população conhecimentos referentes à identificação precoce do IAM e AVE.

Incentivar o aconselhamento para indivíduos que tiveram infarto agudo do miocárdio (IAM) ou acidente vascular encefálico (AVE) ou que tenham alto risco de eventos cardiovasculares nas abordagens realizadas em todos os níveis de atenção à saúde.

Vigilância em Saúde

Elaborar proposta de monitoramento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e dislipidemias nos diferentes níveis de atenção do SUS.

Subsidiar a inclusão de medidas de pressão arterial e dislipidemia nas pesquisas de base populacional.

Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde

Aumentar na APS a cobertura de serviços de rastreamento e identificação de risco cardiovascular global (RCVG) visando à realização de escore para estratificação de risco cardiovascular.



Doenças respiratórias crônicas

Promoção da Saúde

Promover articulações intersetoriais para a criação e a viabilização de alternativas para o uso de combustíveis sólidos para energia doméstica.

Promover iniciativas intersetoriais que impactem na redução da influência de agentes ambientais e relacionados ao trabalho nas causas e agravamentos das doenças respiratórias crônicas (DRC).

Atenção Integral à Saúde

Garantir nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) esteroides inalatórios e outros medicamentos que constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) para o tratamento das doenças respiratórias crônicas e de antibióticos, para o caso de infecção associada, que estão incluídos no componente básico da assistência farmacêutica.

Aumentar na APS a cobertura de serviços de rastreamento e identificação de risco cardiovascular global (RCVG) visando à realização de escore para estratificação de risco cardiovascular, além de estimular o desenvolvimento de hábitos e modos de vida saudáveis e adesão ao tratamento.

Ampliar o acesso, por meio do fortalecimento de Linhas de Cuidado, ao cuidado integral em todos os níveis de atenção para pessoas com doenças respiratórias crônicas.

Promover ações de educação permanente para a construção de habilidades, competências e cuidado interdisciplinar dos profissionais da APS na prevenção e no manejo de doenças crônicas respiratórias mais prevalentes: asma, Dpoc, tosse crônica, apneia obstrutiva do sono, dispnéia, nódulos pulmonares.

Vigilância em Saúde

Monitorar a mortalidade por DRC, com atenção à faixa etária de 50 a 69 anos.

Realizar pesquisas sobre a prevalência das DRC na população acima de 18 anos e mais.

Subsidiar a elaboração e a aplicação e promover o monitoramento de padrões e medidas para diminuição da poluição do ar em ambientes internos (Qualidade do Ar Interno).

Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde

Desenvolver ações de educação em saúde sobre problemas provocados pelo uso de combustíveis sólidos para energia doméstica, o tabagismo e o fumo passivo em relação às DRC.

Ampliar o alcance das campanhas de vacinação contra doenças respiratórias como influenza e pneumonia a pessoas com doenças respiratórias crônicas.



SUGESTÕES PARA USOS DO PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL, 2021-2030

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 representa o recorte estratégico da agenda nacional para os temas, atrelado aos indicadores e às metas que, se melhorados e alcançados, promoverão no País grande impacto na redução da morbimortalidade por DCNT e nas incapacidades e mortes ocasionadas pelos agravos. Possui forte potencial para fortalecer ou (re)organizar processos de trabalho a partir da construção de novas competências profissionais, arranjos favoráveis às ações intersetoriais e em rede e inovação para a promoção da saúde.

Mais que intencionalidades, as metas do Plano de Dant orientarão as ações na área por uma década, com perspectiva de tornarem-se pontos de interlocução entre as esferas de gestão do SUS, apoio para a definição de subsídios técnicos e financeiros para a vigilância em saúde para fortalecê-la nas áreas de Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada, Ciência e Tecnologia e Gestão do Trabalho e Educação em Saúde no Sistema Único de Saúde.

Nesta perspectiva, o Plano de Dant reafirma o diálogo com as principais políticas de saúde, demais normativas institucionais e acordos internacionais correlatos as suas metas (Quadro 3).



Quadro 3 – Normativas e acordos institucionais com os quais o Plano de Dant 2021-2030 possui interlocução

Documento	Link de acesso	
Portaria MEC n.º 1.570, de 20 de dezembro de 2017. Base Nacional Comum Curricular do Ensino Médio.	http://basenacionalcomum.mec.gov.br/abase/#medio	
Decreto Presidencial n.º 5.658, de 2 de janeiro de 2006. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.	https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/convencao-quadro-para-o-controle-tabaco	
Lei n.º 13.819, de 26 de abril de 2019. Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio.	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm	
Resolução Contran n.º 514, de 18 de dezembro de 2014. Política Nacional de Trânsito.	https://antigo.infraestrutura.gov.br/resolucoes-contran.html	
Leis, políticas e diretrizes republicadas nas Portarias de Consolidação GM/MS, n.ºs 2 e 3/2017.		
Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em saúde mental	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html	
Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas		
Política Nacional de Atenção Básica		
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança		
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa		
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem		
Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares		
Política Nacional de Promoção da Saúde		
Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências		
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres		
Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência		
Política Nacional de Alimentação e Nutrição		
Política Nacional de Vigilância em Saúde		
Política Nacional de Medicamentos		
Política Nacional de Assistência Farmacêutica		
Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora		http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html
Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer		
Política Nacional de Saúde Bucal		
Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde		
Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio		
Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc003_03_10_2017.html	
Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS)		

Fonte: Elaboração própria.



A implementação do Plano de Dant é apoiada pelo Ministério da Saúde por meio de espaços de governança e monitoramento das ações, com responsabilidades compartilhadas nos processos de gestão.

Com o objetivo de garantir abrangência do escopo e reforçar o Plano de Dant como instrumento de apoio ao planejamento para os temas sobre os quais trata, recomenda-se aos entes federados reforçar seus objetivos com base em quatro dimensões estruturantes do processo de organização, produção de ações e serviços e gestão na saúde apresentada a seguir:

- 1. Educação Permanente em Saúde voltada aos temas e às estratégias de implementação do Plano de Dant** – Trata-se de garantir as temáticas nos planos estaduais e/ou municipais de Educação Permanente em Saúde (EPS), com lastro de formação para a construção e o reforço de competências e habilidades dos profissionais de saúde para abordagem e produção do cuidado frente às DCNT e aos agravos. Incluem-se entre as habilidades e competências a construção de iniciativas intersetoriais, a organização e a produção de informações para pautar e/ou subsidiar as decisões técnicas e políticas e a mobilização da comunidade, tanto para apoiar a (re)organização dos serviços na APS e vigilância em saúde que garantam abordagens diante das DCNT e dos agravos como para demandar a gestão pública a aplicação e o acompanhamento do Plano nos estados, no Distrito Federal e nos municípios.
- 2. Implantação e fortalecimento dos serviços de saúde voltados à prevenção das DCNT e dos agravos (violências e acidentes)** – As ações de prevenção dos fatores de risco para as DCNT e para os agravos devem fazer parte dos constructos que caracterizam a vigilância em saúde e a Atenção Primária à Saúde. Para tanto, um passo anterior é promover a integração destas duas áreas com construção e compartilhamento do mesmo planejamento. Um arranjo que desponta no movimento de integração proposto é a organização da vigilância em saúde na rede de saúde local, percorrendo todos os níveis de atenção. Média e alta complexidades devem ser envolvidas na perspectiva de uma rede para atenção e cuidado das pessoas com DCNT e as vítimas de agravos. Perguntas como “quais as entregas da vigilância em saúde e da APS para enfrentamento das DANT?”; “quais processos de trabalho precisam ser estabelecidos ou revistos para garantir as ações propostas pelo plano de Dant em todos os níveis de atenção à saúde?” e “quais as habilidades e competências são necessários ao desenvolvimento das ações do Plano de Dant?” precisam ser respondidas se a decisão de implementar o plano for tomada.



3. Construção de parcerias multissetoriais – As DCNT e os agravos estão fortemente relacionados aos determinantes sociais da saúde que, por si, retratam a complexidade dos fenômenos e trazem para a abordagem dos fatores de risco e proteção, componentes econômicos, sociais, políticos e culturais. De forma semelhante, as violências são retratadas sob a profunda influência desses determinantes, além do gênero e cor da pele. Uma ação voltada à prevenção de acidentes requer reestruturações e parcerias para além do setor saúde. Há muito foi pontuada a necessidade de a saúde transcender ao seu escopo e irmanar-se com outras políticas, acrescentando seu objetivo de forma a sintonizá-lo com outros que lhes são comuns. Espera-se que o Plano de Dant incentive e subsidie iniciativas com multissetores que envolvam a gestão pública, o mercado e o terceiro setor. As ações propostas no Plano de Dant versam, essencialmente, sobre a necessidade de articulação para alcance das suas metas, que interferirá nos indicadores de outras políticas como educação, trânsito, assistência social e segurança pública.

4. Desenvolvimento de capacidades e habilidades para a geração e uso de informações – A informação é um dos principais recursos de trabalho na saúde pública. Seja para relatar, descrever ou definir, as informações em saúde devem ser, por natureza, funcionais e utilizáveis. Nacionalmente, os sistemas de informação e os grandes inquéritos, como a Pesquisa Nacional de Saúde, (PNS), a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), o sistema de Vigilância de Fatores de Risco para doenças crônicas não transmissíveis (Vigitel), buscam responder aos indicadores formulados em âmbito global e nacional. No âmbito local, o acompanhamento desses indicadores, assim como daqueles formulados localmente é imprescindível para avaliar e nortear as ações e os serviços. Recomenda-se manter o banco de dados atualizados e melhorar o preenchimento das fichas de notificação (preenchimento de todos os campos).

Além de melhorar as informações em saúde é possível avançar com a interoperabilidade de dados, eficaz para compor um conjunto coeso e completo de informações que podem demonstrar indicadores da situação de saúde e sua relação com outros indicadores sociais. Para o enfrentamento das Dant são análises interessantes: verificar ausência de alunos nas escolas por problemas de saúde, a relação entre acidentes de trânsito e consumo de álcool, violência, gênero e escolaridade, gravidez na adolescência e abandono escolar etc. Além de ser capaz de produzir uma análise de situação de saúde, é fundamental saber comunicar a informação e utilizá-la para advogar em prol das ações do Plano de Dant. Esta ação deve ser acompanhada da informatização da saúde, tanto no que diz respeito ao aumento do acesso a computadores conectados com a rede de internet quanto a automação do máximo de processos possíveis para facilitar e agilizar o trabalho dos profissionais no dia a dia.



A cada avaliação do Plano de Dant essas dimensões estarão presentes para balizar o processo e ajudar a localizar e articular o conjunto de iniciativas desenvolvidas para implementação dele no País.

Ao Ministério da Saúde, em parceria com os demais entes federados, caberá:

- a. Prestar apoio técnico e subsídios para implementação, monitoramento, revisão e avaliação do Plano de Dant.
- b. Dinamizar a agenda do plano e agendas convergentes para manter em alta as discussões pertinentes ao alcance das metas.
- c. Desenvolver e apoiar iniciativas de educação permanente voltadas à construção de competências e habilidades para elaboração e respostas aos indicadores em saúde a nível estadual e municipal.
- d. Incentivar a criação de redes multissetoriais.
- e. Fortalecer a vigilância de Dant integrada.
- f. Apoiar a inclusão das ações e metas do Plano de Dant nos respectivos planos de saúde e nos planos de educação permanente dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.
- g. Desenvolver e apoiar pesquisas sobre a implementação do Plano de Dant e seus resultados à saúde da população brasileira.
- h. Manter as ações e as metas do plano atualizadas e alinhadas com as políticas, as diretrizes e os acordos internacionais dos quais o País é signatário.
- i. Organizar a vigilância de Dant nas redes de atenção à saúde.
- j. Articular com a saúde suplementar para apoio às ações e às metas do Plano de Dant.

As metas do Plano de Dant podem ser monitoradas pelos sistemas de saúde e inquiridos nacionais. É importante destacar que elas otimizam o monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionados à saúde e à prevenção de acidentes e de violências.



Porém, é importante incluir metas locais e referentes às demais ações do Plano de Dant que não são captadas pelos sistemas de informação em saúde e os estudos nacionais. A oportunidade de incluir metas em resposta às realidades locais pode favorecer a cobertura do monitoramento das ações de interesse.

A recomendação é que os estados e o DF elaborem ou incluam no planejamento vigente metas para a cobertura de municípios que serão sensibilizados para implementação do plano de Dant, para o envolvimento da sociedade civil, para a articulação intersetorial, para a implementação de programas, para a educação permanente, para as publicações, para as campanhas e para a cobertura das ações propostas.

Orienta-se que o Plano de Dant seja apresentado e acompanhado junto aos conselhos de saúde, às Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e aos Intergestores Regionais (CIR), na perspectiva de se construir a governança do planejamento para o Plano de Dant com a participação de gestores e trabalhadores em saúde das esferas de gestão do SUS.

A implementação do Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 é um compromisso compartilhado por todas as esferas de gestão do SUS. Compõe a agenda da saúde para a vigilância e a prevenção das Dant e a promoção da saúde nos próximos dez anos.



REFERÊNCIAS

AMBROSE, A. F.; PAUL, G.; HAUSDORFF, J. M. Risk factors for falls among older adults: a review of the literature. **Maturitas**, Amsterdam, v. 75, n. 1, p. 51-61, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.02.009>. Disponível em: [https://www.maturitas.org/article/S0378-5122\(13\)00054-6/fulltext](https://www.maturitas.org/article/S0378-5122(13)00054-6/fulltext). Acesso em: 28 maio 2021.

ANDRADE, L. H. *et al.* Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. **PLoS One**, [s. l.], v. 7, n. 2, p. e31879, 2012.

BRASIL. Ministério da Economia; IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 85 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Informações de Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade**. Brasília, DF: MS, 2018. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br>. Acesso em: 29 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Mortalidade – desde 1996 pela CID-10**. Brasília, DF: MS, 2018. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pela-cid-10>. Acesso em: 29 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**: Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº 96, seção 1E, de 18 de maio de 2001. Brasília, DF: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed., 1. reimpr. Brasília, DF: MS, 2014. 156 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas



por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Brasília, DF: MS, 2020a. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/27/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf>. Acesso em: 28 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva**: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2010. Brasília, DF: MS, 2011. 152 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Viva Inquérito 2017**: Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência – Capitais e Municípios. Brasília, DF: MS, 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_inquerito_2017_1ed_2019.pdf. Acesso em: 30 dez. 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão; IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. 130 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv50063.pdf>. Acesso em: 6 out. 2021.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão; IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 132 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>. Acesso em: 6 out. 2021.

BRAY, F. *et al.* Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: a cancer journal for clinicians**, New York, v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30207593/>. Acesso em: 28 maio 2021.



DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 21, n. 4, p. 529-532, 2012.

GARBIN, C. A. S. *et al.* Percepção e atitude do cirurgião-dentista servidor público frente à violência intrafamiliar em 24 municípios do interior do estado São Paulo, 2013-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 25, n. 1, p. 179-186, 2016. DOI 10.5123/S1679-49742016000100019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/bmshDYwgrjYTcFbsqsCPWpd/?lang=pt>. Acesso em: 30 maio 2021.

GUTHOLD, R. *et al.* Tendências mundiais na atividade física insuficiente de 2001 a 2016: uma análise conjunta de 358 pesquisas de base populacional com 1,9 milhões de participantes. **A saúde global da lanceta**, [s. l.], v. 6, n. 10, p. e1077-e1086, 2018.

HESLOP, K. R.; WYNADEN, D. G. Impact of falls on mental health outcomes for older adult mental health patients: an Australian study. **International Journal of Mental Health Nursing**, Carlton, Vic., v. 25, n. 1, p. 3-11, 2016.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 111 p.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. **About GBD**: the Global Burden of Disease: a critical resource for informed policymaking. Seattle: IHME, 2019. Disponível em: <http://www.healthdata.org/gbd/about>. Acesso em: 1 jan. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA; BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativa 2019**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>. Acesso em: 1 jan. 2021.

KIND, L. *et al.* Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1805-1815, 2013. DOI 10.1590/0102-311X00096312. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sfWwVSXcjQzzbDH3vyWv3KC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 maio 2021.

LEITE-CAVALCANTI, C. *et al.* Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 11, n. 6, p. 865-877, 2009.



LEMOS, C. A. G.; JORGE, M. T.; RIBEIRO, L. A. Perfil de vítimas e tratamento de lesões por causas externas segundo atendimento pelo Centro de Reabilitação Municipal de Uberlândia, MG – Causas externas e fisioterapia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 482-492, 2013.

MALTA, D. C. *et al.* Mortalidade por doenças cardiovasculares segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade e as estimativas do Estudo Carga Global de Doenças no Brasil, 2000-2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 115, n. 2, p. 152-160, 2020.

MCMINN, D.; FERGUSSON, S. J.; DALY, M. Does pride really come before a fall? Longitudinal analysis of older English adults. **BMJ: British Medical Journal**, London, v. 359, p. j5451, 2017. DOI 10.1136/bmj.j5451. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/359/bmj.j5451>. Acesso em: 30 maio 2021.

MELEIRO, A. M. A. da S.; CORREA, H. Suicide and Suicidality in Women. *In*: RENNÓ JUNIOR, J. *et al.* (ed.). **Women's Mental Health: a clinical and evidence-based guide**. Switzerland: Springer Nature, 2020. p. 17-29.

MORAIS NETO, O. L. *et al.* Regional disparities in road traffic injuries and their determinants in Brazil, 2013. **International Journal for Equity in Health**, Londres, v. 15, p. 142, Nov. 2016.

NICOLUSSI, A. C. *et al.* Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas: revisão integrativa da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 723-730, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mcsDty596hhWH73mgsZyP7H/?lang=pt>. Acesso em: 28 maio 2021.

NORHEIM, O. F. *et al.* Avoiding 40% of the premature deaths in each country, 2010–30: review of national mortality trends to help quantify the UN Sustainable Development Goal for health. **The Lancet**, London, v. 385, n. 9964, p. 239-252, 17 Jan. 2015.

OLIVEIRA, D. F. *et al.* Os radares fixos modificam o comportamento relacionado à velocidade excessiva dos condutores em áreas urbanas?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, p. 208-218, 2015. Suplemento 1.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório de status global sobre álcool e saúde 2018**: resumo executivo. Genebra: OMS, 2018.



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório global da OMS sobre tendências na prevalência do uso de tabaco 2000-2025**. Genebra: OMS, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**: resumo. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf%3Bjse. Acesso em: 30 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Sistemas alimentares e nutrição**: a experiência brasileira para enfrentar todas as formas de má nutrição. Brasília, DF: OPAS, 2017.

PEDROSA, M.; ZANELLO, V. (In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental. **Psicologia**: teoria e pesquisa, Brasília, DF, v. 32, p. 1-8, 2016. Número especial. DOI 10.1590/0102-3772e32ne214. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/8DzJKKXHyL9kbgddQ9Ns9Xd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 maio 2021.

PIMENTEL, W. R. T. *et al.* Quedas com necessidade de procura de serviços de saúde entre idosos: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. e00211417, 2018.

SILVA, L. E. L.; OLIVEIRA, M. L. C. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 25, n. 2, p. 1-2, 2016. DOI 10.5123/S1679-49742016000200012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/Qjzmx9JzZsqGSqL4gDBZdxF/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 30 maio 2021.

SILVA, M.; OYAMA, S. M. R.; SANCHEZ, F. F. S. Dispositivos de segurança para crianças em veículos motorizados: prevenção de morbi-mortalidade. **Perspectivas Médicas**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 9-15, maio/ago. 2016.

SIMÕES, C. C. da S. **Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil**: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília, DF: OPAS/OMS, 2002. 141 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perfis.pdf>. Acesso em: 30 maio 2021.

SOUZA, M. C. *et al.* A curva da epidemia do tabaco no Brasil: para onde vamos?. **Cancer Epidemiology**, [s. l.], v. 67, p. 101736, 2020.



TOO, L. S. *et al.* The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 259, p. 302-313, 1 Dec. 2019.

UNITED NATIONS. Office on Drugs and Crimes. **Global study on homicide: executive summary**. Vienna: UNODC, 2019. *E-book*. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/gsh/Booklet1.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2020.

UNITED NATIONS. Office on Drugs and Crime. **International Classification of Crime for Statistical Purposes: version 1.0**. Vienna: UNODC, Mar. 2015. *E-book*. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/crime/ICCS/ICCS_English_2016_web.pdf. Acesso em: 15 set. 2021

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

VIANA, M. C.; CORASSA, R. B. Epidemiology of Psychiatric Disorders in Women. *In*: RENNÓ JUNIOR, J. **Women's Mental Health: a clinical and evidence-based guide**. Switzerland: Springer Nature, 2020. p. 17-29.

VISSCHEDIJK, J. H. *et al.* Longitudinal follow-up study on fear of falling during and after rehabilitation in skilled nursing facilities. **BMC Geriatrics**, London, v. 15, p. 161, 2015. DOI 10.1186/s12877-015-0158-1. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26637334/>. Acesso em: 30 maio 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **"Best Buys" and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases: Updated (2017) Appendix 3 Of The Global Action Plan For The Prevention And Control Of Noncommunicable Diseases 2013-2020**. [s. l.]: WHO, [2013]. Disponível em: https://www.who.int/ncds/management/WHO_Appendix_BestBuys.pdf. Acesso em: 20 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Draft comprehensive global monitoring framework and targets for the prevention and control of noncommunicable diseases: Sixty-Sixth World Health Assembly**. Geneva: WHO, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on non-communicable diseases 2010**. Geneva: WHO, 2011.



WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on road safety 2018**.
Geneva: WHO, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health topics**: Chronic diseases. Geneva:
WHO, 2013. Disponível em: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/.
Acesso em: 1 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide**. 17 jun. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Acesso em: 28 maio 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO report on cancer**:
setting priorities, investing wisely and providing care for all.
[s. l.]: WHO, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330745;jsessionid=2722B5EBF3812CFF2E489833DF9EE9A8>.
Acesso em: 18 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on ageing and health**.
Geneva: WHO, 2015.

Conte-nos o que pensa sobre
esta publicação.
Clique aqui e responda
a pesquisa.



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsm.s.saude.gov.br



DISQUE SAÚDE **136**

Autenticado eletronicamente, após conferência com original.
<https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/?codArquivoTeor=2471438>



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal

2471438

PORTARIA GM/MPI Nº 335, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2023

Institui Grupo de Trabalho Técnico com a finalidade de elaborar o Plano de Ação do Governo Federal para o Projeto Guardiãs.

A MINISTRA DE ESTADO DOS POVOS INDÍGENAS, no uso da atribuição que lhe confere o art. 87, parágrafo único, inciso I e II, da Constituição Federal, resolve:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Ministério Dos Povos Indígenas, o Grupo de Trabalho Técnico a ser coordenado pela Secretaria de Articulação e Promoção dos Direitos dos Povos Indígenas (SEART), com as seguintes atribuições:

I - propor ações, políticas e programas transversais de participação política, autonomia econômica e prevenção às violências voltados para as mulheres indígenas, a serem executados pelos órgãos competentes da administração pública federal;

II - propor estratégias de articulação, cooperação e operacionalização de políticas públicas de formação, qualificação e incentivo a lideranças indígenas e defensoras de direitos humanos no âmbito do Projeto Guardiãs;

III - promover o diálogo intersetorial no âmbito governamental e com atores da sociedade civil voltado para a promoção dos direitos dos povos indígenas na política de gênero e sua inclusão;

IV - propor articulação, promoção e execução de programas de cooperação com organismos nacionais e internacionais, públicos e privados, para a implementação de políticas para as mulheres indígenas.

Art. 2º Serão convidados a participar do Grupo de Trabalho Técnico representantes de organizações da sociedade civil, de empresas públicas e as entidades governamentais indicadas pelos seguintes órgãos e entidades:

I - Ministério dos Povos Indígenas;

II - Ministério das Mulheres;

III - Articulação Nacional das Mulheres Indígenas Guerreiras da Ancestralidade - ANMIGA.

Art. 3º O Grupo de Trabalho Técnico tem o prazo de noventa dias, contados a partir da publicação desta portaria, para apresentar à Ministra de Estado dos Povos Indígenas o relatório final com proposta de plano de ação que contemple as contribuições dos atores envolvidos.

Parágrafo único: O prazo para conclusão dos trabalhos poderá ser prorrogado por uma única vez, em igual período, mediante apresentação de justificativa e autorização prévia da Ministra dos Povos Indígenas.

Art. 4º A participação no Grupo de Trabalho Técnico será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

SONIA GUAJAJARA

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.



DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 13/05/2024 | Edição: 91 | Seção: 1 | Página: 179

Órgão: Ministério dos Povos Indígenas/Gabinete da Ministra

PORTARIA MPI Nº 144, DE 7 DE MAIO DE 2024

Prorroga as atividades do Grupo de Trabalho instituído no âmbito do Ministério dos Povos Indígenas, com a finalidade de elaborar o Plano de Ação do Governo Federal para o Projeto Guardiãs.

A MINISTRA DE ESTADO DOS POVOS INDÍGENAS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pelo art. 87 da Constituição Federal, resolve:

Art. 1º Prorrogar, por mais 90 (noventa) dias, o prazo concedido às atividades do GT instituído com a finalidade de elaborar o Plano de Ação do Governo Federal para o Projeto Guardiãs, conforme previsto na Portaria GM/MPI nº 355, de 22 de dezembro de 2023.

Art. 2º Reconduzir os órgãos e as entidades previstos no art. 2º da Portaria GM/MPI nº 335, de 26 dezembro de 2023.

Art. 3º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

SONIA GUAJAJARA

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.



PORTARIA CONJUNTA MPI/MM Nº 1, DE 7 DE MARÇO DE 2024

Institui o Programa Mulheres Indígenas Tecendo o Bem Viver no âmbito do Ministério dos Povos Indígenas e do Ministério das Mulheres.

AS MINISTRAS DE ESTADO DOS POVOS INDÍGENAS E DAS MULHERES, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pelo art. 87, parágrafo único, inciso II da Constituição Federal e tendo em vista o disposto no Decreto nº 11.355 de 1º de janeiro de 2023 e Decreto nº 11.351, de 1º de janeiro de 2023, resolvem:

Art. 1º Instituir, no âmbito dos Ministérios dos Povos Indígenas e das Mulheres, o Programa Mulheres Indígenas Tecendo o Bem Viver, que tem por objetivos:

I - Apoiar coletivos de mulheres indígenas para ampliar a sua visibilidade, autonomia financeira, modos de vidas e as cosmovisões indígenas;

II - Fomentar iniciativas socioeconômicas de impacto local, regional ou nacional, promovidas por coletivos de mulheres indígenas;

III - Salvaguardar os saberes e as práticas tradicionais dos povos indígenas a partir do fortalecimento e gestão de coletivos de mulheres indígenas;

IV - Incentivar o protagonismo das mulheres indígenas e de suas organizações;

V - Fortalecer redes de proteção e ação coletiva entre mulheres indígenas visando a promoção, a garantia de direitos e a prevenção às violências;

Art. 2º São princípios que orientam o Programa Mulheres Indígenas Tecendo o Bem Viver:

I - O respeito ao bem viver dos povos indígenas;

II - A garantia da cidadania intercultural;

III - A promoção do acesso à políticas públicas específicas e aos direitos de cidadania;

IV - O respeito à autodeterminação dos povos indígenas e seu reconhecimento como sujeitos de direito, a quem deve ser assegurada a participação nos processos decisórios sobre sua própria vida e questões coletivas a elas pertinentes;

V - O respeito à diversidade étnica dos povos indígenas;

VI - O fomento à autonomia, respeito e valorização das mulheres indígenas na defesa de seus direitos;

VII - A promoção da justiça de gênero, incentivando a participação direta das mulheres indígenas na tomada de decisões;

VIII - O fortalecimento da atuação socioeconômica, política e cultural das mulheres indígenas.

Art. 3º O Programa Mulheres Indígenas Tecendo o Bem Viver será coordenado pelo Ministério dos Povos Indígenas, por meio da Secretaria Nacional de Articulação e Promoção de Direitos Indígenas, em conjunto e em parceria com o Ministério das Mulheres.

Art. 4º Poderão ser realizadas reuniões técnicas e consultas públicas ou constituídos grupos de trabalho para apoio e subsídio à proposição e implementação de ações relacionadas ao Programa Mulheres Indígenas Tecendo o Bem Viver.

Art. 5º Os recursos para execução do Programa Mulheres Indígenas Tecendo o Bem Viver poderão ser provenientes de origens diversas, como dotações do Orçamento Anual, doações e projetos de cooperação técnica nacional e internacional, fundos voltados ao meio ambiente e recursos decorrentes da conversão de multas, entre outras possíveis fontes e parcerias.



Art. 6º O Programa Mulheres Indígenas Tecendo o Bem Viver terá abrangência nacional, alcançando todos os biomas brasileiros.

Art. 7º O Ministério dos Povos Indígenas e Ministério das Mulheres poderão expedir outros atos normativos que julgarem necessários para o cumprimento e implementação do Programa Mulheres Indígenas Tecendo Redes do Bem Viver.

Art. 8º O Ministério dos Povos Indígenas e Ministério das Mulheres apresentarão, no prazo de 180 dias, plano de ações e a regulamentação do Programa Mulheres Indígenas Tecendo Redes do Bem Viver.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

SONIA GUAJAJARA

Ministra de Estado dos Povos Indígenas

APARECIDA GONÇALVES

Ministra de Estado das Mulheres

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.





Série Planejamento Nacional

Agenda Transversal Povos Indígenas

PPA 2024-2027



MINISTÉRIO DOS
POVOS INDÍGENAS

MINISTÉRIO DO
PLANEJAMENTO
E ORÇAMENTO



Autenticado eletronicamente, após conferência com original.
<https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/?codArquivoTeor=2471438>

2471438



Autenticado eletronicamente, após conferência com original.
<https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/?codArquivoTeor=2471438>

Ficha Técnica

Ministra de Estado do Planejamento e Orçamento

Simone Nassar Tebet

Secretário-Executivo

Gustavo José de Guimarães e Souza

Secretário Executivo Adjunto

Márcio Luiz de Albuquerque Oliveira

Secretário de Orçamento Federal

Paulo Roberto Simão Bijos

Secretária de Assuntos Internacionais e Desenvolvimento

Renata Vargas Amaral

Secretário de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas e Assuntos Econômicos

Sergio Pinheiro Firpo

Secretário de Articulação Institucional

João Víctor Villaverde de Almeida

Secretária Nacional de Planejamento Substituta

Virgínia de Ângelis Oliveira de Paula

Chefe de Gabinete

Riane Ribeiro Carvalho

Subsecretária de Coordenação do Sistema de Planejamento

Estela Alves de Medeiros

Subsecretário de Planejamento de Longo Prazo

Vinicius Pereira Andrade

Subsecretário de Programas das Áreas Econômicas e Especiais

Hugo Torres do Val

Subsecretário de Programas Sociais, Áreas Transversais e Multissetoriais e Participação Social

Danyel Iório de Lima

Subsecretária de Programas de Infraestrutura e Planejamento Territorial

Flávia Pedrosa Pereira

Assessoria

Ariel Cecilio Garces Pares



Equipe Técnica de Planejamento Governamental

Alexandre Sergio Piovesan
Alyson Canindé Macedo de Barros
Andréa Costa Magnavita
Andrea Thalhoffer Ricciardi
Antônio Paulo Barêa Coutinho
Bernardo de Almeida Tannuri Laferté
Carlos Tadeu Assumpção de Pinho
César Augusto Assis Mascarenhas de Oliveira
Cristiane Gonzaga Chaves de Carvalho
Cristiano Ordones Portugal
Daniel Souza Coelho
Danielle Cavagnolle Mota
Diego Pereira de Oliveira
Dorotea Blos
Erick Fagundes Ribeiro
Fábio Régis Sparremberger
Fabíola Rocha Caires
Ismael Damasceno Pavani
João Carlos Gonçalves Barreto
Josefa de Fátima Araújo Ribeiro
Lizandra Serafim
Luciana Machado Teixeira Fabel
Marcelo Aguiar Cerri
Márcia Ribeiro Fantuzze Dias
Márcio Gimene de Oliveira
Marco Antonio de Oliveira
Mariana Meirelles Nemrod Guimarães
Paulo França de Oliveira
Pedro Emilio Pereira Teodoro
Priscila Carvalho Soares
Rafael Henrique Cerqueira
Rafael Pereira Torino
Raquel Braga Barreto Sampaio
Ricardo Dislich
Shirley Mafra Holanda Maia
Suiá Kafure da Rocha
Suripongse Naibert Chimpliganond
Tarcísio Henke Fortes
Thomaz Fronzaglia
Valéria Cristina Passos Valentim
Vitor de Lima Magalhães
Welton Batista de Barros



Responsáveis Técnicos

Bernardo de Almeida Tannuri Laferté

Danielle Cavagnolle Mota

Lizandra Serafim

Mariana Meirelles Nemrod Guimarães

Priscila Carvalho Soares

Revisão - Equipe Ministério dos Povos Indígenas

Raíssa Abreu de Albuquerque Fonseca

Rodrigo Afonso Guimarães

Estagiários

Ana Caroline de Sousa Santos

Caio Antunes Costa Monteiro Chaves

Pamella Dayane Alencar

Revisão Final, Tradução, Impressão, Diagramação, Criação de Layout e Identidade Visual

TFW Traduções, Serviços Especializados & Sonorização

Créditos Fotos

MPI (Flickr) - pág. 15 / pág. 59 / pág.69 / pág. 83 / 4ª capa (pág.92)

MPI/Felipe Beltrame - pág. 2 / pág. 21 / pág. 29 / pág. 91

MPI/Leo Otero - Foto Capa (pág. 1)

MPI/mre_gaviao - pág. 35

iStock.com/ J Brarymi - pág. 50

Normalização Bibliográfica: Biblioteca do Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos.

Agenda transversal : povos indígenas : PPA 2024-2027 / Ministério do Planejamento e Orçamento, Ministério dos Povos Indígenas. – Brasília : Secretaria Nacional de Planejamento/MPO, 2024.
90 p. : il. – (Série Planejamento Nacional)

1. Plano Plurianual – Brasil – 2024-2027. 2. Povos indígenas – Políticas públicas. 3. Gestão territorial e ambiental. 4. Sociobioeconomia indígena. 5. Educação indígena. 6. Saúde indígena. 7. Direitos do indígena. 8. Identidade cultural. I. Brasil. Ministério do Planejamento e Orçamento. II. Brasil. Ministério dos Povos Indígenas.

CDU – 338.26”2024/2027”



Sumário Executivo

No Plano Plurianual (PPA) 2024-2027, **o estímulo ao olhar transversal sobre as políticas públicas** teve início já nas oficinas realizadas para a sua elaboração. Participaram delas tanto autoridades e técnicos das áreas em questão, quanto convidados de outros órgãos. As oficinas auxiliaram em reflexões mais amplas sobre públicos e temas, assim como sobre as possibilidades de atendimento e o acompanhamento das transversalidades dentro desse instrumento de planejamento.

Os resultados da identificação e debate sobre as transversalidades durante a formulação dos programas do PPA conformaram as **agendas transversais**, cuja definição elucida seu propósito: “abordagem de políticas públicas a partir do agrupamento de atributos do PPA que estão distribuídos nos programas finalísticos e que contribuem para determinado tema de interesse da sociedade, ou para público-alvo específico”. São cinco as agendas transversais definidas para o PPA 2024-2027: **mulheres, crianças e adolescentes, povos indígenas, igualdade racial e agenda ambiental**.

Diversos órgãos assumiram compromissos relacionados com as agendas transversais, sendo que **39 dos 88 programas desse PPA** possuem programa, objetivo específico, entrega ou medida institucional e normativa marcados como **referentes à Agenda Transversal Povos Indígenas**. Esses atributos são apresentados no presente relatório.

Os ministérios envolvidos cooperam para o atendimento do público em questão em alguma das sete dimensões tratadas aqui: **1) Posse plena das terras indígenas; 2) Gestão territorial e ambiental indígena; 3) Sociobioeconomia indígena; 4) Saúde indígena; 5) Educação indígena; 6) Direitos pluri-étnicos culturais e sociais; e 7) Capacidade institucional**.

A dimensão **Posse plena das terras indígenas** trata da garantia das condições para o bem viver indígena do ponto de vista das relações dos povos indígenas com o território. Está centrada na efetivação do direito dos povos indígenas às suas terras de uso tradicional e na proteção dos povos indígenas em seus territórios.

A dimensão **Gestão territorial e ambiental indígena** reúne entregas que visam garantir e promover a proteção, a recuperação, a conservação e o uso sustentável dos recursos naturais das terras e territórios indígenas, a mitigação dos efeitos das mudanças climáticas nas terras indígenas, assegurando a integridade do patrimônio indígena, a melhoria da qualidade de vida e as condições plenas de reprodução física e cultural das atuais e futuras gerações dos povos indígenas, respeitando sua autonomia sociocultural.

A dimensão **Sociobioeconomia indígena** reúne ações que fortalecem a sociobioeconomia indígena, um modelo de desenvolvimento econômico mais inclusivo e justo na repartição dos benefícios, especialmente na relação com povos indígenas e comunidades tradicionais, a partir da valorização dos recursos naturais, e que se apresenta como uma alternativa à forma como a sociedade se desenvolveu historicamente. As temáticas da sociobioeconomia indígena envolvem agroecologia, sistemas agroflorestais, etnodesenvolvimento, educação etnoambiental, saúde ambiental, entre outros.

A dimensão da **Saúde Indígena** dispõe sobre as ações e serviços destinados à garantia do direito à saúde dos povos indígenas, perpassando a promoção da saúde e prevenção de agravos, assim como



a recuperação e reabilitação, conforme prioridades estabelecidas, com adequação cultural e organizacional, conforme as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI.

Quanto à dimensão da **Educação indígena**, objetiva-se enfrentar desafios complexos, que englobam desde as fases pré-alfabetização até a educação superior e pós-graduação, com foco também em Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação. As ações compreendem a formação basilar da educação dos povos indígenas - com respeito às tradições e à utilização das línguas maternas dos povos indígenas e os próprios processos de aprendizagem. Compreendem, ainda, medidas para o aumento da inserção da população indígena no ensino básico e superior, para a garantia de sua permanência na educação, e para fortalecer sua presença e protagonismo nos espaços diretivos da política educacional e pedagógica e outros dela decorrentes. Objetiva-se, ainda, investir na formação de professores indígenas e fortalecer sua inserção na sala de aula, tanto no ambiente básico quanto superior, bem como em formas de inclusão da população indígena nas áreas de pesquisa e desenvolvimento, contribuindo com habilidades adicionais a todo o sistema educacional brasileiro.

A dimensão **Direitos pluriétnicos culturais e sociais** reúne atributos que visam restabelecer as condições para o bem viver, sobretudo o bem viver indígena, mas não somente do ponto de vista dos requisitos socioculturais básicos. Buscam assegurar a preservação e valorização das culturas e línguas indígenas, efetivar a reparação histórica pelas perdas oriundas dos processos de contato e outras interferências externas ocorridas desde os primeiros contatos, enfrentar os problemas sociais sofridos pelos povos indígenas em contexto tanto intra, quanto extraterritório, bem como desenvolver junto à sociedade brasileira a ideia do bem viver a partir das relações e sistemas de envolvimento, cuidado e comprometimento com a vida presentes na cultura dos povos indígenas, com marcantes aspectos espirituais, ancestrais, comunitários, socioculturais, ambientais, econômicos e políticos.

A dimensão **Capacidade institucional** inclui atributos voltados ao fortalecimento da capacidade de intervenção do Estado na resolução de problemas públicos enfrentados pela população indígena, visando a garantia de direitos, por meio de serviços e políticas públicas. Nesta dimensão, estão envolvidos setores do planejamento e órgãos finalísticos que se empenham na produção de informações, capacitação de gestores públicos e incorporação da participação social de diversas formas para entregar melhores resultados à sociedade. São quatro os valores e diretrizes relacionados ao aprofundamento da capacidade institucional: **Participação social; Atuação colaborativa; Responsabilidade fiscal e social; e Excelência na gestão.**

As metas para o período de 2024 a 2027 para os atributos marcados no PPA são apresentadas ao longo do relatório.



Agradecimentos

A toda a Rede de Planejamento do Governo Federal que se empenhou na elaboração do PPA e forneceu as informações que tornam possíveis publicações como esta.

Ao Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID, pela parceria na elaboração e publicação deste relatório.

Ao Ministério dos Povos Indígenas - MPI, que se empenhou na construção e revisão do relatório, contribuindo com a sua qualidade.



Prefácio - Políticas transversais para assegurar o protagonismo dos Povos Indígenas

O caráter multidimensional da Agenda Transversal Povos Indígenas, do Plano Plurianual 2024-2027, destaca estratégias essenciais para um modelo sustentável de desenvolvimento, abordando diretamente o enfrentamento de desigualdades sociais e os desafios impostos pelas mudanças climáticas. Fruto de consultas e contribuições com a sociedade brasileira, em um notável trabalho liderado pelo Ministério do Planejamento e Orçamento - MPO, esta agenda oferece um roteiro para um planejamento orçamentário de médio prazo que contribua simultaneamente para o crescimento econômico e a inclusão social.

Como representante do BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento no Brasil, é com grande satisfação que apresento esta publicação, que reflete o forte alinhamento entre a visão e os projetos do BID e a abordagem integrada adotada pelo governo brasileiro. Neste contexto, a criação do Ministério dos Povos Indígenas, que trabalhou com o MPO na construção desta Agenda, marca um avanço significativo na governança das políticas públicas voltadas para estas comunidades, além de dar início a um necessário processo de reparação histórica.

Na América Latina e no Caribe, os povos indígenas somam aproximadamente 53 milhões de pessoas, distribuídas em mais de 800 povos. Isso significa que um em cada dez habitantes da região é indígena, um grupo social que enfrenta dificuldades relevantes de acesso a serviços públicos essenciais, educação de qualidade, emprego formal e serviços financeiros.

No Brasil, o Censo de 2022 registrou uma população indígena de 1,7 milhão de pessoas, quase 1% do total de brasileiros. A maior parte deles vive na região Amazônica, totalizando 180 povos que tem atuado ancestralmente para salvaguardar a floresta conservada. Presentes em 24% do território amazônico, as terras indígenas registram uma taxa de 97% de conservação de florestas e outras formas de vegetação nativa, embora a situação exija muita atenção. Para impedir que a floresta atinja o ponto de não retorno, é necessário proteger os povos indígenas e seus territórios, que têm desempenhado um papel crucial na regulação do clima e para a preservação das condições de sobrevivência da humanidade.

Diante desse complexo cenário, criamos no BID uma metodologia própria e inovadora de trabalho – o Desenvolvimento com Identidade (DCI) – que valoriza os povos indígenas e suas culturas como um pilar indissociável do desenvolvimento sustentável, ao mesmo tempo em que estimulamos e financiamos o trabalho coletivo multissetorial nos territórios indígenas. Parte dessa perspectiva está consolidada também na Agenda Transversal do PPA, com o fomento à sociobioeconomia indígena, o acesso à saúde e à educação e a garantia de direitos pluriétnicos culturais e sociais. Os avanços nesse tema dependem do fortalecimento do capital humano, da proteção do capital natural, da mobilização de recursos, do fornecimento de bens e serviços essenciais e sustentáveis, além da geração e preservação de renda nos territórios indígenas.

Somos parceiros do governo federal e de governos estaduais nos temas incluídos na Agenda Transversal e acumulamos impactos positivos e replicáveis de nossos projetos, particularmente na ampliação de acesso à educação e à saúde de comunidades ribeirinhas e isoladas, além do fortalecimento de capacidades institucionais para superar desafios e reparar injustiças históricas.



Além disso, lançamos em 2023 o Amazônia Sempre, um programa holístico e guarda-chuva para o desenvolvimento sustentável da região, que visa trabalhar conjuntamente pela conservação da floresta e ação climática, e oferecer alternativas econômicas para melhorar a qualidade de vida das pessoas. Promover a visibilidade e inclusão de mulheres, povos indígenas e comunidades locais é uma das áreas transversais de atuação do programa.

Nossa experiência na região demonstra que superar as lacunas de acesso, garantir a oferta de serviços públicos essenciais, proteger os povos indígenas e potencializar as soluções de desenvolvimento econômico baseadas nas práticas tradicionais dos povos indígenas representam objetivos desafiadores, que só serão cumpridos com trabalho conjunto e parcerias estratégicas.

O BID continuará sendo parceiro dos povos indígenas em todas as etapas dessa jornada.

Morgan Doyle

Representante do BID no Brasil



Apresentação

Os povos indígenas enfrentam grandes desafios e desigualdades no acesso a direitos e serviços públicos, e merecem especial atenção na formulação e execução das políticas públicas. A participação da sociedade no PPA Participativo reflete o reconhecimento da importância de priorização deste público nas ações do governo nos próximos anos. É fundamental que os ministérios trabalhem de forma coordenada para a execução de medidas efetivas voltadas à população indígena e à redução de desigualdades na sociedade.

Dos 35 **objetivos estratégicos** do PPA 2024-2027, um diz respeito diretamente aos povos indígenas: **“Promover os direitos dos povos indígenas, quilombolas e populações tradicionais, assegurando vida digna e cidadania com a valorização da sua cultura, tradições, modos de vida e conhecimentos”**. Vários outros objetivos estratégicos apontam desafios a serem enfrentados pelo governo para lidar com este público. O relatório da Agenda Transversal Povos Indígenas aborda esses desafios, bem como as ações voltadas a superá-los, agrupando-os em sete dimensões: **1) Posse plena das terras indígenas; 2) Gestão territorial e ambiental indígena; 3) Sociobioeconomia indígena; 4) Saúde indígena; 5) Educação indígena; 6) Direitos pluriétnicos culturais e sociais; e 7) Capacidade institucional**.

Para assegurar a garantia de direitos de forma equitativa na sociedade, é necessária a **reparação de violações de direitos e a superação de desigualdades históricas** enfrentadas pela população indígena. São fundamentais a efetivação do direito à posse plena de suas terras de uso tradicional, a proteção dos povos indígenas em seus territórios, a garantia do uso sustentável dos recursos naturais das terras e territórios indígenas, a integridade do patrimônio indígena, o respeito a sua autonomia sociocultural, o acesso a bens e serviços básicos, a preservação ambiental, a valorização das culturas, modos de vida e organização e formas de produzir, o acesso à saúde e à educação e a oportunidades de geração de renda aliadas à conservação ambiental e à mitigação dos efeitos das mudanças climáticas nas terras indígenas.

Não é viável lidar com as múltiplas dimensões do desafio posto em relação a esta agenda, sem contar com o **trabalho em conjunto de diversas pastas e órgãos do Poder Executivo**, que elaboram desde o levantamento de dados até a implementação de ações e medidas que atendem as necessidades desta população.

Nesta publicação, apresenta-se um esforço de organização das informações atinentes a esta agenda transversal, com o objetivo de potencializar as sinergias e de evidenciar as complementaridades para aperfeiçoar o atendimento prestado e para transformar a realidade da população indígena brasileira. Este relatório aponta que a Agenda Transversal Povos Indígenas está presente em **39 do total de 88 programas do PPA 2024-2027** - um número que demonstra a prioridade dada pelo Governo Federal a esta pauta, de maneira ampla e integrada. Conjuntamente, os programas têm muito mais força para, de maneira coordenada, impactar positivamente a vida dessa população e enfrentar os imensos desafios relacionados a este tema em nosso país. A transversalidade das políticas públicas eleva a capacidade de resolução de problemas sistêmicos e históricos e amplia a efetividade e eficácia de ações.

A transversalidade depende de decisões políticas e esforços de gestores e gestoras. Em 2023, pela primeira vez em sua história, o Brasil vivenciou **a criação e a estruturação do Ministério dos Povos Indígenas**, órgão responsável por acolher mais de 1,6 milhão de pessoas, dependentes de uma política



indigenista digna e participativa, ao indicar lideranças indígenas para o seu comando, transformando experiências seculares em políticas reparatórias e direitos reconhecidos. A criação do Ministério dos Povos Indígenas retoma a **construção e coordenação de políticas públicas para essa população** após anos de abandono e retrocesso, e intensifica o diálogo entre diferentes setores e entes federativos. O Ministério dos Povos Indígenas estabeleceu uma intensa agenda no último ano, por meio da articulação com órgãos internacionais, do Governo Federal, entes subnacionais e organizações da sociedade civil para o planejamento e implementação de ações nos territórios indígenas, com foco especial na garantia territorial que protege sua existência e seu futuro, sua cultura e modos de vida, reafirmando a condição do Brasil como um país diverso e plural.

A Agenda Transversal Povos Indígenas traz o esforço do MPI e de outros 22 ministérios para a consecução de políticas públicas que efetivem os direitos dos povos indígenas. Há em curso uma transformação para que as instituições públicas incorporem a perspectiva de olhar transversal, a construção de ações específicas e a desagregação de metas com especial atenção aos povos indígenas no modo de ação do Estado, de forma que, junto com a sociedade civil, sejam protagonistas eficazes na concretização dos direitos fundamentais para a população indígena, levando em consideração os passivos históricos relacionados a esse grupo e a fundamental participação dos movimentos sociais ao longo do tempo.

A constituição da Agenda Transversal Povos Indígenas, apresentada em detalhes neste documento, com as suas respectivas metas, é uma forma de o governo apresentar o que pretende fazer e o que efetivamente faz em relação a este público, assim como de avançar na integração das políticas nos próximos anos. Trata-se de um instrumento importante e inédito que contribuirá para as diferentes formas de monitoramento, avaliação e aprimoramento dos serviços prestados, inclusive permitindo a percepção de vácuos, sombreamentos e outras necessidades de políticas públicas.

O desafio de reconstruir o planejamento no Governo Federal é imenso diante do tempo limitado de elaboração do PPA. Apesar destes limites, as primeiras sementes para a transformação da vida dos povos indígenas brasileiros foram plantadas ao longo desse processo. Os próximos meses serão de continuidade do esforço para que, ao longo da vigência deste PPA, bons frutos sejam colhidos e que possamos atingir a visão de futuro do PPA, construída com participação social: “Um país democrático, desenvolvido e ambientalmente sustentável, onde todas as pessoas vivam com qualidade, dignidade e respeito às diversidades”.

Simone Tebet

Ministra do Planejamento e Orçamento

Sonia Guajajara

Ministra dos Povos Indígenas



SUMÁRIO

1 Introdução	15
2 Posse plena das terras indígenas	21
2.1 Demarcação e Gestão dos Territórios Indígenas para o Bem Viver, a Sustentabilidade e o Enfrentamento da Emergência Climática.....	22
3 Gestão territorial e ambiental indígena	28
3.1 Demarcação e Gestão dos Territórios Indígenas para o Bem Viver, a Sustentabilidade e o Enfrentamento da Emergência Climática.....	29
3.2 Ciência, Tecnologia e Inovação para o Desenvolvimento Social	31
3.3 Recursos Hídricos: Água em Quantidade e Qualidade para sempre	32
3.4 Proteção e Recuperação da Biodiversidade e Combate ao Desmatamento e Incêndios	32
4 Sociobioeconomia indígena.....	34
4.1 Demarcação e Gestão dos Territórios Indígenas para o Bem Viver, a Sustentabilidade e o Enfrentamento da Emergência Climática.....	35
4.2 Bioeconomia para um Novo Ciclo de Prosperidade	38
4.3 Agricultura Familiar e Agroecologia.....	40
4.4 Governança Fundiária, Reforma Agrária e Regularização de Territórios Quilombolas e de Povos e Comunidades Tradicionais	42
4.5 Pesquisa e Inovação Agropecuária	43
4.6 Neoliberalização, Ambiente de Negócios e Participação Econômica Internacional	43
4.7 Turismo, esse é o destino	44
4.8 Economia Popular e Solidária Sustentáveis	45
4.9 Segurança Alimentar e Nutricional e Combate à Fome.....	45
4.10 Abastecimento e Soberania Alimentar.....	47
5 Saúde Indígena	49
5.1 Saúde indígena	50
5.2 Qualificação da assistência Farmacêutica no SUS	55
5.3 Atenção Primária à Saúde	56
5.4 Gestão, Trabalho, Educação e Transformação Digital da Saúde.....	56



6 Educação Indígena 58

- 6.1 Educação Básica Democrática com Qualidade e Equidade, coordenado pelo MEC..... 59
- 6.2 Educação Profissional e Tecnológica que Transforma 62
- 6.3 Educação Superior: Qualidade, Democracia, Equidade e Sustentabilidade 63
- 6.4 Consolidação do Sistema Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação – SNCT 65
- 6.5 Direitos Pluriétnicos Culturais e Sociais para o Pleno Exercício da Cidadania e o Bem Viver dos Povos Indígena 66
- 6.6 Bolsa Família: Proteção Social por meio da Transferência de Renda e da Articulação de Políticas Públicas 67

7 Direitos Pluriétnicos Culturais e Sociais..... 68

- 7.1 Direitos Pluriétnicos Culturais e Sociais para o Pleno Exercício da Cidadania e o Bem Viver dos Povos Indígenas 69
- 7.2 Promoção da Cidadania, Defesa de Direitos Humanos e Reparação de Violações..... 78
- 7.3 Promoção e defesa dos direitos das pessoas LGBTQIA+ 78
- 7.4 Promoção e Proteção Integral dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes com absoluta prioridade 78
- 7.5 Promoção do Direito de Envelhecer e dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa 79
- 7.6 Juventude: Direitos, participação e bem viver..... 80
- 7.7 Mulher Viver Sem Violência 80
- 7.8 Direito à Cultura 80
- 7.9 Esporte para a Vida 81
- 7.10 Promoção do Acesso à Justiça e da Defesa dos Direitos 81

8 Capacidade institucional..... 82

- 8.1 Planejamento e Orçamento para o Desenvolvimento Sustentável e Inclusivo 83
- 8.2 Relações Internacionais e Assistência a Brasileiras e Brasileiros no Exterior..... 85
- 8.3 Demarcação e Gestão dos Territórios Indígenas para o Bem Viver, a Sustentabilidade e o Enfrentamento da Emergência Climática..... 86
- 8.4 Inclusão de Famílias em Situação de Vulnerabilidade no Cadastro Único e Produção de Informações e Conhecimento para Políticas Sociais 86



1 Introdução



1 Introdução

Virgínia de Ângelis Oliveira de Paula
Lizandra Serafim
Mariana Meirelles

O ano de 2023 marcou a reconstrução do planejamento no Brasil. A recriação do Ministério do Planejamento - MPO e Orçamento e da Secretaria Nacional de Planejamento - SEPLAN, após um período em que a tarefa de planejar foi praticamente reduzida ao mínimo legal, com forte enfraquecimento do principal instrumento de planejamento do país, previsto no Art. 165 da Constituição Federal, permitiu, por outro lado, que fosse enorme a oportunidade para inovações, que de fato ocorreram no PPA 2024-2027. O robustecimento e a criação em lei de uma camada estratégica, com indicadores-chave nacionais; foco nos resultados, com métricas em todas as camadas e uso de modelo lógico; participação social, em parceria com a Secretaria-Geral da Presidência; aumento da regionalização; estabelecimento de prioridades a partir do Centro de Governo e do processo participativo são algumas delas.

A decisão sobre induzirmos o processo de transversalidade das políticas públicas *ex ante*, já na Lei do PPA, e não *ex post*, como foram esforços anteriores, foi outra inovação relevante, tomada em fevereiro de 2023, quando da definição da metodologia que conduziria o processo de planejamento. Mas antes de entrarmos no processo de indução e elaboração do PPA 2024-2027 e de como está detalhado este relatório, é importante lembrarmos do porquê fizemos as marcações (*tagging*) dos atributos desta e das demais agendas transversais (Crianças e Adolescentes; Ambiental; Igualdade Racial; Mulheres).

O primeiro objetivo da marcação das entregas e resultados referentes à Agenda Transversal Povos Indígenas é ter um **mapa geral dessas ações**. Dessa forma, é possível pensar em outras formas de integração de políticas, sobreposições de entregas e pontos nos quais é preciso ter maior cobertura ou ainda outros tipos de iniciativas. Posteriormente, o mapeamento das ações dos demais entes federativos poderá ser feito para complementar a carteira de políticas para povos indígenas.

O segundo objetivo do acompanhamento dos atributos dessa agenda é dar **transparência** ao que o Governo Federal está entregando para a sociedade no que diz respeito à população indígena. Os indicadores acompanhados servem para alimentar o processo de monitoramento e avaliação, governamental ou não, das ações, para que seja possível ajustá-las da melhor forma possível.

O terceiro objetivo é o de avançar na forma de **governança** da agenda, isto é, definir responsáveis e atores relevantes que, por meio de projetos e atividades, criem métodos e instrumentos que possibilitem a integração das políticas públicas para que a população indígena tenha os melhores resultados possíveis do que é ofertado pelo Governo Federal.

A provocação sobre a reflexão referente às **transversalidades** se deu já no primeiro ciclo de **oficinas de construção do Plano Plurianual (PPA)**¹, realizado em abril de 2023. Desde a definição de quais seriam os programas coordenados por cada ministério (primeiro ciclo), até a discussão sobre os atributos que

¹ Foram realizadas 125 oficinas na Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), o que equivale a 716 horas de interação direta e presencial. Participaram das discussões autoridades e técnicos do Governo Federal. As listas das oficinas somadas totalizaram 4.400 presenças.



comporiam os programas - objetivos específicos, indicadores e metas (segundo ciclo, ocorrido entre maio e junho de 2023), os demais órgãos interessados foram convidados a participar para destacar o que era mais importante para os públicos ou os temas que representavam. Assim, puderam enriquecer a discussão e as possibilidades de atendimento de seus objetivos e o acompanhamento de resultados específicos.

Em seguida, quando os órgãos se encontravam na etapa de alimentação do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP), preenchendo as metas dos seus objetivos específicos e as entregas (por vezes com metas específicas para os públicos das agendas transversais²), foram instigados a marcar os atributos de seus programas que diziam respeito às agendas inicialmente definidas (mulheres, crianças e adolescentes, igualdade racial, povos indígenas e agenda ambiental).

Após essa etapa, considerando o tempo exíguo para cumprir tantas tarefas para a entrega do PPA, parte da equipe da Secretaria Nacional de Planejamento - SEPLAN do Ministério do Planejamento e Orçamento - MPO envolveu-se na revisão da marcação das agendas, utilizando-se dos seguintes critérios:

- 1. Inclusão de todos os atributos dos programas dos órgãos responsáveis pela pauta:** os dois programas do Ministério dos Povos Indígenas.
- 2. Inclusão de objetivo específico ou entrega com meta desagregada pelos públicos em questão:** crianças e adolescentes; mulheres; população negra; quilombolas; povos e comunidades tradicionais; e povos indígenas.
- 3. Busca por palavras-chaves no enunciado dos objetivos específicos, entregas ou medidas institucionais e normativas pertinentes às agendas.** No caso de povos indígenas, buscaram-se as seguintes palavras ou fragmentos de palavras: povos indígenas, indígenas, povos e comunidades tradicionais, terras indígenas e comunidades tradicionais.
- 4. Justificativa de mérito:** o público-alvo é composto mais do que proporcionalmente por um dos grupos que compõem as agendas transversais ou o atributo possui resultados que resolvem problemas específicos do grupo. Por exemplo: o Programa Saúde Indígena.

No primeiro ciclo, foi apresentada aos órgãos a proposta de **dimensão estratégica** que estava sendo construída para ser validada junto ao Fórum Interconselhos e aos demais órgãos do governo. Entre os valores e as **diretrizes** dessa dimensão, consta a diretriz de diversidade e justiça social, que diz respeito diretamente à Agenda Transversal aqui tratada:

- diversidade e justiça social: Fortalecer a **equidade de gênero, raça e etnia**, com respeito à orientação sexual e inclusão de pessoas com deficiência; promover a redução das desigualdades sociais e regionais.

Foram apresentados ainda os **Objetivos Estratégicos**, um deles diretamente relacionado à Agenda Transversal em questão no **Eixo 1 Desenvolvimento Social e Garantia de Direitos**:

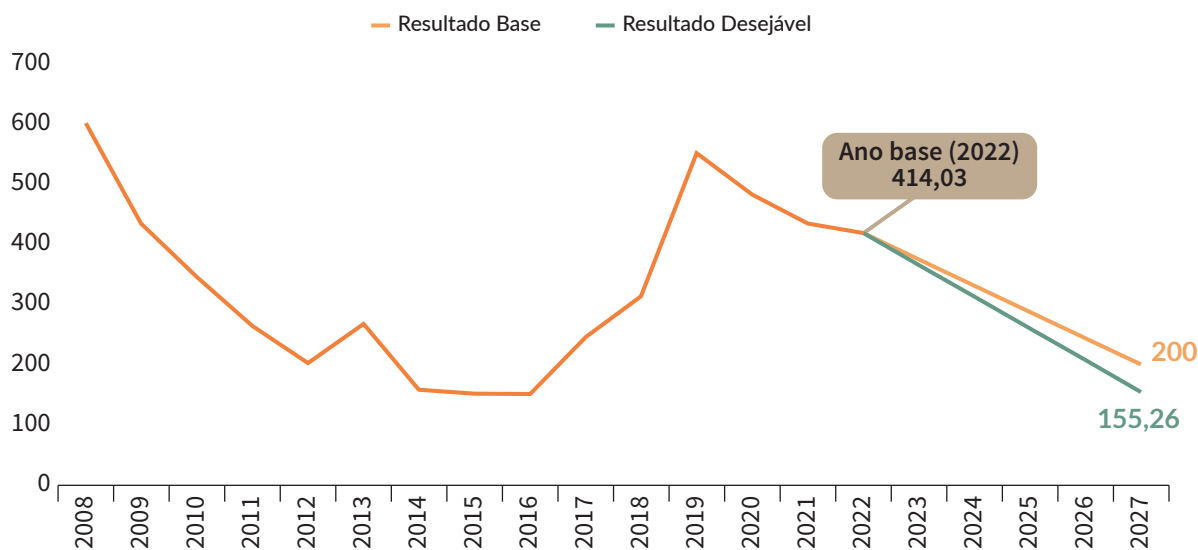
² No caso de povos indígenas, além das metas específicas voltadas a esse público, 60 metas de entregas foram desagregadas para que seja possível monitorar as entregas especificamente para eles. A essas, somam-se 8 metas de objetivos específicos desagregadas por esse público.



- Promover **os direitos dos povos indígenas, quilombolas e populações tradicionais, assegurando vida digna e cidadania com a valorização da sua cultura, tradições, modos de vida e conhecimentos.**

Dois exemplos de projeção de alcance das metas desses objetivos estratégicos encontram-se nos gráficos a seguir, diretamente relacionados aos povos indígenas. O primeiro refere-se à área anual desmatada em terras indígenas.

Gráfico 01. Área anual desmatada em terras indígenas (em Km²)

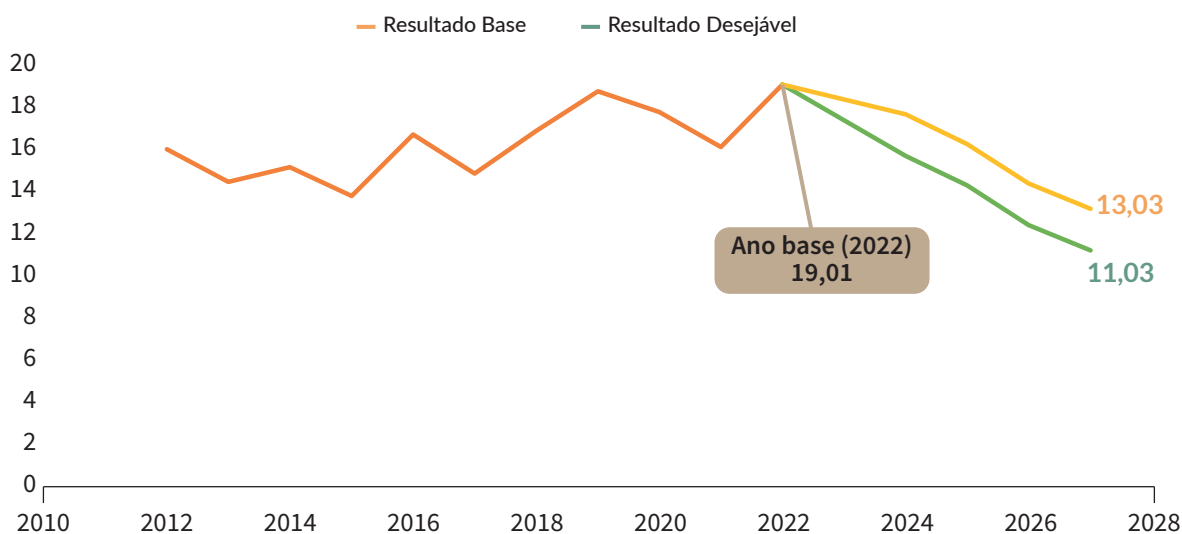


Fonte: Portal TerraBrasilis – INPE/MCTI.

Nota: Projeções elaboradas pelo MPO com base em informações do MMA.

O segundo gráfico apresenta a taxa de mortalidade infantil indígena por causas evitáveis.

Gráfico 02. Taxa de mortalidade infantil indígena por causas evitáveis



Fonte: SIASI – MS.

Nota: Projeções elaboradas pelo MPO com base em informações do MS.



Ao todo, a Agenda Transversal Povos Indígenas possui **84 objetivos específicos** a ela vinculados, assim como **205 entregas e 76 medidas institucionais e normativas, totalizando 39 dos 88 programas**. No âmbito geral dos objetivos específicos, a linha de base de seus indicadores e as metas ano a ano, regionalizadas quando possível, podem ser conferidas no Anexo V do PPA.

A proposta deste relatório é **destacar aqueles objetivos específicos notadamente vinculados à agenda, por meio de gráficos e com informações complementares** às que constam no referido Anexo, **visando facilitar a compreensão**. Além disso, neste relatório constam as **entregas e as medidas institucionais que se encontram na camada gerencial**³, sob o guarda-chuva de algum programa ou de algum objetivo específico, a partir das quais fica mais fácil perceber a **vinculação da Agenda Transversal Povos Indígenas com o atributo da camada legal identificado**. Quando os itens com impacto mais claro na agenda são as entregas, essas são escolhidas para serem destacadas em gráficos. A regionalização das metas, por vezes, também é demonstrada.

Aqueles atributos que respondem às propostas provenientes do processo de participação da sociedade no PPA são ressaltados. No **PPA Participativo**, constam **21 propostas sobre povos indígenas**. Destas, 9 vieram da Plataforma Brasil Participativo (5 incorporadas, 1 não incorporada, 3 incorporadas parcialmente). Das 12 propostas originadas no Fórum Interconselhos, 6 foram incorporadas e 6 foram parcialmente incorporadas⁴.

As seções que se seguem tomam por base as seguintes **dimensões, identificadas pelo Ministério dos Povos Indígenas para categorizar as ações governamentais voltadas a essa população: 1) Posse plena das terras indígenas; 2) Gestão territorial e ambiental indígena; 3) Sociobioeconomia indígena; 4) Saúde indígena; 5) Educação indígena; 6) Direitos pluriétnicos culturais e sociais; e 7) Capacidade institucional**.

Percebe-se elevada **complementaridade no trabalho dos órgãos**. Nas questões relacionadas à gestão ambiental, por exemplo, o Ministério dos Povos Indígenas trabalha junto do Ministério do Meio Ambiente e Mudança Climática. No caso de Saúde Indígena, há a atuação do Ministério da Saúde. Para a educação, o Ministério da Educação tem atribuições relacionadas ao tema de povos indígenas.

O desafio da integração das políticas públicas não é novo. O Brasil já acumulou experiências em agendas transversais para esse público, a exemplo do PPA 2012-2015 e do PPA 2016-2019.

No primeiro caso, o foco foi em se ter **“formas alternativas de organização das informações contidas no Plano, que permitem apreender a ação planejada para assuntos que estão dispersos nos programas temáticos, fazendo uso da maior capacidade do PPA 2012-2015 de revelar os compromissos de governo para os públicos específicos**. São, desse modo, uma referência, **outra perspectiva, para o seu monitoramento”** (Brasil, 2014: 9)⁵.

³ Publicada posteriormente à aprovação do PPA.

⁴ Mais de 300 votos ou proposta vinda do Interconselhos é o critério utilizado para marcação “PPA Participativo” para o monitoramento das propostas vindas da sociedade.

⁵ Brasil, 2014 “Plano Mais Brasil PPA 2012-2015: agendas transversais – monitoramento participativo: ano base 2013”. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Planejamento e Investimento Estratégico; Secretaria-Geral da Presidência da República, Secretaria Nacional de Articulação Social - Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/SPI, 2014. Disponível em: https://www.gov.br/economia/pt-br/arquivos/planejamento/arquivos-e-imagens/secretarias/arquivo/spi-1/ppa-1/arquivos/170331_SumrioExecutivo_AnoBase2013.pdf. Acesso em 22/10/2023.



No segundo caso, as agendas transversais do PPA se apresentaram como “**recortes transversais de seus atributos onde são agregados os Programas, Objetivos, Metas e Iniciativas relacionados a um público** (como povos indígenas, criança e adolescente, LGBT, entre outros) **ou temática específica** (como usos múltiplos da água, economia solidária)”, que “**permite a agregação de ações antes dispersas no plano em um locus comum, permitindo entender como determinado tema transversal é tratado no plano** como um todo” (Brasil, 2018)⁶.

A construção da Agenda Transversal Povos Indígenas no PPA 2024-2027 é o início de um processo que seguirá se desenvolvendo ao longo dos próximos anos e se materializará na implementação de ações concretas. Para seu êxito, será fundamental o **esforço coordenado dos diversos órgãos envolvidos**. A Agenda Transversal Povos Indígenas constitui-se não apenas como instrumento norteador desse trabalho coordenado, mas também como importante ferramenta para o monitoramento e a avaliação das ações ao longo da vigência do PPA.

Registra-se que as bases de dados do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento - SIOP foram consultadas em março de 2024.

⁶ Brasil, 2018; “Agendas ODS no SIOP Relatório Anual de Monitoramento Ano-base 2017”. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Planejamento e Investimento Estratégico; Secretaria-Geral da Presidência da República, Secretaria Nacional de Articulação Social - Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/SPI, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/planejamento/pt-br/assuntos/orcamento/plano-plurianual-ppa/arquivos/ppas-antecedentes/ppa-2016-2019/ppa-2016-2019> Acesso em 22/10/2023.



2 Posse plena das terras indígenas



Autenticado eletronicamente, após conferência com original.
<https://infoleg.br/autenticidade-assinatura.ca/mar/leg.br/?codArquivoTeor=2471438>

2471438

2 Posse plena das terras indígenas

A dimensão **Posse plena das terras indígenas** deste Relatório está centrada na efetivação do direito dos povos indígenas às suas terras de uso tradicional e na proteção territorial e dos povos indígenas, contemplando-os nos processos demarcatórios e nas ações de proteção das terras indígenas.

Terra Indígena (TI), de acordo com a Constituição Federal de 1988, é um território demarcado e protegido para a posse permanente e o usufruto exclusivo dos povos indígenas. Essas terras são reconhecidas como patrimônio da União e são destinadas à preservação de sua cultura, tradições, recursos naturais e formas de organização social, além de assegurar a reprodução física e cultural dessas comunidades.

A **demarcação das terras indígenas** é um direito constitucional e visa garantir a autodeterminação, a autonomia e a proteção dos direitos dos povos indígenas, bem como sua participação ativa na gestão e preservação desses territórios. A Lei nº 14.701, de 20 de outubro de 2023, regulamenta o Art. 231 da Constituição Federal e dispõe sobre o reconhecimento, a demarcação, o uso e a gestão de terras indígenas, alterando as Leis nº 11.460, de 21 de março de 2007; 4.132, de 10 de setembro de 1962; e 6.001, de 19 de dezembro de 1973.

O histórico de interferências externas causadoras de impacto nos modos e sistemas de vida dos povos indígenas compreende desde o processo de colonização até as atuais pressões e invasões por madeireiros, garimpeiros e fazendeiros em territórios indígenas. As ações destrutivas desses invasores incluem desterritorialização, queimadas, desmatamento, contaminação da terra e das águas, exaurimento dos recursos naturais, perda de biodiversidade e outras formas de degradação ambiental. Além disso, as interferências culturais ocasionadas pelo processo de contato com a sociedade envolvente trazem hábitos de consumo que antes não faziam parte da realidade dos povos indígenas. Em decorrência disso, surge a necessidade de obtenção de renda pelas famílias indígenas para a aquisição de bens de consumo e serviços produzidos fora de seus territórios.

O conjunto dessas interferências históricas ocasionaram e ainda ocasionam o êxodo de famílias indígenas de seus territórios e graves impactos não só no meio ambiente de territórios indígenas, mas também nas dinâmicas socioeconômicas e sistemas agroalimentares de comunidades indígenas, gerando dependência da aquisição de bens de consumo externos, vulnerabilidade, perda de soberania alimentar, insegurança alimentar e nutricional, bem como problemas de saúde causados por contaminação. Além dos impactos nos modos de vida e nos sistemas agroalimentares indígenas, a cobiça por recursos naturais em territórios indígenas gera conflitos, mortes e insegurança em grande parte da população indígena, impedindo-a de ter paz e liberdade.

2.1 Demarcação e Gestão dos Territórios Indígenas para o Bem Viver, a Sustentabilidade e o Enfrentamento da Emergência Climática

O Programa Demarcação e Gestão dos Territórios Indígenas para o Bem Viver, a Sustentabilidade e o Enfrentamento da Emergência Climática, sob responsabilidade do Ministério dos Povos Indígenas, tem por objetivo garantir aos povos indígenas o reconhecimento, a posse plena e a sustentabilidade dos seus territórios com usufruto exclusivo, assegurando plenas condições materiais de alcance do bem viver, integridade do patrimônio indígena, ambiente saudável, protegido e conservado, soberania alimentar, bem como justiça socioambiental e climática, respeitando sua autodeterminação, sua pluralidade étnico-cultural e seu protagonismo na gestão das políticas públicas que lhes são afetas.



No PPA 2024-2027, dois objetivos específicos do Programa Demarcação e Gestão dos Territórios Indígenas para o Bem Viver, a Sustentabilidade e o Enfrentamento da Emergência Climática, do Ministério dos Povos Indígenas, estão relacionados diretamente à dimensão posse plena das terras indígenas e a seguir estão detalhados.

2.1.1 Garantir aos povos indígenas o direito às suas terras

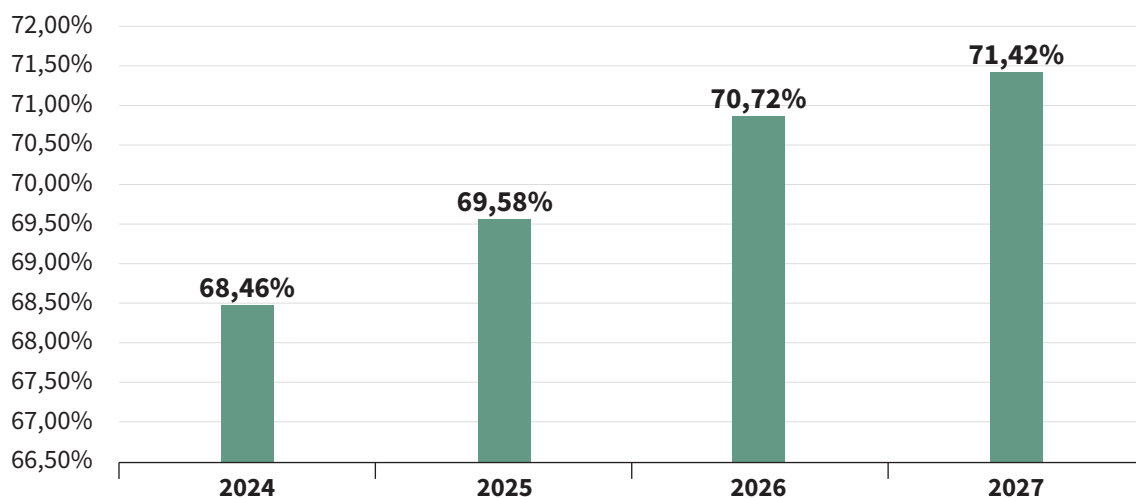
Este objetivo específico reforça o dever da União previsto no Artigo 231 da Constituição Federal, que se refere ao **reconhecimento dos direitos dos povos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam**. O processo completo de regularização fundiária das terras indígenas envolve sete etapas: qualificação, constituição de grupo técnico, delimitação, declaração, georreferenciamento, homologação e registro.

Ao final de 2027, pretende-se atingir o índice de 71,42% de regularização fundiária de terras indígenas. O índice de referência considerado no Plano era de 67,38%, apurado em 30 de junho de 2023. O indicador contabiliza, para as terras indígenas de ocupação tradicional já confirmadas no Brasil, o percentual das etapas do processo demarcatório que já foram concluídas.

A entrega **Terras Indígenas delimitadas** envolve um passo importante para o usufruto exclusivo pela(s) comunidade(s) indígena(s) que tradicionalmente a ocupam. Até o final de 2027, pretende-se atingir o índice de 40 terras indígenas delimitadas, sendo 15 na Região Norte, 10 na Região Centro-Oeste, 7 na Região Sul, 4 na Região Nordeste e 4 na Região Sudeste.

O indicador contabiliza o número de terras indígenas com ocupação tradicional que tiveram seus estudos apresentados no Relatório Circunstanciado de Identificação e Delimitação (RCID), aprovados pela Fundação Nacional dos Povos Indígenas (Funai) e publicados no Diário Oficial da União, conforme regras estabelecidas pela Portaria MJ nº 14, de 9 de janeiro de 1996.

Gráfico 03 – Percentual das etapas do processo demarcatório que já foram concluídas, para as terras indígenas de ocupação tradicional já confirmadas no Brasil



Fonte: SIOP.



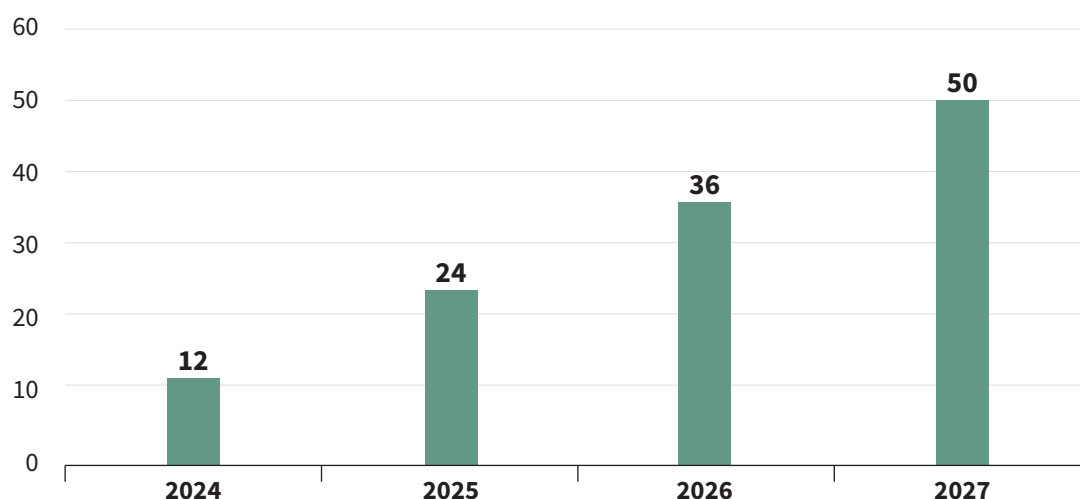
Terras Indígenas declaradas são aquelas que se constituem como objeto de portaria ministerial declarando os seus limites e determinando sua demarcação física⁷. A entrega **Terras Indígenas declaradas** é de responsabilidade da Secretaria de Acesso à Justiça (SAJU) do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP).

O indicador contabiliza o número de portarias declaratórias editadas e publicadas, declarando os limites e determinando a demarcação física das terras indígenas de ocupação tradicional.

A meta é atingir 24 terras declaradas até o final de 2027, sendo 8 na Região Sudeste, 5 na Região Norte, 5 na Região Centro- Oeste, 4 na Região Nordeste e 2 na Região Sul.

Georreferenciamento e demarcação física das terras indígenas constitui mais uma entrega importante deste objetivo específico. É realizado atendendo as condições estabelecidas no Manual Técnico para Georreferenciamento de Imóveis Rurais, atualizado por meio da Portaria Incra nº 2.502, de 22 de dezembro de 2022. Até o final de 2027, pretende-se realizar o georreferenciamento e a demarcação física de 50 terras indígenas previamente declaradas, sendo 17 na Região Norte, 15 na Região Centro Oeste, 10 na Região Sul, 5 na Região Nordeste e 3 na Região Sudeste.

Gráfico 04. Georreferenciamento total de terras indígenas

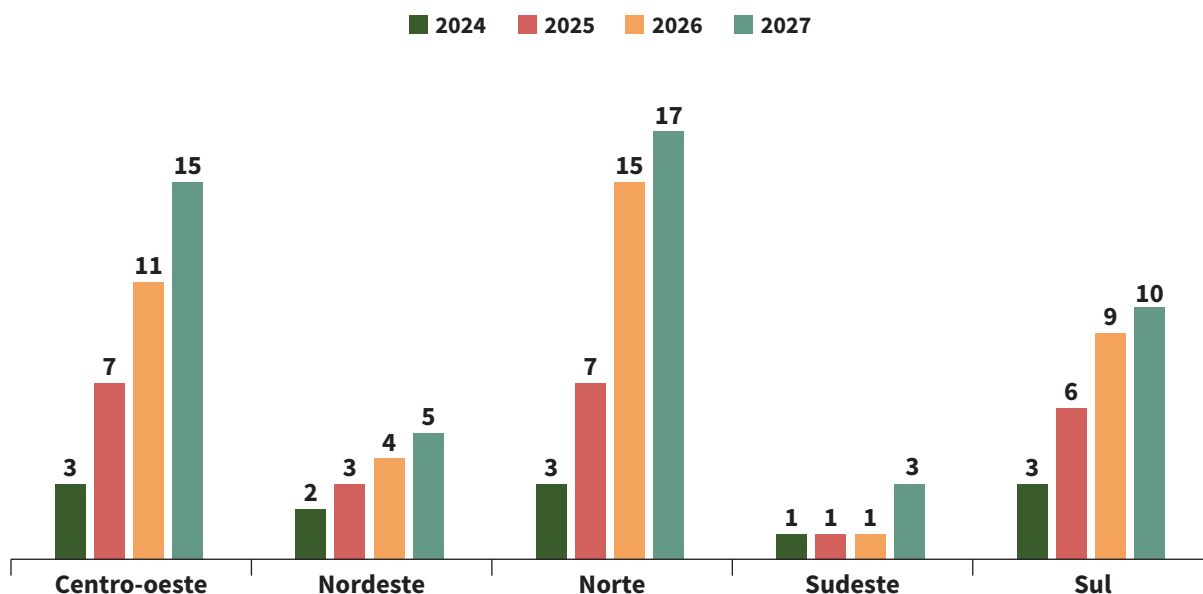


Fonte: SIOP.

⁷ Observa-se que a homologação final compete ao Presidente da República, dispondo do ato em Decreto regulamentador, conforme procedimento disposto no Decreto nº 1.775, de 8 de janeiro de 1996.



Gráfico 05 – Georreferenciamento de terras indígenas - regionalização



Obs.: Valores absolutos e aglutinados por total ao final de cada ano do quadriênio 2024-2027. Meta regionalizada, ano a ano, por Macrorregião do Brasil
 Fonte: SIOP.

Há, ainda, a entrega **Reservas indígenas constituídas**. Reservas indígenas são terras previamente declaradas e delimitadas, adquiridas pela União, destinadas ao uso de comunidades indígenas. Ao final do PPA 2024-2027, pretende-se constituir 4 reservas indígenas, sendo 3 na Região Nordeste e 1 na Região Norte do País.

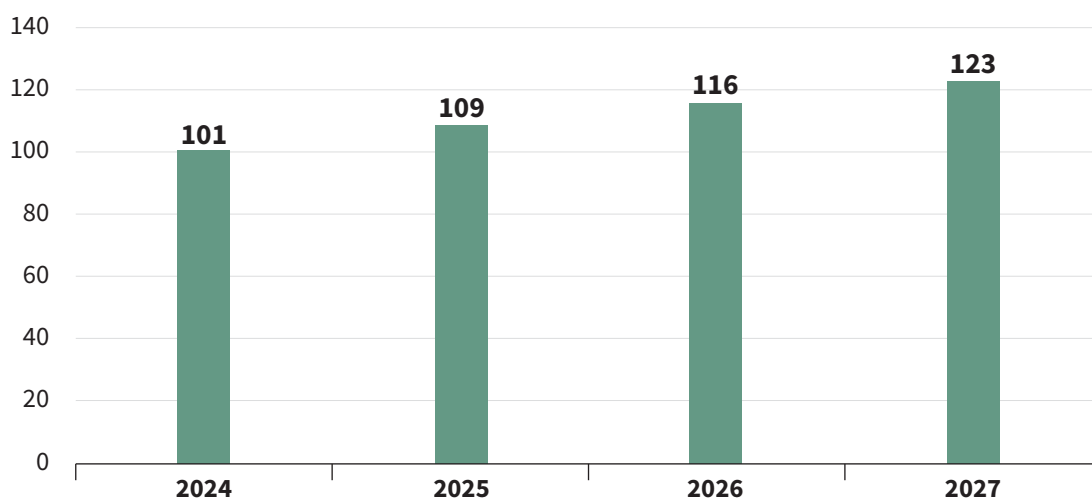
Por fim, a entrega **Terras Indígenas registradas** refere-se ao Registro em Cartório de Imóveis das Terras Indígenas em nome da União. A meta é registrar, até o final de 2027, 24 terras indígenas, sendo 6 na Região Centro-Oeste, 5 na Região Sul, 5 na Região Nordeste, 4 na Região Norte e 4 na Região Sudeste.

2.1.2 Assegurar aos povos indígenas a proteção, posse plena e usufruto exclusivo de seus territórios.

Este objetivo específico refere-se à **proteção das terras indígenas e à garantia aos povos originários que tradicionalmente as ocupam da sua posse plena e usufruto exclusivo**, conforme dever da União, também estabelecido pelo Artigo 231 da Constituição Federal.



Gráfico 06 – Número de terras indígenas atendidas com ações de proteção, posse plena e usufruto exclusivo



Obs.: Somatório, considerando o número global a ser alcançado ao final de cada ano, para o quadriênio 2024-2027
Fonte: SIOP.

A entrega **Terras Indígenas fiscalizadas** contempla ações e operações de fiscalização em terras indígenas reconhecidas pela Funai, em qualquer estágio do processo demarcatório. No PPA 2024-2027, estão previstas 84 ações e operações por ano, sendo 48 no Bioma Amazônia, 15 no Bioma Cerrado, 13 no Bioma Mata Atlântica, 6 no Bioma Caatinga e 2 no Bioma Pantanal.

Já na entrega **Brigadas indígenas constituídas**, são consideradas as Brigadas Federais Indígenas constituídas para combate a incêndio no período de estiagem e os Grupos de Queima Prescrita (GPI), constituídos para a prevenção de incêndios fora do período de estiagem.

A formação de brigadas é realizada por meio de Acordo de Cooperação Técnica Funai/Ibama-Prevfogo (ACT 15/2019), com o levantamento anual das necessidades de criação de novas brigadas em terras indígenas, bem como a renovação de brigadas criadas em anos anteriores, considerando a capacidade operacional da Funai e do Ibama.

Durante o período de 2024-2027, serão constituídas, anualmente, 45 brigadas indígenas por ano, sendo 22 no Bioma Amazônia, 17 no Bioma Cerrado, 3 no Bioma Pantanal, 2 no Bioma Mata Atlântica e 1 no Bioma Caatinga.

A entrega **Ocupações de não indígenas indenizadas** trata da indenização de benfeitorias instaladas de boa-fé por ocupantes não indígenas cadastrados no processo de demarcação da terra indígena.

Até o final de 2027, pretende-se indenizar 120 ocupações não indígenas, sendo 69 na Região Norte, 36 na Região Nordeste, 8 na Região Sul e 7 na Região Centro-Oeste.

No âmbito da entrega **Eventos de formação de Indígenas no Programa de Proteção Territorial**, pretende-se realizar anualmente 4 cursos de formação de indígenas no Programa de Proteção Territorial, cuja carga-horária é de 40h, com cerca de 20 pessoas em cada curso, perfazendo um total de 80 formados por ano e 320 formados ao longo período do PPA, sendo 160 no Bioma Amazônia, 120 no Bioma Cerrado, 20 no Bioma Pantanal, 12 no Bioma Mata Atlântica e 8 no Bioma Caatinga.



A entrega **Operações de desintrusão em terras indígenas realizadas** engloba ações que buscam a retirada de invasores não-indígenas de territórios indígenas, independentemente do seu estado no processo de demarcação. Decorrem de necessidades identificadas, ou mesmo em cumprimento a decisões judiciais. A devolução do território à população indígena, titular do usufruto legal sobre aquela área, é acompanhada de ações para consolidar a sua permanência local, dentro dos parâmetros de bem-viver indígena.

Serão realizadas 48 operações de desintrusão até o final do PPA 2024-2027 em parceria com Ministério da Saúde, Ministério da Defesa e Ministério da Justiça e Segurança Pública.

A entrega **Áreas com presença de povos isolados com uso restringido** refere-se à publicação de portarias pela Funai, delimitando áreas e restringindo atividades econômicas, visando expedições em campo para a comprovação da presença de povos indígenas isolados e a qualificação do uso pelos indígenas, a fim de subsidiar o processo de regularização fundiária. Pretende-se atingir o número de 10 portarias de restrição de uso publicadas até o final de 2027, todas relacionadas a áreas localizadas no Bioma Amazônia.

Já a entrega **Registros de povos indígenas isolados qualificados** consiste na realização de um trabalho sistematizado, envolvendo visitas de campo e expedições complexas e custosas, para a qualificação das referências de povos indígenas isolados. Atualmente, a categoria “povos indígenas isolados” totaliza 28 registros. Já as categorias “referências de povos indígenas isolados” e “informações de índios isolados”, ainda sem qualificação completa, totalizam 86 registros. A meta é reduzir para 8 o número de referências de povos indígenas isolados pendentes de qualificação até o final do período de vigência do PPA, sendo 7 na Amazônia e 1 no Cerrado.

Os **Planos de Proteção**, cuja elaboração consiste em outra entrega do PPA, são instrumentos orientadores das Frentes de Proteção Etnoambiental (FPE) de povos indígenas isolados. Cada Plano de Proteção refere-se a um registro específico de povo indígena isolado e visa orientar os trabalhos realizados pela FPE responsável pela proteção desse povo. O Plano de Proteção contempla a situação do processo de regularização fundiária do território, equipe específica e capacitada, plano de monitoramento, plano de fiscalização, plano de contingência, entre outros elementos. Serão elaborados, até o final do PPA, 4 Planos de Proteção, todos relacionados a povos indígenas isolados localizados no Bioma Amazônia.

A política indigenista para os povos indígenas isolados e de recente contato (PIIRC) possui metodologias de trabalho específicas e de alto grau de complexidade, e orienta a entrega **Eventos de formação de colaboradores indígenas das Frentes de Proteção Etnoambiental**. No período do PPA 2024-2027, planeja-se capacitar 12 colaboradores indígenas para cada uma das 11 FPE existentes, totalizando 132 colaboradores indígenas formados por ano, todos com atuação no Bioma Amazônia.

A entrega **Equipes móveis capacitadas para o atendimento aos Planos de Contingência para Situações de Contato** refere-se a equipes de referência multidisciplinares para intervenção em situações de contato com povos indígenas isolados e de surto epidemiológico em povos de recente contato. Serão capacitados 40 servidores das equipes móveis até o final de 2027, todos atuando no Bioma Amazônia. As atividades de capacitação serão executadas se houver condução conjunta com a Secretaria de Saúde Indígena do Ministério da Saúde – SESAI-MS, visto que um dos objetivos da formação é a qualificação em procedimentos sanitários e de contenção epidemiológica.

Por fim, a entrega **Programas específicos de promoção e proteção dos direitos dos povos indígenas de recente contato criados** contempla a criação de 5 programas específicos de promoção e proteção dos direitos dos povos indígenas de recente contato, em articulação com órgãos federais, estaduais e municipais até o final do PPA, todos localizados no Bioma Amazônia.



3 Gestão territorial e ambiental indígena



Autenticado eletronicamente, após conferência com original.
<https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/?codArquivoTeor=2471438>

3 Gestão territorial e ambiental indígena

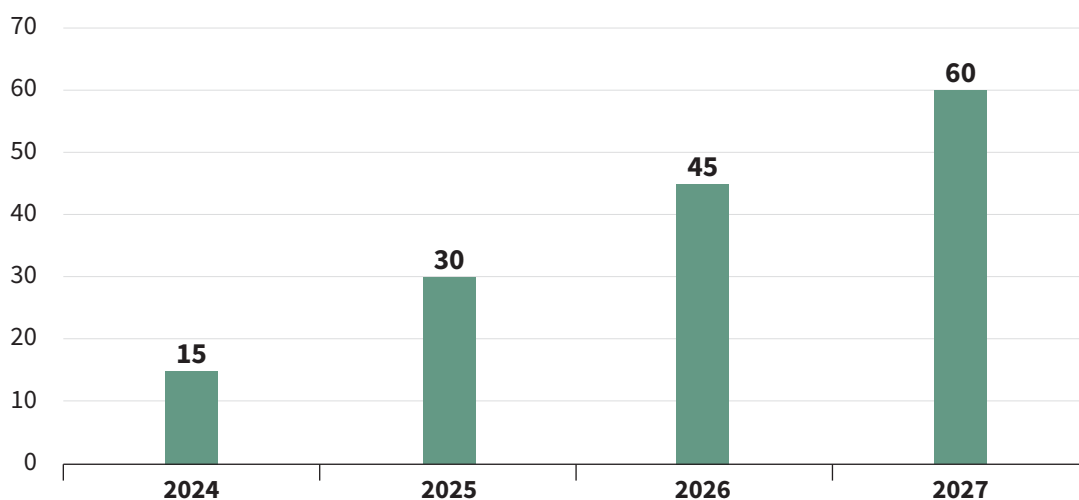
A dimensão Gestão territorial e ambiental indígena contempla as iniciativas previstas na **Política Nacional de Gestão Territorial e Ambiental de Terras Indígenas - PNGATI**, instituída com o objetivo de garantir e promover a proteção, a recuperação, a conservação e o uso sustentável dos recursos naturais das terras e territórios indígenas, assegurando a integridade do patrimônio indígena, a melhoria da qualidade de vida e as condições plenas de reprodução física e cultural das atuais e futuras gerações dos povos indígenas, respeitando sua autonomia sociocultural, nos termos da legislação vigente.

3.1 Demarcação e Gestão dos Territórios Indígenas para o Bem Viver, a Sustentabilidade e o Enfrentamento da Emergência Climática

3.1.1 Promover a gestão territorial e ambiental de territórios indígenas e a sustentabilidade da sociobioeconomia indígena

Este objetivo específico visa promover a elaboração, a revisão e a implementação de instrumentos de gestão ambiental e territorial de terras indígenas (IGATI), bem como apoiar projetos e outras iniciativas que promovam a sustentabilidade da sociobioeconomia indígena. A meta prevista para o final do PPA 2024-2027 é de 60 IGATI em processo de implementação.

Gráfico 07 – Número de IGATI em implementação



Fonte: SIOF.

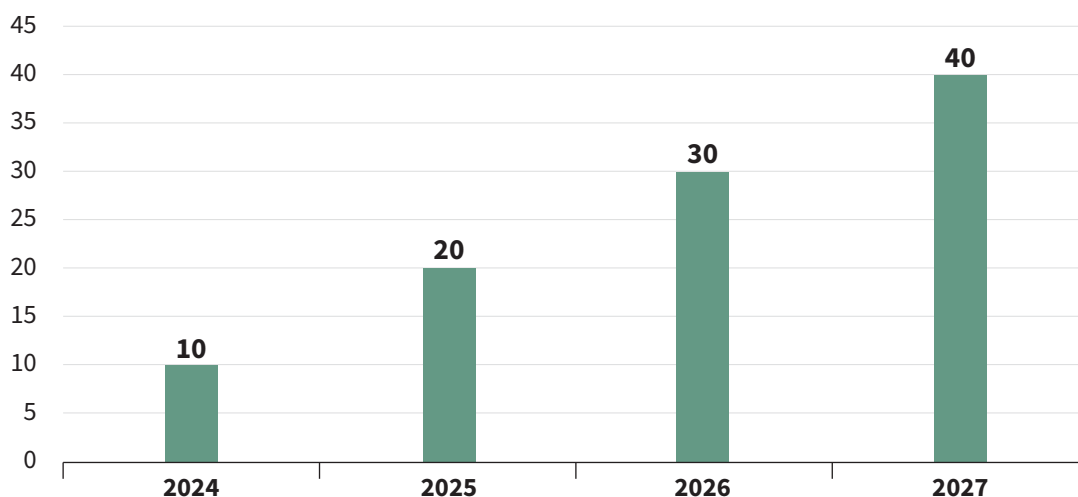
IGATI é um termo que designa instrumentos de diferentes tipos, definidos no âmbito do CG-PNGATI – Comitê Gestor da PNGATI. Os principais tipos de IGATI são diagnósticos, etnomapeamentos, etnozoneamentos, planos de gestão, planos de vida, bem como instrumentos para a gestão integrada e compartilhada de Terras Indígenas e outras áreas protegidas.

A entrega **Instrumentos de gestão ambiental e territorial de terras indígenas (IGATIs) elaborados ou revisados** refere-se à elaboração do IGATI, que parte das demandas organizadas pelos povos indí-



genas e que são apresentadas ao Poder Público e parceiros. O que se pretende é apoiar a elaboração ou revisar 40 instrumentos até o final do PPA 2024-2027.

Gráfico 08 – Apoio à elaboração e revisão de IGATIs



Fonte: SIOP.

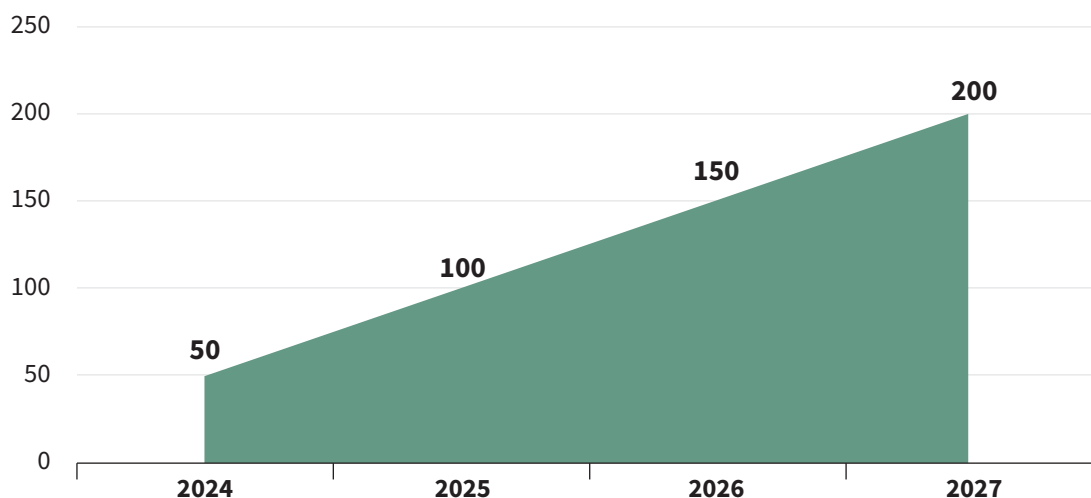
Há, ainda, a entrega **Eventos formativos em gestão territorial e ambiental de territórios indígenas e para o enfrentamento da emergência climática realizados**, que envolve cursos (presenciais ou EAD), oficinas, intercâmbios etc. Planeja-se formar 600 indígenas até o final do PPA 2024-2027, a partir das demandas organizadas pelos povos indígenas e que são apresentadas ao Poder Público e parceiros.

As iniciativas de **Manejo e monitoramento participativo da biodiversidade** constituem mais uma entrega inserida nesse Programa e consistem na produção de inventários e no monitoramento da fauna e da flora em terras indígenas. Elas são realizadas pelas comunidades indígenas, em especial por agentes ambientais indígenas capacitados. Planeja-se apoiar 8 iniciativas de manejo e monitoramento participativo da biodiversidade por ano, durante o PPA 2024-2027, em todo território nacional, partindo de demandas organizadas pelos povos indígenas e que são apresentadas ao Poder Público e parceiros.

A entrega **Recuperação ambiental em terras indígenas** refere-se à recuperação ambiental de áreas degradadas em terras indígenas com o apoio da Funai. Serão realizadas ações de apoio à recuperação, abrangendo 200 hectares até o final do PPA, a partir de demandas organizadas pelos povos indígenas e que são apresentadas ao Poder Público e parceiros, em todo território nacional.



Gráfico 09 – Ações de apoio à recuperação ambiental em terras indígenas



Obs.: Considerando o número total de hectares a ser alcançado ao final do quadriênio 2024-2027.

Fonte: SIOP.

Há, ainda, a entrega **Oitivas de consulta a comunidades indígenas em processos de licenciamento ambiental**: a Funai realiza as oitivas às comunidades indígenas afetadas, no âmbito de processos de licenciamento ambiental, no momento da apresentação do Componente Indígena do Estudo de Impacto Ambiental (CI-EIA), na apresentação do Componente Indígena do Plano Básico Ambiental (CI-PBA) e durante a execução dos programas do CI-PBA.

Pretende-se até o final do PPA 2024-2027 realizar 460 oitivas de consulta a comunidades indígenas, sob demanda, conforme os órgãos ambientais federal, estaduais e municipais iniciem processos de licenciamento ambiental com potencial de impactar povos e terras indígenas no Brasil.

3.2 Ciência, Tecnologia e Inovação para o Desenvolvimento Social

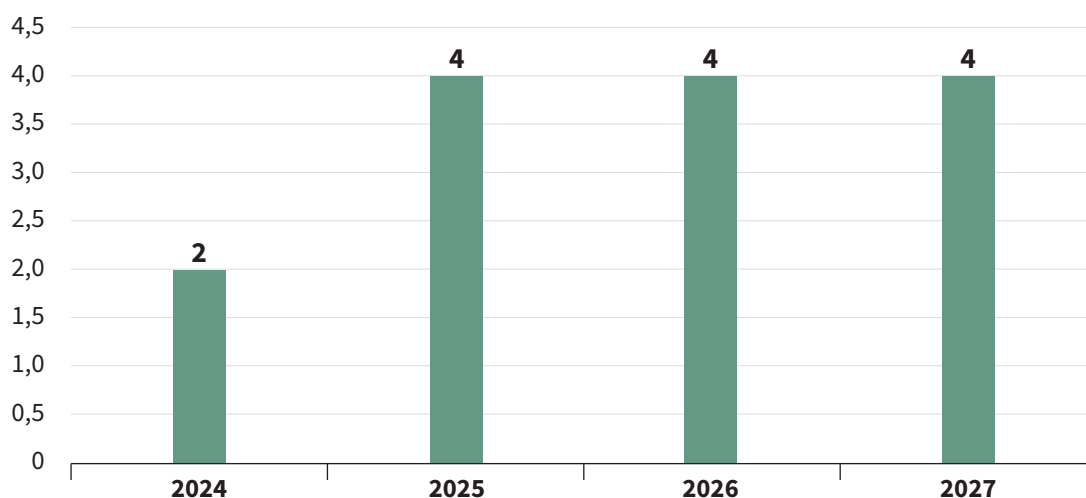
O Programa **Ciência, Tecnologia e Inovação para o Desenvolvimento Social** tem como objetivo democratizar o acesso aos resultados do desenvolvimento científico e tecnológico, promovendo a difusão de tecnologias e a popularização da ciência, para contribuir para a resolução de problemas sociais e melhoria de vida da população.

3.2.1 Ampliar o desenvolvimento, o acesso, a reaplicação e a apropriação de tecnologias sociais

Na entrega **Fomento ao desenvolvimento e aplicação de tecnologias sociais entre povos indígenas, nos termos da Política Nacional de Gestão Territorial e Ambiental de Terras Indígenas (PNGATI) - Decreto nº 7.747, de 5 de junho de 2012**, planeja-se desenvolver, até o final de 2027, 14 tecnologias, dando prioridade às Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.



Gráfico 10 – Aumento do número de tecnologias sociais desenvolvidas entre povos indígenas



Fonte: SIOP.

3.3 Recursos Hídricos: Água em Quantidade e Qualidade para sempre

O programa Recursos Hídricos: Água em Quantidade e Qualidade para sempre tem como objetivo assegurar a disponibilidade de água em padrões de qualidade e quantidade adequados aos usos múltiplos, por meio de infraestrutura adequada, da conservação, da recuperação e do uso racional dos recursos naturais, promovendo a proteção dos mananciais e revitalização de bacias hidrográficas.

Neste programa, destaca-se a entrega **Implantação de sistemas de abastecimento de água em comunidades tradicionais da Amazônia**, que visa oferecer água potável a comunidades tradicionais da região amazônica, por meio da implantação de sistemas de abastecimento de água de pequeno e médio portes, incluindo a execução de obras civis, a aquisição de equipamentos e de serviços necessários a entrega operacional dos projetos. Serão 18 sistemas de abastecimento de água em comunidades tradicionais da Amazônia até o final de 2027.

3.4 Proteção e Recuperação da Biodiversidade e Combate ao Desmatamento e Incêndios

O objetivo deste Programa é conservar, recuperar e valorizar os biomas terrestres e as zonas costeira e marinha, para a manutenção da diversidade biológica, dos recursos naturais e dos serviços ecossistêmicos, combatendo o desmatamento, os incêndios e a exploração predatória dos recursos naturais.

Os povos indígenas desempenham papel fundamental neste contexto, pois seu modo de vida, que considera a comunidade humana como parte integrante do ecossistema em que habita, preserva e protege a biodiversidade circundante: os recursos naturais não são recursos a serem explorados, mas parte de um todo que se conecta e interdepende entre si.

Sendo assim, a garantia de direitos de indígenas é causa direta de maior proteção e recuperação da natureza.



3.4.1 Prevenir e controlar o desmatamento e a degradação da vegetação nativa no Brasil

No objetivo específico **Prevenir e controlar o desmatamento e a degradação da vegetação nativa no Brasil**, destaca-se a entrega **Fiscalização em terras indígenas ampliada**, para combater infrações ambientais.

A meta é realizar 750 ações de fiscalização ambiental em terras indígenas por ano, em todo território nacional. Conforme Lei Complementar nº 140, de 8 de dezembro de 2011, a competência prevalente de fiscalização ambiental nas terras indígenas é do Ibama.



4 Sociobioeconomía indígena



4 Sociobioeconomia indígena

Esta dimensão reúne ações que fortalecem a sociobioeconomia indígena, um modelo de desenvolvimento econômico mais inclusivo e justo na repartição dos benefícios, especialmente na relação com povos indígenas e comunidades tradicionais, a partir da valorização dos recursos naturais, e que se apresenta como uma alternativa à forma como a sociedade se desenvolveu historicamente. As temáticas da sociobioeconomia indígena envolvem agroecologia, sistemas agroflorestais, etnodesenvolvimento, educação etnoambiental, saúde ambiental, entre outros.

4.1 Demarcação e Gestão dos Territórios Indígenas para o Bem Viver, a Sustentabilidade e o Enfrentamento da Emergência Climática

4.1.1 Promover a gestão territorial e ambiental de territórios indígenas e a sustentabilidade da sociobioeconomia indígena

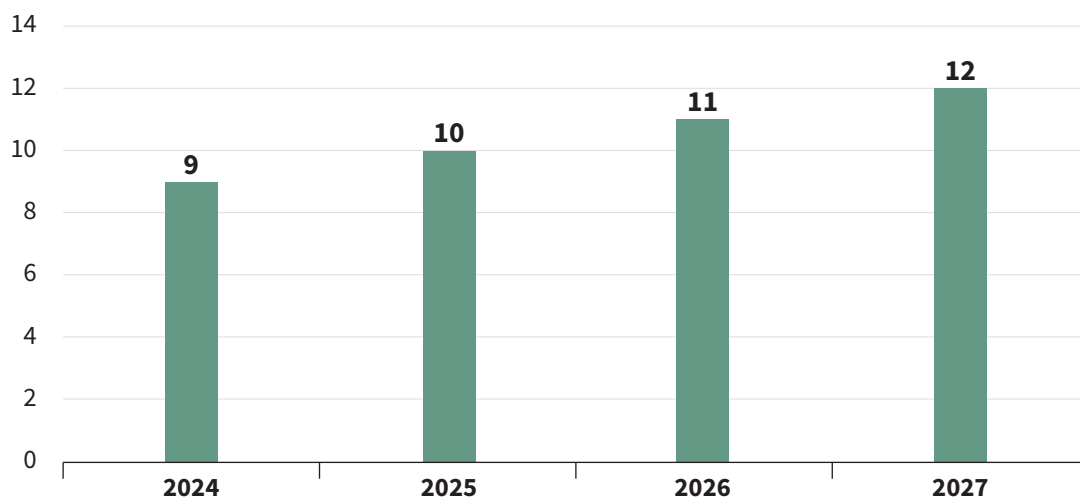
Conforme mencionado anteriormente, este objetivo específico visa promover a elaboração, revisão e implementação de instrumentos de gestão ambiental e territorial de terras indígenas (IGATIs), bem como apoiar projetos e outras iniciativas que promovam a sustentabilidade da sociobioeconomia indígena. A meta prevista para o final do PPA 2024-2027 é de 60 IGATIs em processo de implementação.

Com a entrega **Eventos de formação na sociobioeconomia indígena realizados**, pretende-se realizar, até o final do PPA 2024-2027, 14 eventos de formação em sociobioeconomia indígena, a partir das demandas organizadas pelos povos indígenas e entidades parceiras e que são apresentadas ao Poder Público.

A entrega **Planos de visitação turística em terras indígenas em implementação** refere-se à visitação com finalidade turística em terras indígenas, no âmbito dos segmentos de Etnoturismo e Ecoturismo. É uma opção de geração de renda para os povos indígenas, desde que realizada com base comunitária e sustentável, respeitando-se a privacidade e a intimidade dos indígenas, nos termos estabelecidos por eles. As atividades devem ser propostas à Funai, por meio da apresentação do Plano de Visitação, conforme normas estabelecidas pela Instrução Normativa Funai nº 3, de 11 de junho de 2015. Pretende-se apoiar a implementação de 12 planos de visitação turística em terras indígenas, até o final do PPA, e em todo território nacional, conforme demanda indígena.



Gráfico 11 – Apoio à implementação de planos de visitação turística em terras indígenas

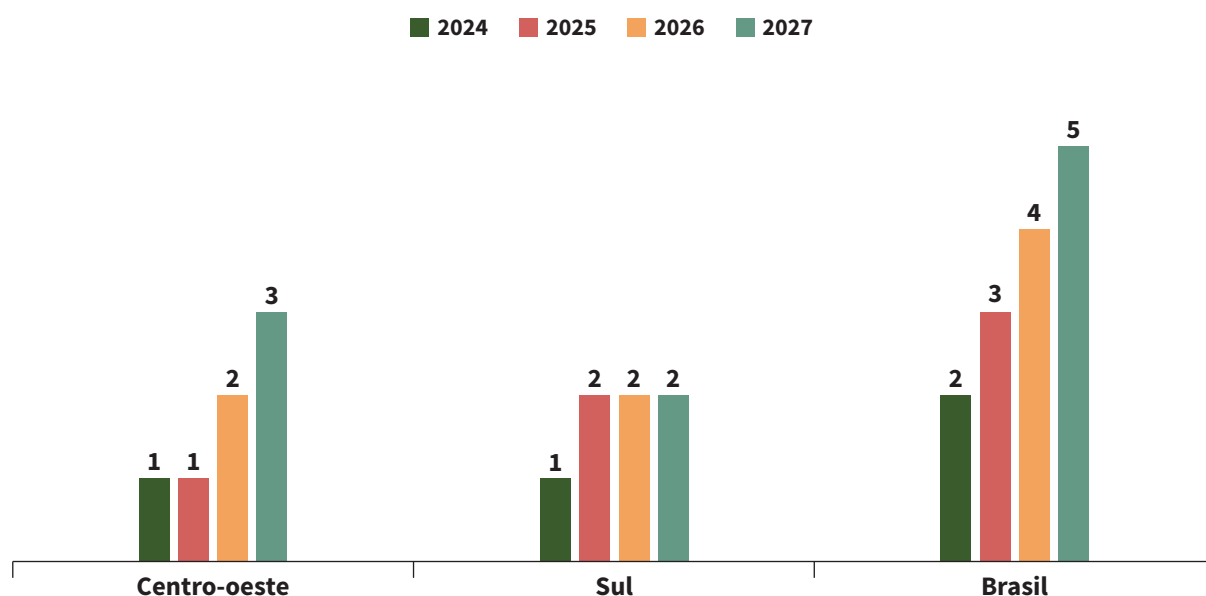


Obs.: Número total anualizado considerando o somatório anual no quadriênio 2024-2027.

Fonte: SIOP.

A entrega **Projetos de transição agroecológica e produção sustentável em territórios indígenas em implementação** refere-se ao apoio à implementação de projetos de transição agroecológica e produção sustentável em territórios indígenas. São projetos voltados em especial a territórios onde se encontram sistemas produtivos agropecuários. Serão apoiados 5 projetos até o final do PPA, sendo 2 na Região Sul e 3 na Região Centro-Oeste.

Gráfico 12 – Apoio à implementação de projetos de transição agroecológica e produção sustentável em territórios indígenas



Fonte: SIOP.

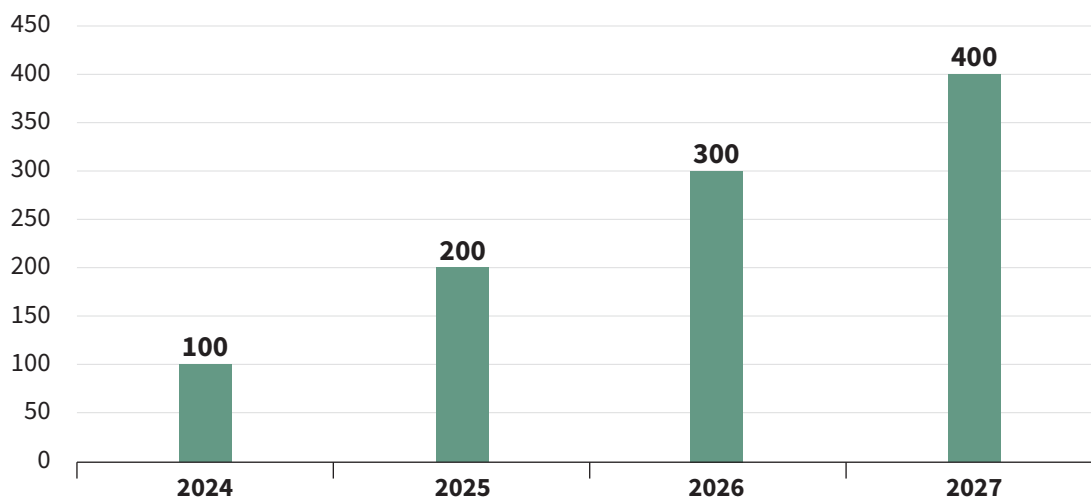
Obs.: Regionalizada tendo em vista a localização geográfica de execução, e anualizado considerando o somatório anual no quadriênio 2024-2027.



As tecnologias sociais previstas na entrega **Tecnologias sociais voltadas ao uso sustentável da agrobiodiversidade indígena** consistem em bancos de sementes, viveiros comunitários, sistemas agroflorestais, quintais produtivos, sistemas de produção integrada, entre outras. Serão implementadas com o apoio da Funai, até o final de 2027, 20 iniciativas de tecnologias sociais a partir de demandas das comunidades indígenas.

A entrega **Infraestrutura de produção, beneficiamento, armazenamento e transporte de produtos e serviços de sociobiodiversidade indígena** envolve a oferta de apoio à implantação e adequação desta infraestrutura. Serão apoiados pela Funai 400 projetos de implantação e adequação da infraestrutura em território nacional, conforme demanda indígena.

Gráfico 13 – Projetos de implantação e adequação de infraestrutura de produção, beneficiamento, armazenamento e transporte de produtos e serviços de sociobiodiversidade indígena



Fonte: SIOP.

A entrega **Oficinas de qualificação de indígenas para o acesso ao PAA, ao PNAE e à PGPM-Bio** refere-se à realização de oficinas visando a qualificação de indígenas para o acesso ao Programa de Aquisição de Alimentos – PAA, ao Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE e à Política de Garantia de Preços Mínimos para os Produtos da Sociobiodiversidade – PGPM-Bio. Serão realizadas 5 oficinas até o final do Plano, em todo território nacional, conforme demanda indígena.



O principal instrumento da entrega **Iniciativas de promoção, marketing e certificação de produtos indígenas realizadas** é o **Selo Indígenas do Brasil**, instituído por meio da Portaria Interministerial MDA/MPI/FUNAI nº 1, de 4 de janeiro de 2024, com o objetivo de identificar produtos de origem indígena no país.

A concessão do Selo Indígenas do Brasil está associada à expedição do Selo Nacional da Agricultura Familiar (SENAF), criado em novembro de 2017 pelo MDA. Isto quer dizer que os aprovados na certificação poderão usar tanto o Selo Indígena quanto o da Agricultura Familiar. No âmbito do PPA está previsto o apoio a 8 iniciativas de promoção, marketing e certificação de produtos indígenas.

A entrega **Organizações produtivas indígenas** trata do apoio ao fortalecimento e à articulação de entidades indígenas gestoras de iniciativas econômicas comunitárias e redes de organizações produtivas indígenas, sendo estas formais ou informais. No âmbito do PPA, planeja-se apoiar o fortalecimento e a articulação de 12 entidades indígenas até o final de 2027, em todo território nacional, conforme demanda indígena.

A entrega **Feiras de artes, artesanatos e outros produtos da sociobiodiversidade indígenas apoiadas** envolve o apoio à realização de 38 feiras até o final de 2027, sendo 7 na Região Norte, 7 na Região Nordeste, 7 na Região Centro-Oeste, 7 na Região Sudeste, 7 na Região Sul e 3 de abrangência nacional.

A entrega **Mecanismos de divulgação do artesanato indígena criados, com enfoque na geração de renda** compreende a criação de 2 mecanismos até o final do PPA, abrangendo todo o território nacional.

4.2 Bioeconomia para um Novo Ciclo de Prosperidade

O **Programa Bioeconomia para um Novo Ciclo de Prosperidade**, sob responsabilidade do Ministério do Meio Ambiente e Mudança do Clima, tem por objetivo promover a transição para uma economia que estimule as cadeias de valor da biodiversidade, as soluções baseadas na natureza e o modo de vida e os conhecimentos dos povos e comunidades tradicionais, dentre eles os povos indígenas, de forma inclusiva, com repartição justa e equitativa de seus resultados.

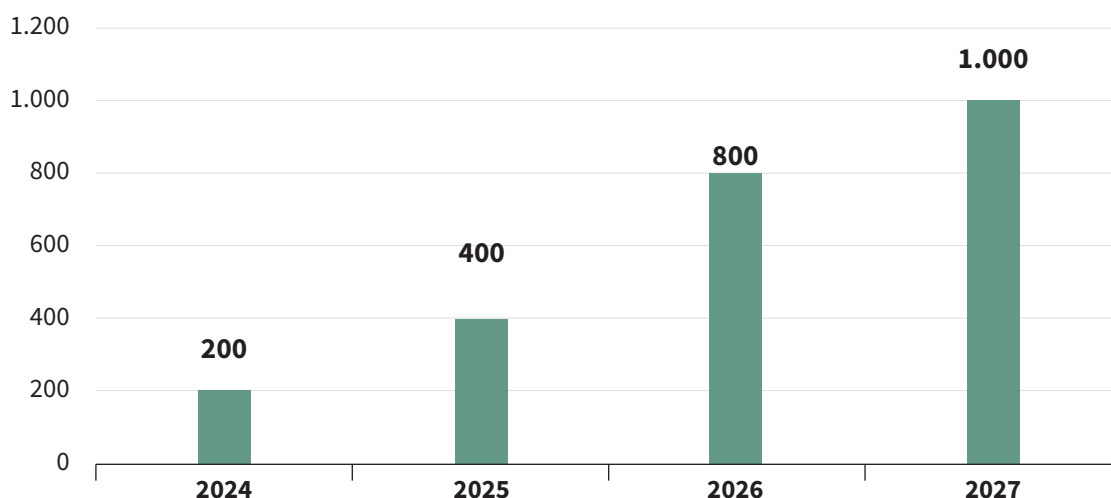
4.2.1 Promover o desenvolvimento do ecossistema de negócios e inovação da bioeconomia com ênfase no uso sustentável da biodiversidade

O objetivo específico **Promover o desenvolvimento do ecossistema de negócios e inovação da bioeconomia com ênfase no uso sustentável da biodiversidade** envolve incentivos à inovação tecnológica aplicada, apoio ao desenvolvimento de negócios multiescaláveis, estratégias de diferenciação de produtos, disseminação de conhecimento e formação profissional, além do financiamento adequado às singularidades dessas cadeias. A aplicação das salvaguardas e a repartição justa e equitativa de benefícios para povos e comunidades tradicionais e agricultores familiares devem ser promovidos, de forma a desenvolver a bioeconomia sustentável e socialmente justa.

Até 2027, no âmbito do PPA, planeja-se apoiar, incubar e acelerar 1.000 negócios de bioeconomia de associações, cooperativas e empresas.



Gráfico 14 – Ampliação do número de negócios de bioeconomia de associações, cooperativas e empresas apoiados



Fonte: SIOP.

Obs.: Empresas, *startups*, associações, cooperativas e empreendimentos de agricultores familiares e Povos e Comunidades Tradicionais; Academia e Instituições de Pesquisa; Famílias Beneficiárias de Unidades de Conservação e Comunidades de Pescadores Artesanais. Considerando o número total de negócios apoiados a ser alcançado ao final do quadriênio 2024-2027.

4.2.2 Promover a gestão ambiental em territórios rurais com iniciativas de base agroecológica, da sociobiodiversidade e da agroindústria, com conservação ambiental e recuperação de áreas degradadas.

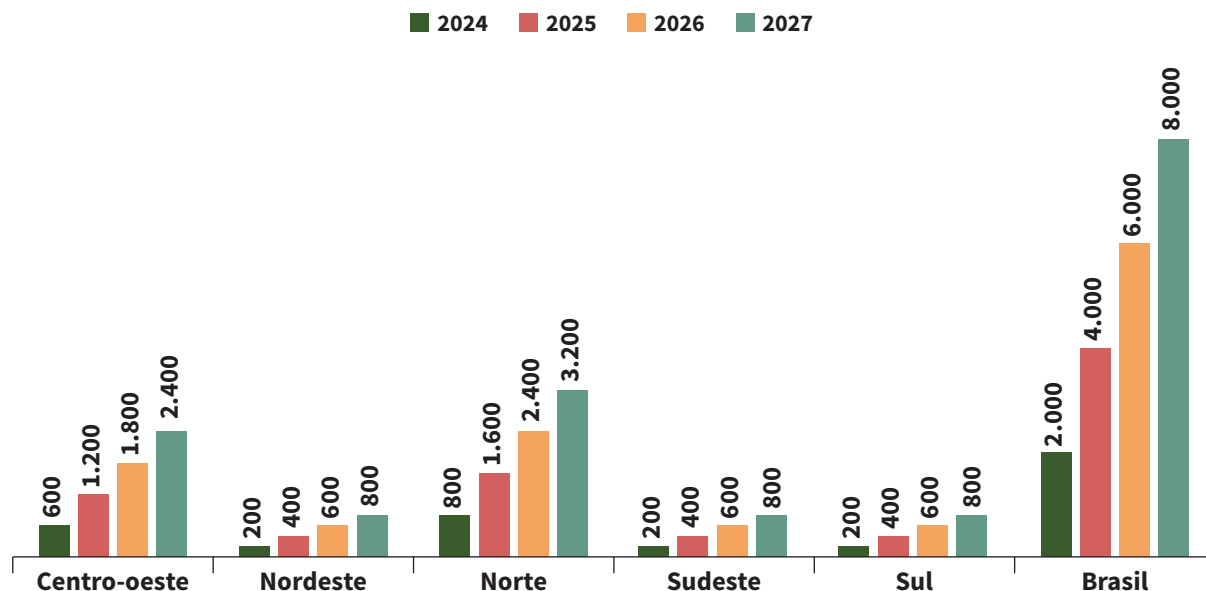
No âmbito do objetivo específico **Promover a gestão ambiental em territórios rurais com iniciativas de base agroecológica, da sociobiodiversidade e da agroindústria, com conservação ambiental e recuperação de áreas degradadas**, pretende-se elaborar e fortalecer instrumentos de gestão e assessoria técnica e extensão rural socioambiental em comunidades rurais da agricultura familiar, povos e comunidades tradicionais, contribuindo para a conservação ambiental, a recuperação de áreas degradadas, a mitigação dos efeitos da mudança do clima, a segurança alimentar, a justiça socioambiental, econômica, racial, geracional e de gênero.

Na entrega **Famílias da agricultura familiar, povos e comunidades tradicionais, jovens, mulheres atendidas com iniciativas de inclusão socioproductiva sustentáveis de base agroecológica, agrícolas e não agrícolas**, planeja-se atender 8.000 famílias, incluindo famílias indígenas, com iniciativas de inclusão socioproductiva sustentáveis de base agroecológica, agrícolas e não agrícolas até o final do PPA 2024-2027, sendo 3.200 na Região Norte, 2.400 na Região Centro-Oeste, 800 na Região Nordeste, 800 na Região Sudeste e 800 na Região Sul.

A entrega **Famílias da agricultura familiar, povos e comunidades tradicionais, jovens, mulheres atendidas com assessoria técnica e extensão rural, com foco em atividades de base agroecológica, elaboração e fortalecimento de instrumentos de gestão ambiental rural** envolve o atendimento de famílias indígenas. Serão atendidas 3.200 famílias na Região Norte, 2.400 na Região Centro-Oeste, 800 na Região Nordeste, 800 na Região Sudeste e 800 na Região Sul.



Gráfico 15 – Atendimento com assessoria técnica e extensão rural, com foco em atividades de base agroecológica, elaboração e fortalecimento de instrumentos de gestão ambiental rural famílias da agricultura familiar, povos e comunidades tradicionais, jovens e mulheres



Fonte: SIOP.

Por último, no âmbito da entrega **Comunidades atendidas com iniciativas de turismo de base comunitária**, serão atendidas 80 famílias, dentre essas, famílias indígenas, com iniciativas de turismo de base comunitária na Região Norte até o final do PPA 2024-2027.

4.3 Agricultura Familiar e Agroecologia

O Programa **Agricultura Familiar e Agroecologia**, sob responsabilidade do Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA), tem como objetivo fortalecer a agricultura familiar em sua diversidade e a agroecologia, promovendo a produção de alimentos, a inclusão socioeconômica, a redução das desigualdades, a segurança alimentar e nutricional e a mitigação e adaptação às mudanças climáticas, sendo os povos indígenas um dos públicos-alvo do programa.

Será adotada uma abordagem abrangente que englobará diversas ações, como a implementação de políticas públicas integradas, o que envolve a criação de programas e ações que abordem simultaneamente a produção de alimentos saudáveis, a inclusão socioeconômica dos/as agricultores/as familiares, a redução das desigualdades no campo, a segurança alimentar e nutricional da população e a adaptação às mudanças climáticas.

É papel do MDA contribuir para o aperfeiçoamento e adequação do crédito rural Pronaf (Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar) para suprir as necessidades e anseios dos Agricultores Familiares contemplados pela Lei nº 11.326, de 24 de julho de 2006.

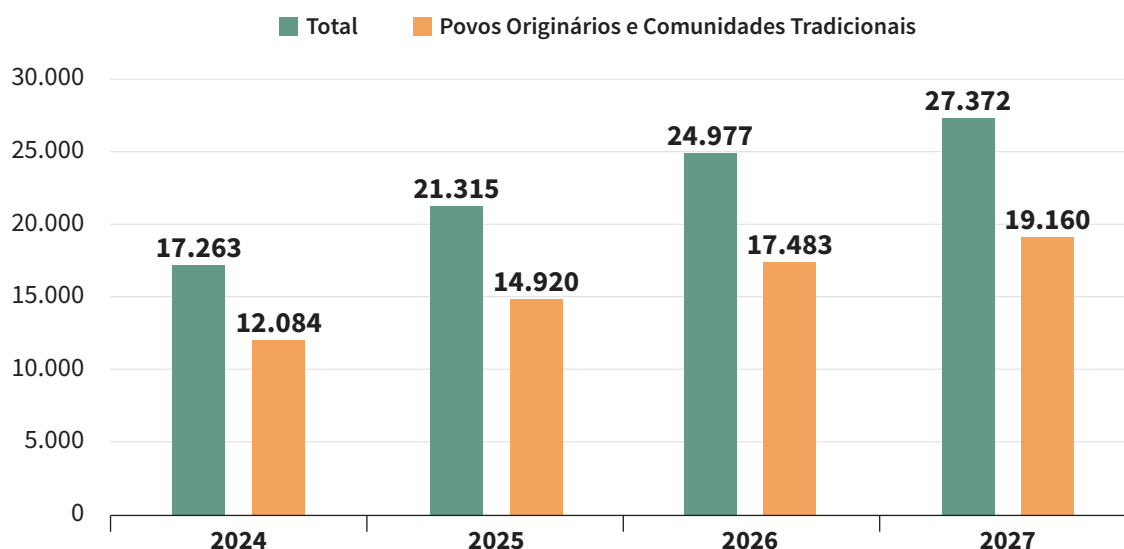


4.3.1 Promover a bioeconomia na agricultura familiar de forma inclusiva, com ênfase no uso sustentável dos recursos da sociobiodiversidade

O objetivo específico **Promover a bioeconomia na agricultura familiar de forma inclusiva, com ênfase no uso sustentável dos recursos da sociobiodiversidade** tem como foco a promoção de um modelo econômico sustentável, a partir do apoio à estruturação de arranjos produtivos baseados no uso da sociobiodiversidade, de plantas medicinais, aromáticas e condimentares, a partir de processos transformadores e inovadores que visam ao acesso aos mercados, à geração de renda e à melhoria da qualidade para agricultores familiares, povos e comunidades tradicionais, atendendo assim aos povos indígenas.

No âmbito desse objetivo específico serão beneficiados, até o final da vigência do Plano Plurianual, 27.372 agricultores(as) familiares, dentre eles 19.160 pertencem aos povos originários e tradicionais. Em termos de regionalização, serão 6.843 famílias na Região Norte, 6.843 na Região Nordeste, 4.379 na Região Centro-Oeste, 4.379 na Região Sudeste e 4.379 na Região Sul.

Gráfico 16 – Ampliação do número de agricultores e agricultoras familiares apoiados por ações, projetos e políticas de estruturação socioprodutiva de cadeias da sociobiodiversidade e de plantas medicinais, aromáticas e condimentares



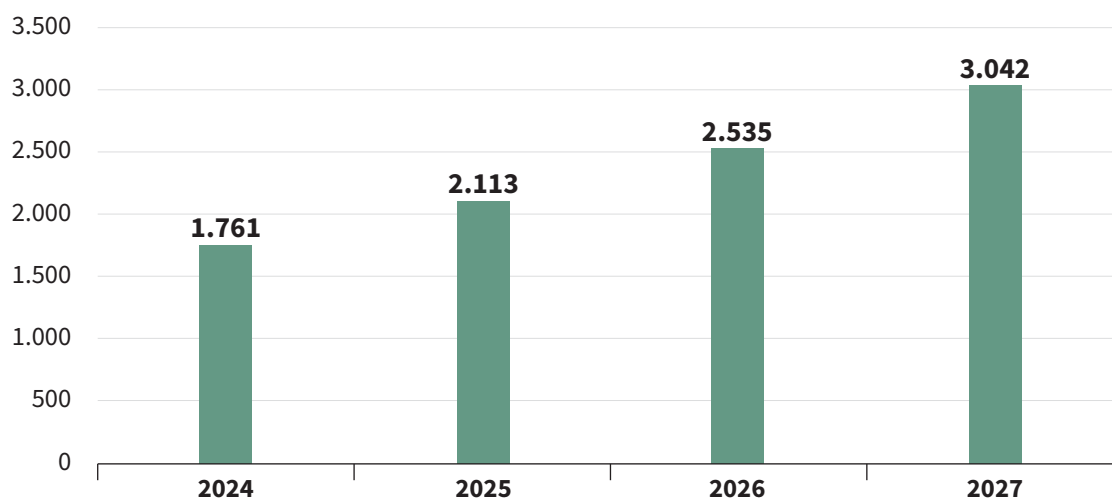
Fonte: SIOP.

Obs.: Desagregado considerando o público específico de Povos Originários e Comunidades Tradicionais e considerando o número total de agricultores e agricultoras familiares apoiados a ser alcançado ao final do quadriênio 2024-2027.

Com projetos de estruturação socioprodutiva no âmbito da bioeconomia e da sociobiodiversidade, na entrega de **Ações e projetos de estruturação socioprodutiva realizadas junto a agricultores e agricultoras familiares, povos e comunidades tradicionais que atuam nas cadeias da sociobiodiversidade**, serão beneficiados 3.042 agricultores e agricultoras familiares, povos e comunidades tradicionais, sendo 1.521 na Região Norte, 381 na Região Nordeste, 380 na Região Centro-Oeste, 380 na Região Sudeste e 380 na Região Sul.



Gráfico 17 – Ampliação do número de agricultores e agricultoras familiares, povos e comunidades tradicionais beneficiados por projetos de estruturação socioprodutiva no âmbito da bioeconomia e da sociobiodiversidade



Fonte: SIOP.

Na entrega **Ações e projetos de inclusão e qualificação produtiva realizadas junto a agricultores e agricultoras familiares, povos e comunidades tradicionais que atuam nos arranjos produtivos de plantas medicinais aromáticas, condimentares e fitoterápicos**, serão beneficiados 2.653 agricultores familiares, sendo 795 entre povos originários e tradicionais. Os projetos serão distribuídos em todo território nacional, sendo 530 por macrorregião.

4.4 Governança Fundiária, Reforma Agrária e Regularização de Territórios Quilombolas e de Povos e Comunidades Tradicionais

O Programa **Governança Fundiária, Reforma Agrária e Regularização de Territórios Quilombolas e de Povos e Comunidades Tradicionais** tem por objetivo promover a governança fundiária, a reforma agrária, a regularização fundiária e o acesso à terra para agricultoras e agricultores familiares, assentadas e assentados da reforma agrária, quilombolas, indígenas e povos e comunidades tradicionais, assegurando a função social da terra, a inclusão produtiva e o bem viver dessas populações.

A entrega **Participação de quilombolas, indígenas e povos e comunidades tradicionais na venda para mercados institucionais** prevê a ampliação da participação de cooperativas e associações de quilombolas, indígenas e povos e comunidades tradicionais nos mercados institucionais, em especial do Programa de Aquisição de Alimentos - PAA e do Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE. A meta **específica (desagregação de meta) para povos indígenas** é ampliar o fornecimento de cooperativas/associações quilombolas, indígenas e de povos e comunidades tradicionais aos mercados institucionais (PAA e PNAE), atingindo 14 no ano de 2027, sendo 5 na Região Nordeste, 3 na Região Norte, 2 na Região Sul e 2 na Região Sudeste.

A entrega **Famílias Quilombolas, Indígenas e de Povos e Comunidades Tradicionais atendidas por Assistência Técnica e Extensão Rural – ATER** busca aumentar o número de Famílias Quilombolas, Indígenas e de Povos e Comunidades Tradicionais atendidas por Assistência Técnica e Extensão Rural, conforme suas especificidades. A meta é atender 15.200 famílias com Assistência Técnica e Extensão



Rural, conforme suas especificidades, sendo 4.000 na Região Nordeste, 3.500 na Região Norte, 3.500 na Região Sudeste, 2.200 na Região Centro- Oeste e 2.000 na Região Sul.

A entrega **Cadastro da Agricultura Familiar - CAF para quilombolas, indígenas e povos e comunidades tradicionais** trata da ampliação do número de Cadastros da Agricultura Familiar - CAFs para a população quilombola, indígena e demais povos e comunidades tradicionais. A meta é ampliar para 235.363 o número de famílias que possuem o CAF/DAP, sendo 52.900 na Região Nordeste, 17.930 na Região Norte, 11.356 na Região Sul, 7.599 na Região Sudeste e 5.527 na Região Centro-Oeste.

A entrega **Produção de quilombolas, de indígenas e de povos e comunidades tradicionais registrada com selo de origem** busca ampliar o número de selos de origem emitidos para produção de quilombolas, de indígenas e de povos e comunidades tradicionais.

4.5 Pesquisa e Inovação Agropecuária

O Programa tem como objetivo fortalecer a capacidade do setor agropecuário na superação dos desafios econômicos, sociais e ambientais, por meio da geração, compartilhamento e aplicação de conhecimento técnico-científico e da bioeconomia, e traz muitas oportunidades de inovação para a agricultura brasileira, principalmente no que diz respeito à agregação de valor à biodiversidade e geração de prosperidade para comunidades locais.

4.5.1 Aumentar o compartilhamento, aplicação e geração de conhecimentos técnico-científicos para superação dos desafios econômicos, sociais e ambientais dos setores agropecuário, agroindustrial e florestal.

Por meio da entrega **Disponibilização de soluções tecnológicas aos públicos beneficiários para sistemas agropecuários, florestais e agroindustriais visando a inclusão social e produtiva e o desenvolvimento regional**, planeja-se beneficiar pequenos produtores e agroindústrias, agricultores familiares, povos e comunidades tradicionais. Até o final de 2027, serão desenvolvidas 344 tecnologias, sendo 217 na Região Centro-Oeste, 210 na Região Sudeste, 206 na Região Sul, 186 na Região Nordeste e 169 na Região Norte.

4.6 Neoliberalização, Ambiente de Negócios e Participação Econômica Internacional

O Programa tem por objetivo ampliar a inovação, a produtividade e a competitividade em direção a uma economia verde, diversificada, complexa e adensada, com melhoria do ambiente de negócios e aumento da participação econômica internacional qualificada do país, com vistas ao desenvolvimento econômico e social, a promoção de trabalho, a distribuição de renda e a redução das desigualdades sociais e regionais.

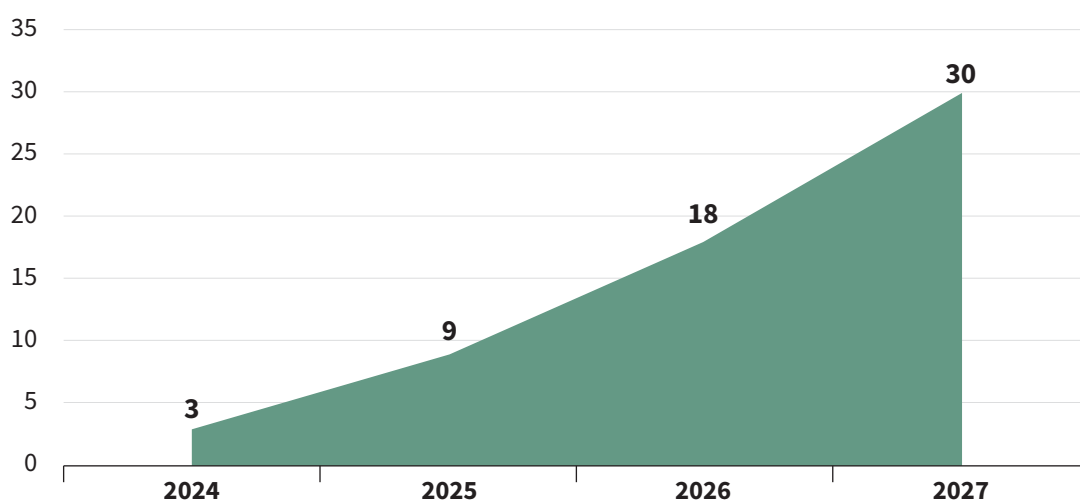
4.6.1 Promover o desenvolvimento da economia verde ampliando a sua participação na indústria brasileira

No âmbito deste objetivo específico, destaca-se a entrega **Povos e comunidades tradicionais e povos indígenas beneficiados no âmbito do Programa de Cadeias Produtivas da Sociobiodiversidade**



dos Biomas, no âmbito da qual se planeja beneficiar 30 povos e comunidades tradicionais e povos indígenas até o final do PPA, com ações que visam melhorar a qualidade, a capacidade produtiva, a produtividade e a conexão das unidades produtivas que forem inseridas ou que já fazem parte de cadeias de valor, nacionais e internacionais, de produtos da sociobiodiversidade. As ações devem estar relacionadas com as vocações dos biomas onde estiverem inseridas, com objetivos de aumento de renda dos beneficiários de forma sustentável social, ambiental e culturalmente.

Gráfico 18 – Número acumulado de povos indígenas, povos e comunidades tradicionais e agricultores familiares (PCTAFs) beneficiados



Fonte: SIOP.

4.7 Turismo, esse é o destino

O objetivo do Programa **Turismo, esse é o Destino** é posicionar o turismo como vetor de desenvolvimento sustentável e aumentar a competitividade dos destinos e produtos turísticos brasileiros, democratizando o acesso e os benefícios da atividade turística para os cidadãos brasileiros.

4.7.1 Promover as atividades turísticas nos destinos brasileiros de forma sustentável, inclusiva e com acessibilidade

No âmbito do objetivo específico **Promover as atividades turísticas nos destinos brasileiros de forma sustentável, inclusiva e com acessibilidade**, destaca-se a entrega **Realização de ações para promoção do acesso democrático e inclusivo de públicos prioritários aos benefícios da atividade turística, incluindo povos indígenas**.

Trata-se da promoção de ações e o compartilhamento de boas práticas comunitárias, de mercado e do poder público na busca por soluções efetivas, em curto e médio prazos, para os problemas existentes nos diferentes destinos, a partir da definição de ferramentas, mecanismos e responsabilidades de cada ator social envolvido na produção de bens, produtos e serviços nas destinações turísticas do território nacional. Serão 8 ações realizadas no período 2024-2027, sendo 1 ação destinada a povos indígenas de caráter nacional.



4.8 Economia Popular e Solidária Sustentáveis

4.8.1 Promover a educação popular, a qualificação técnica e a formação cidadã em Economia Popular e Solidária

Por meio deste objetivo, espera-se que sejam criados cursos de qualificação profissional para desenvolvimento de competências técnicas, humanas, políticas, sociais e ambientais dos integrantes dos empreendimentos de economia popular e solidária. **Está prevista a qualificação de 1.260 indígenas até 2027.** Esses cursos deverão sempre seguir as seguintes diretrizes: a) Ser uma formação humanista, antirracista, feminista e anticapacitista; b) Considerar o bem viver e os saberes dos povos e comunidades tradicionais e indígenas; c) Formação realizada por meio da educação popular e interdisciplinar, da metodologia pedagógica da alternância garantindo o diálogo entre teoria e prática, na relação da autogestão com a comunidade e o território; d) Fortalecer os princípios da Economia Solidária e diretrizes da política nacional; e) Alinhar as competências técnicas, humanas, políticas, sociocultural e ambientais.

4.9 Segurança Alimentar e Nutricional e Combate à Fome

O objetivo do Programa Segurança Alimentar e Nutricional e Combate à Fome é promover a produção, a oferta, o acesso e o consumo de água e alimentos adequados e saudáveis, com base em sistemas alimentares sustentáveis, saudáveis e resilientes, priorizando os grupos populacionais vulnerabilizados, dentre eles povos indígenas, e fortalecendo o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional.

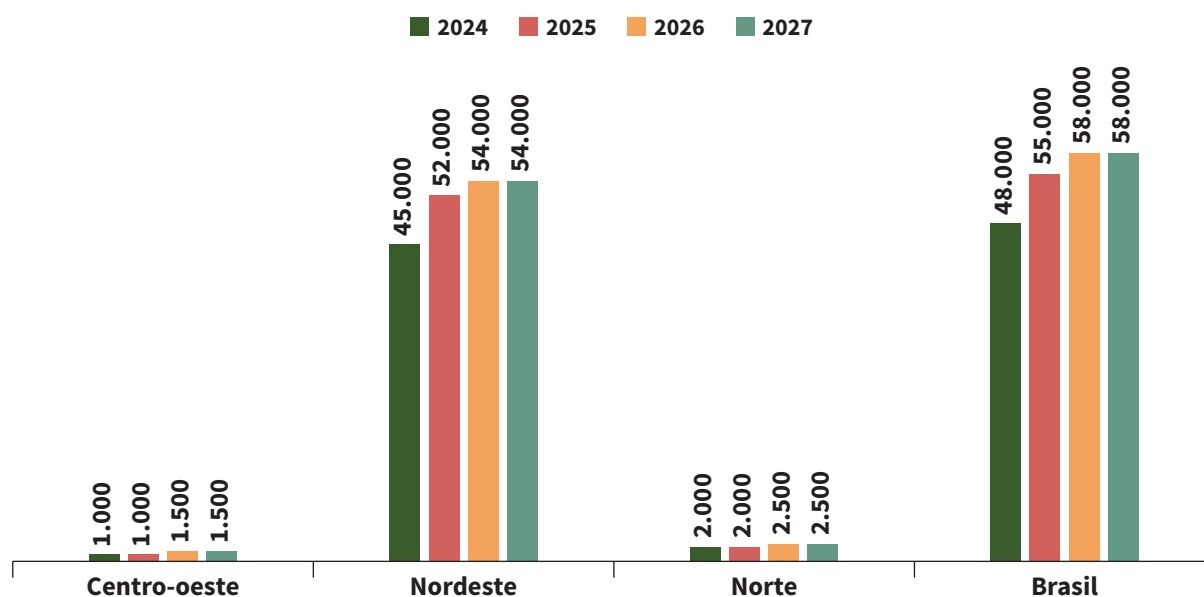
4.9.1 Ampliar o acesso à água para consumo e produção para as famílias rurais do Cadastro Único, por meio da implantação de tecnologias sociais de armazenamento de água

No âmbito deste objetivo específico, tem-se a entrega **Tecnologias sociais de acesso à água para o consumo e a produção, tais como cisternas de placas de 16 mil litros, cisternas escolares, cisternas calçadão, cisternas de enxurradas, barragens subterrâneas, sistemas pluviais multiuso autônomo, sistemas pluviais multiuso comunitários, entre outras.**

A meta é implementar 219 mil cisternas e/ou tecnologias sociais de acesso à água para consumo e produção até o final de 2027, sendo 54.000 na Região Nordeste, 2.500 na Região Norte e 1.500 na Região Centro-Oeste.



Gráfico 19 – Implementação de mil cisternas e/ou tecnologias sociais de acesso à água para consumo e produção.



Fonte: SIOP.

Obs.: Meta regionalizada por Macrorregião brasileira com meta para implantação. Números a serem alcançados por ano, totalizando 219.000 ao final do quadriênio 2024-2027.

4.9.2 Apoiar a inclusão produtiva de famílias rurais do Cadastro Único por meio do desenvolvimento de um projeto produtivo com assistência técnica e a transferência de um recurso não reembolsável

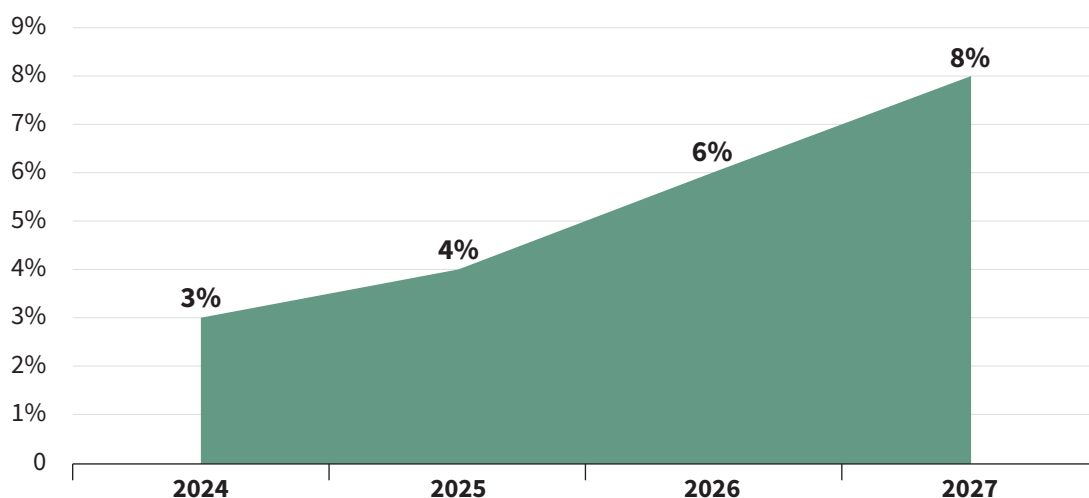
Já ao objetivo específico **Apoiar a inclusão produtiva de famílias rurais do Cadastro Único por meio do desenvolvimento de um projeto produtivo com assistência técnica e a transferência de um recurso não reembolsável** está vinculada a entrega **Inclusão produtiva de famílias rurais inscritas no Cadastro Único por meio do acompanhamento social e produtivo e a transferência direta de recursos financeiros não-reembolsáveis às famílias**, e com isso planeja-se atender com ações de inclusão produtiva 131.000 famílias rurais inscritas no Cadastro Único até 2027, em todo território nacional.

No objetivo específico **Adquirir alimentos da agricultura familiar, ampliando a participação, com equidade de gênero, dos grupos prioritários definidos na legislação do PAA, como fornecedores dos alimentos que abastecem as ações e equipamentos de Segurança Alimentar e Nutricional**, busca-se garantir uma distribuição equitativa e igualitária das oportunidades, envolvendo a sociedade civil e seus movimentos organizados.

Com a entrega **Povos indígenas, comunidades quilombolas, povos e comunidades tradicionais como fornecedores de alimentos do PAA**, planeja-se atingir 8% dos agricultores familiares pertencentes a povos indígenas, comunidades quilombolas, povos e comunidades tradicionais como fornecedores de alimentos do PAA até o final de 2027.



Gráfico 20 – Ampliar a participação dos agricultores (as) familiares pertencentes a povos indígenas, comunidades quilombolas, povos e comunidades tradicionais como fornecedores de alimentos do PAA.



Fonte: SIOP.

4.9.3 Fomentar o Desenvolvimento de Sistemas Alimentares Saudáveis e Sustentáveis

O objetivo específico **Fomentar o Desenvolvimento de Sistemas Alimentares Saudáveis e Sustentáveis** busca promover sistemas alimentares saudáveis e sustentáveis nas cidades para fomentar a produção agroecológica, o acesso, a oferta, a comercialização, a distribuição e o consumo de uma alimentação saudável priorizando a população em situação de insegurança alimentar e nutricional.

Destaca-se a entrega **Cestas de alimentos para grupos populacionais tradicionais e específicos em situação de insegurança alimentar e nutricional e/ou famílias afetadas por situação de emergência ou de calamidade pública**. Até o final de 2027, serão entregues dois milhões de cestas de alimentos a partir de demandas de situações emergenciais ou de insegurança alimentar de povos e comunidades tradicionais.

4.10 Abastecimento e Soberania Alimentar

O Programa Abastecimento e Soberania Alimentar tem como objetivo ampliar a disponibilidade e o abastecimento de alimentos diversificados com base em sistemas alimentares saudáveis e sustentáveis, para promoção da soberania alimentar, tendo um dos públicos-alvo, povos indígenas.

4.10.1 Promover a comercialização e as compras públicas da agricultura familiar, assegurando a participação de povos e comunidades tradicionais, povos indígenas, juventude rural e mulheres rurais

Este objetivo específico incorpora parcialmente a proposta “PNAE 40% - Aquisição de no Mínimo 40% de produtos da Agricultura Familiar”, que obteve 517 votos na Plataforma Brasil Participativo no âmbito do processo de participação na construção do PPA.



No âmbito do objetivo específico **Promover a comercialização e as compras públicas da agricultura familiar, assegurando a participação de povos e comunidades tradicionais, povos indígenas, juventude rural e mulheres rurais**, destaca-se a entrega **Aumentar o número de agricultores familiares que vendem alimentos para o Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE**, com o intuito de apoiar, fomentar, capacitar e viabilizar o acesso aos mercados institucionais e estruturar as ações de comercialização da produção dos agricultores familiares, de agricultores assentados da reforma agrária, de povos e comunidades tradicionais, de povos indígenas, de agricultores urbanos e periurbanos, assim como seus empreendimentos e organizações econômicas para comercialização para alimentação escolar.

No âmbito desta entrega, procura-se aumentar em 5%, a cada ano, o número de agricultores familiares que vendem alimentos para PNAE, chegando-se a 48 mil agricultores que venderam para alimentação escolar contemplados em 2027.



5 Saúde Indígena



5 Saúde Indígena

Os povos indígenas apresentam perfil de morbimortalidade com predominância de doenças evitáveis, de forma concomitante com o agravamento de condições historicamente prevalentes e surgimento de novas, em decorrência do impacto que seu modo de vida vem sofrendo por ameaças territoriais e expansão de determinadas frentes econômicas.

Até a instituição do **Sistema Único de Saúde – SUS**, a saúde dos povos indígenas era centralizada em nível nacional, com ênfase assistencial-curativista. Após a promulgação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que instituiu o SUS, de forma associada à Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, que instituiu o **Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS)**⁸, passou-se a ofertar ações e serviços de Atenção Primária nas mais de 6 mil aldeias existentes, o que permitiu, dentre outros avanços, a redução da mortalidade infantil indígena de 74,6/1000 nascidos vivos (ano 2000), para 30,67/1000, em 2023.

A rede composta de ações e serviços de saúde, de atenção primária, média e alta complexidade constitui a via de acesso aos cuidados em saúde. No escopo da **Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena – PNASPI**, essas ações e serviços se organizam de maneira própria, para dar execução à atenção em saúde, como um meio de promoção ao exercício da cidadania.

Fazem parte do subsistema as Unidades Básicas de Saúde Indígena – UBSI, os Polos Base e os alojamentos para profissionais que cumprem escalas em territórios indígenas. Essas estruturas se articulam com os demais serviços da rede de saúde, para dar fluidez ao itinerário terapêutico dessa população.

A centralidade está na família indígena e suas dinâmicas, em contexto de comunidade. O planejamento e execução das ações leva em consideração suas tradições e saberes, de maneira culturalmente competente, uma vez que os desafios e necessidades dos povos indígenas são peculiares de sua condição de existência sociocultural.

5.1 Saúde Indígena

O Programa de **Saúde Indígena** tem por objetivo geral promover e qualificar a oferta de ações e serviços de saúde e saneamento ambiental, considerando os diferentes contextos étnico-culturais da população indígena, em articulação e fortalecimento dos saberes e práticas tradicionais. Essas medidas visam efetivar o direito à saúde dessa população, pela ampliação do acesso e melhoria da qualidade das ações e dos serviços, conforme os princípios que regem o Sistema Único de Saúde – SUS: universalidade, integralidade e equidade.

⁸ Componente do SUS, o Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS) tem como objetivo garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios de diretrizes do SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política. Para tal, esse subsistema é composto por 34 Distritos Especiais de Saúde Indígena (DSEI) localizados em todas as regiões do território brasileiro, que executam ações de atenção à saúde dos povos indígenas, assim como atividades de saneamento básico, gestão, apoio técnico e apoio ao controle social. Essa política é gerida pela Secretaria de Saúde Indígena do Ministério da Saúde.

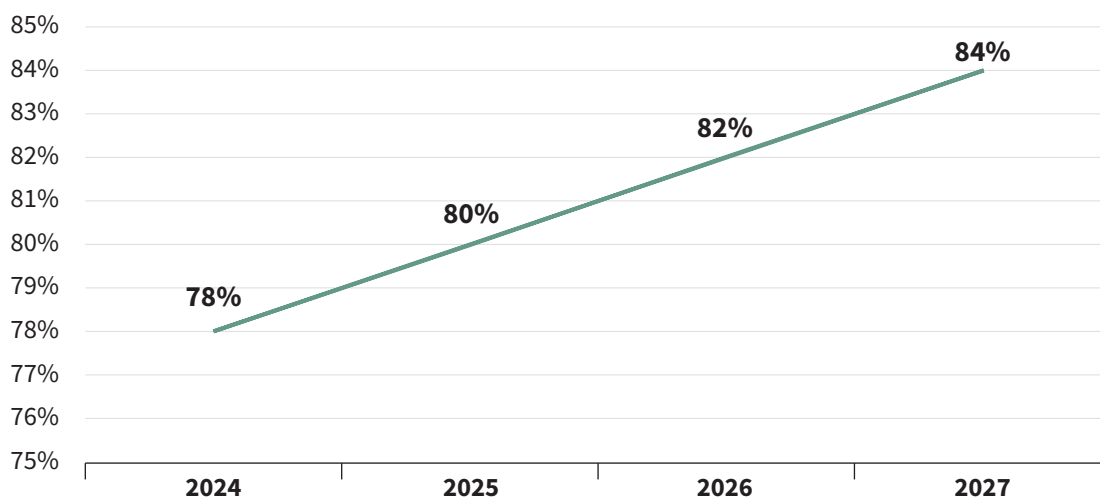


5.1.1 Reduzir a mortalidade infantil indígena por causas evitáveis

Este objetivo específico tem como meta para 2024 reduzir a taxa de mortalidade infantil indígena por causas evitáveis de 19,1 para 17,58, alcançando 13,03 em 2027. Para efeitos de comparação, a taxa de mortalidade infantil da população em geral no Brasil em 2021 foi de 10,6 segundo o Boletim Epidemiológico Vol. 53 - nº 46 (dezembro/2022) do Ministério da Saúde.

Com a entrega **Esquema Vacinal completo em crianças indígenas menores de 1 ano**, planeja-se cobrir 84% dos indígenas menores de 1 ano até o final de 2027, alcançando 78% em 2024, 80% em 2025, e 82% em 2026.

Gráfico 21 – Aumento do percentual de indígenas menores de um ano com esquema vacinal completo

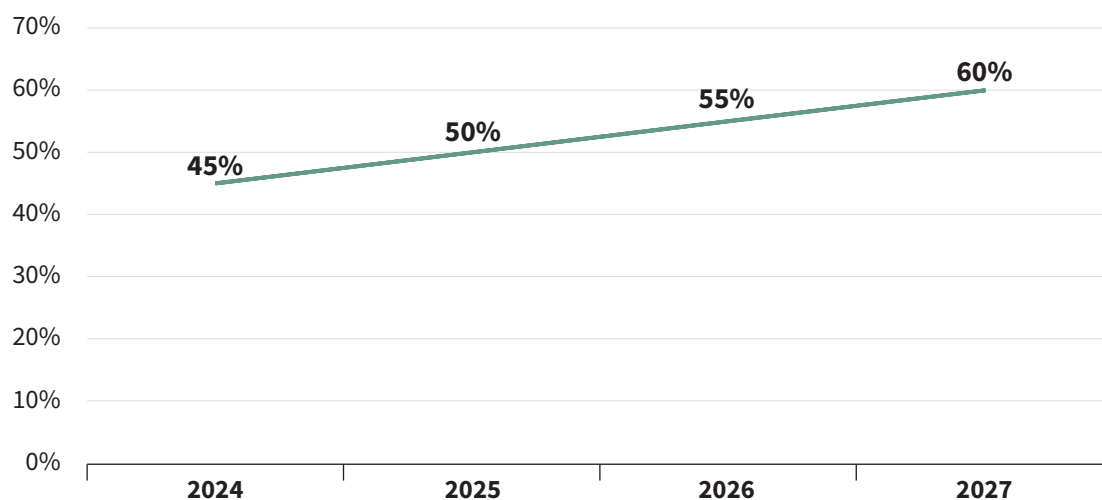


Fonte: SIOP.

Com a entrega **Consultas de crescimento e desenvolvimento infantil realizadas**, o objetivo é ampliar o percentual de crianças indígenas menores de 1 ano com no mínimo 6 consultas de crescimento e desenvolvimento, que atualmente é de 43,1%, para 60%, até o fim do Plano Plurianual. O alcance dos resultados será medido pelo percentual de crianças indígenas menores de 1 ano com no mínimo 6 consultas de crescimento e desenvolvimento.



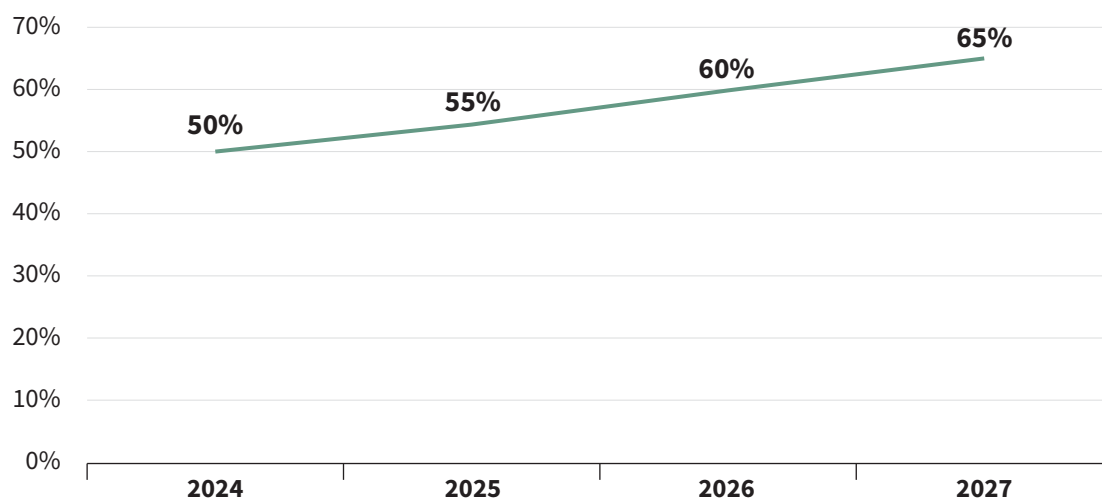
Gráfico 22 – Ampliação do percentual de crianças indígenas menores de 1 ano com no mínimo 6 consultas de crescimento e desenvolvimento.



Fonte: SIOP.

Também está definida a entrega **Consultas de pré-natal realizadas**, na qual se pretende ampliar para 65% o percentual das gestantes indígenas com no mínimo 6 consultas de pré-natal, que atualmente está em 49,1%. O indicador adotado para acompanhamento do alcance da meta é o percentual de gestantes indígenas com no mínimo 6 consultas de pré-natal.

Gráfico 23 – Ampliação do percentual das gestantes indígenas com no mínimo 6 consultas de pré-natal



Fonte: SIOP.

Por sua vez, a entrega **Acompanhamento alimentar e nutricional de crianças indígenas menores de 1 ano** pretende ampliar o percentual de crianças indígenas menores de 1 ano com no mínimo 6 acompanhamentos alimentar e nutricional realizados, de 65,4% para 80%, em 2027.

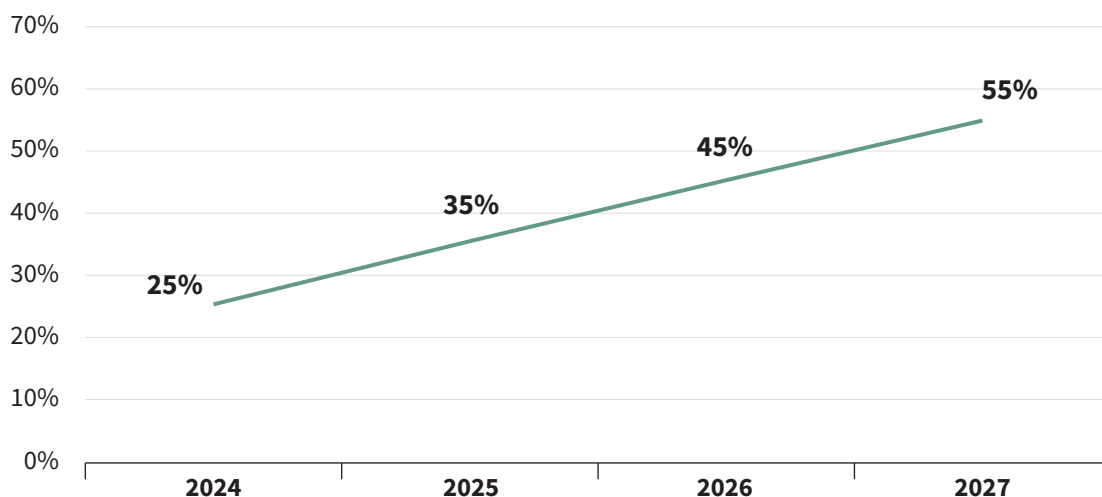


Já a entrega **Óbitos Investigados** objetiva ampliar a investigação de óbitos em crianças indígenas menores de um ano, de 80% para 90%, até 2027 (82% em 2024; 85% em 2025; e 87% em 2026).

A entrega **Consultas odontológicas das gestantes indígenas durante o pré-natal realizadas** será medida pelo indicador percentual de gestantes indígenas com no mínimo 1 consulta odontológica durante o pré-natal, com a meta de ampliar o percentual de gestantes indígenas com no mínimo 1 consulta odontológica durante o pré-natal, do valor atual de 5,4% para 35%, até o fim do PPA.

A entrega **Trabalhadores qualificados na atenção à saúde dos povos indígenas** pretende aumentar o percentual de trabalhadores qualificados para atuação em contexto intercultural, de 13% para 55%, até 2027. A evolução do cumprimento deste objetivo será medida pelo indicador porcentagem de trabalhadores qualificados para atuação em contexto intercultural.

Gráfico 24 – Aumento no percentual de trabalhadores qualificados para atuação em contexto intercultural



Fonte: SIOP.

A Entrega de **Unidades Básicas de Saúde Indígena – UBSI** será medida pelo número de obras concluídas de implantação de Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) em aldeias indígenas, cuja meta é aumentar o número de obras concluídas de implantação de Unidades Básicas de Saúde Indígena para 80, até 2027.

A Entrega referente à **Ampliação de Unidades Básicas de Saúde Indígena – UBSI em aldeias indígenas** pretende aumentar o número de ampliações concluídas de Unidades Básicas de Saúde Indígena – UBSI em aldeias indígenas de 6 para 50, até o final de 2027.

5.1.2 Garantir o acesso à água para consumo humano em aldeias indígenas

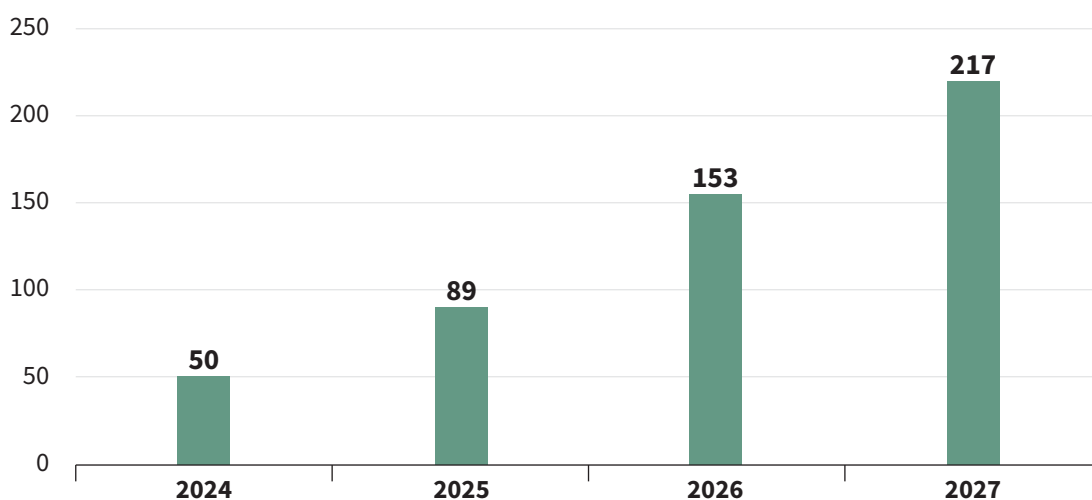
Outro objetivo específico do Programa de Saúde Indígena é **Garantir o acesso à água para consumo humano em aldeias indígenas**, que tem como indicador o número de aldeias beneficiadas com obras de infraestrutura de abastecimento de água potável e que tem como meta implementar o acesso à água potável em aldeias indígenas por meio de obras de implantação ou reforma de Sistemas de Abastecimento de Água – SAA ou Soluções Alternativas Coletivas de Abastecimento de Água – SAC. O escopo



do objetivo específico inclui a elaboração de projetos básico e executivo e a realização de análise e coletas da água para consumo humano, para aferir a sua potabilidade. Para sua consecução, a seguir, estão elencadas diversas entregas.

A entrega **Aldeias com novas infraestruturas de abastecimento de água (sistemas simplificados em aldeias)** será aferida pelo número de aldeias com implantação de infraestruturas de abastecimento de água concluídas, sendo que a meta é aumentar o número de aldeias com implantação de infraestruturas de abastecimento de água concluídas para 217, ao final do período do PPA.

Gráfico 25 – Aumentar o número de aldeias com implantação de infraestruturas de abastecimento de água concluídas



Obs.: Meta considera o somatório de aldeias com infraestrutura de abastecimento de água, ao total do quadriênio 2024-2027.
Fonte: SIOP.

A entrega **Aldeias com reforma de infraestruturas de abastecimento de água existentes (sistemas simplificados em aldeias)** tem como meta aumentar o número de aldeias com reforma de infraestruturas de abastecimento de água concluídas, para 17 em 2024, 29 em 2025, 49 em 2026, chegando a 69 ao final do Plano Plurianual.

A entrega **Coleta e análise da qualidade da água nas aldeias** possui como indicador o percentual de aldeias com coleta e análise de qualidade da água para consumo humano no ano, sendo que, até o final do período, a meta é ampliar o percentual de aldeias com coleta e análise de água para consumo humano, de 7,6% para 18% em 2027.

Outras medidas institucionais e normativas estão definidas para a consecução do Programa de Saúde indígena, dentre elas a realização da **7ª Conferência Nacional de Saúde Indígena**, prevista para 2026, que buscará avaliar a situação de saúde dos povos indígenas e propor diretrizes para a formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI.

A implantação do **Programa de Práticas Ancestrais dos Povos Indígenas nos Territórios Indígenas** visa promover atenção diferenciada em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI e objetiva implantar um programa que garanta o acesso dos povos indígenas aos saberes e práticas ancestrais indígenas em saúde.



Outra medida será implementar de forma sistemática o monitoramento de indicadores de saúde nos distritos sanitários especiais indígenas, como forma de contribuir para o monitoramento da implementação da PNASPI, por meio das análises e acompanhamento dos indicadores definidos no Plano Plurianual, assim como no Plano Nacional de Saúde – PNS e nos Planos Distritais de Saúde Indígena – PDSI.

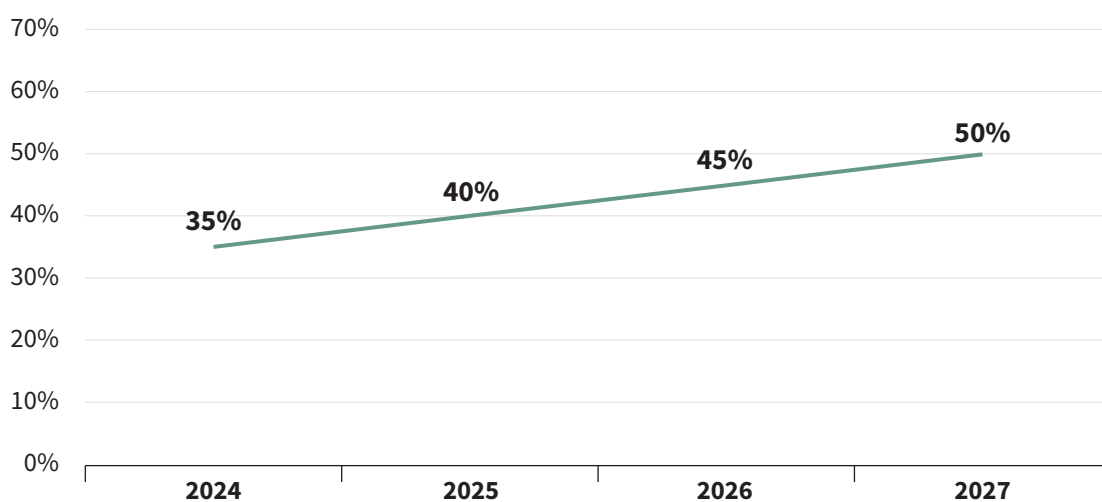
5.2 Qualificação da assistência Farmacêutica no SUS

Embora não se destine especificamente aos povos indígenas, este Programa beneficia esta população ao promover o acesso aos serviços farmacêuticos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, de forma universal a toda a população em todo o seu ciclo de vida, tanto no componente da Atenção Primária, quanto da Atenção Especializada à Saúde.

5.2.1. Ampliar o acesso da população a medicamentos e insumos estratégicos do elenco do Programa Farmácia Popular do Brasil

A ampliação do **Credenciamento de farmácias privadas no âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil por unidade da Federação** será medida pelo percentual de farmácias credenciadas por Unidade da Federação no Programa Farmácia Popular, que atualmente consta em 31% com o objetivo de alcançar 50% até o fim de 2027.

Gráfico 26 – Ampliação do percentual de farmácias credenciadas por Unidade da Federação no Programa Farmácia Popular



Fonte: SIOP.

A ampliação do **Elenco da gratuidade de medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil** tem ênfase no rol de medicamentos à disposição da população no âmbito do programa, cuja meta é alcançar 8 incorporações até o fim da vigência do PPA.

A entrega **Novas indicações clínicas incluídas no elenco de medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil** possui ênfase nas condições clínicas que compõem o escopo do programa, e a meta é que se incorporem 4 novas indicações até o fim da vigência do PPA.



5.3 Atenção Primária à Saúde

Este programa incorpora a proposta “Retomar a implementação da política de saúde de populações do campo, floresta e águas”, proveniente do Fórum Interconselhos no processo de PPA Participativo.

O Programa **Atenção Primária à Saúde** também se configura como beneficiador dos povos indígenas, por conta de seu caráter universal. É onde se vinculam os serviços territoriais ofertados nos Distritos Sanitários Indígenas, garantindo acesso aos cuidados essenciais de saúde.

5.3.1. Expandir o acesso e a cobertura da Estratégia Saúde da Família, priorizando áreas de vulnerabilidade social, inclusive ribeirinhas e quilombolas, com provimento de profissionais e cuidado interprofissional

A entrega **Vagas ocupadas nos programas de provimento médico da Atenção Primária** prevê a alocação de profissionais médicos em equipes de Saúde da Família, de Atenção Primária, de Saúde Indígena, de Consultório na Rua e de Atenção Primária Prisional com prioridade de distribuição de vagas para municípios e territórios mais vulneráveis de acordo com o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) do IBGE. A meta é alcançar 29.613 profissionais alocados até o fim da vigência do PPA.

5.4 Gestão, Trabalho, Educação e Transformação Digital da Saúde

Este Programa também possui caráter transversal como os demais programas centrados na atenção à saúde (Atenção Primária à Saúde; Atenção Especializada; e Saúde indígena) e de Vigilância, contribuindo para a qualificação dos serviços prestados e o desenvolvimento do SUS, beneficiando à população de forma universal, incluindo os povos indígenas.

5.4.1. Implantar o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde (SUS) para o enfrentamento às iniquidades em saúde

A entrega **Estratégias e dispositivos de gestão em saúde para enfrentamento das desigualdades de gênero, raça, etnia, geração, classe, orientação sexual e deficiências implantados** buscará incentivar os gestores do SUS a implantar essas iniciativas em seus territórios. Não há estratégias implantadas atualmente e espera-se alcançar 18 até 2027.

A entrega **Estratégias e dispositivos de educação em saúde para enfrentamento das desigualdades de gênero, raça, etnia, geração, classe, orientação sexual e deficiências implantados**, por sua vez, possui ênfase nos trabalhadores e trabalhadoras do SUS. Não há estratégias implantadas atualmente e espera-se alcançar 12 em funcionamento até 2027.

A entrega que visa a formação de **Mobilizadoras/es de equidade de gênero, raça, etnia e valorização das trabalhadoras do SUS nas 27 Unidades da Federação** é uma ação destinada à Atenção Primária, que não possui índice de referência e pretende alcançar 472 mobilizadores até 2027.



5.4.2. Implementar ofertas formativas em rede e EAD como contribuição para a redução das desigualdades regionais e sociais em saúde

A entrega **Cursos de qualificação em EAD no formato autoinstrucional com ênfase nas temáticas para o enfrentamento das desigualdades sociais (gênero, raça/etnia, orientação sexual, população em situação de vulnerabilidade) e doenças infecciosas e negligenciadas** objetiva alcançar 15.000 concluintes até o fim da vigência do PPA.

A entrega **Curso de iniciação científica no formato híbrido para jovens pesquisadoras nas áreas das engenharias, ciências exatas e computação para a saúde (STEM na Saúde), voltado para o enfrentamento das desigualdades regionais, de raça/etnia, gênero e orientação sexual, em áreas vulnerabilizadas** é uma iniciativa de caráter híbrido que pretende alcançar 2.000 meninas e mulheres até 2027.



6 Educação Indígena



6 Educação Indígena

A diretriz brasileira para a educação dos povos indígenas tem origem na própria Constituição Federal⁹. Aos povos indígenas é direito e garantia uma educação escolar específica, intercultural, multilíngue e comunitária¹⁰, conforme também já foi reconhecido pela **Lei de Diretrizes e Bases da Educação - LDB**, Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. A coordenação de toda a política educacional cabe ao **Ministério da Educação - MEC**, com execução descentralizada por Estados e por Municípios. Não obstante, por se tratar de um público específico e com características transversais, todo o tratamento deve ser feito em harmonia e em coordenação com os demais atores do sistema, especialmente a **Fundação Nacional dos Povos Indígenas - Funai** e o **Ministério dos Povos Indígenas - MPI**, além de outros atores.

Assim é também no âmbito da Agenda Transversal do Plano Plurianual 2024—2027 Povos Indígenas, com Programas incluídos de forma transversal em diversos órgãos e unidades. Especificamente para esta agenda, fala-se em 6 (seis) Programas no âmbito do PPA, com transversalidade na Educação e Povos Indígenas.

6.1 Educação Básica Democrática, com Qualidade e Equidade

Este Programa contempla três diferentes propostas provenientes do Fórum Interconselhos no processo de PPA Participativo: “A saúde mental dos alunos brasileiros”, “Ensino de História e Cultura Afro-brasileira, Africana e Indígena nas escolas e estruturação escolar quilombola”, e “Educação na Amazônia – orçamento de acordo com o custo amazônico”.

6.1.1 Promover ações para o reconhecimento e valorização da diversidade a partir do apoio à formação em educação para as relações étnico-raciais, em educação em direitos humanos e em educação ambiental na escola

Este objetivo específico tem como meta o apoio à formação em educação para as relações étnico-raciais com linhas de formação permanentes na educação básica e visa ofertar até 7.300 vagas em cursos de formação continuada em educação para as relações étnico-raciais, em educação em direitos humanos e em educação ambiental, de forma que irá promover a formação de capacitadores para transfor-

9 CRFB88:

Art. 210. Serão fixados conteúdos mínimos para o ensino fundamental, de maneira a assegurar formação básica comum e respeito aos valores culturais e artísticos, nacionais e regionais.

(...)

§ 2º O ensino fundamental regular será ministrado em língua portuguesa, assegurada às comunidades indígenas também a utilização de suas línguas maternas e processos próprios de aprendizagem.

10 Art. 32:

(...)

§ 3º O ensino fundamental regular será ministrado em língua portuguesa, assegurada às comunidades indígenas a utilização de suas línguas maternas e processos próprios de aprendizagem.

(...)

Art. 35-A:

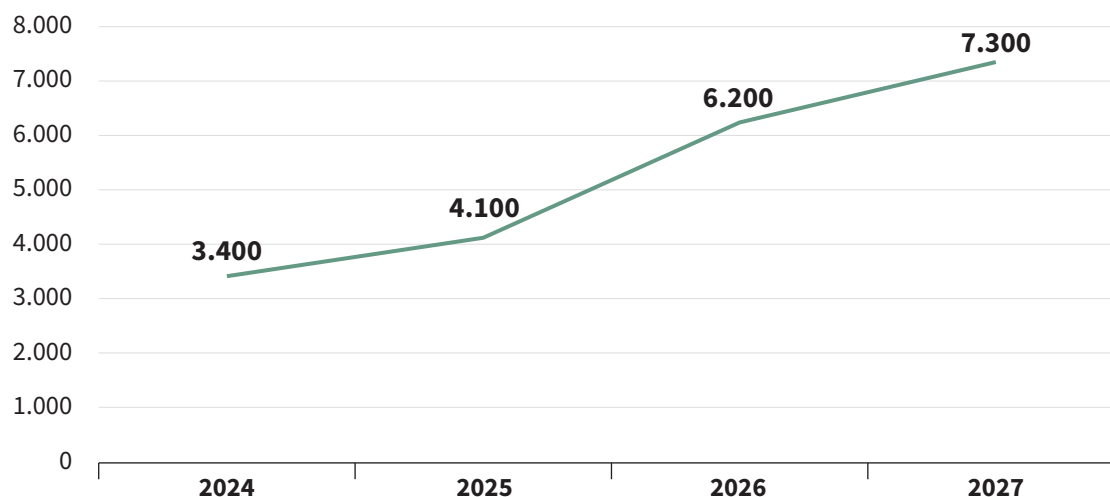
(...)

§ 3º O ensino da língua portuguesa e da matemática será obrigatório nos três anos do ensino médio, assegurada às comunidades indígenas, também, a utilização das respectivas línguas maternas.



mar a realidade local e o conhecimento sobre a realidade étnico-racial no Brasil, com capacidade para contribuir com um melhor ambiente na escola e, no futuro, com uma sociedade mais justa e equânime.

Gráfico 27 – Vagas em cursos de formação continuada em educação para as relações étnico-raciais, em educação em direitos humanos e em educação ambiental.



Fonte: SIOP.

6.1.2 Promover, em colaboração com os sistemas de ensino, políticas para a Educação escolar indígena

Já um objetivo específico mais diretamente relacionado à agenda transversal dos Povos Indígenas persegue a promoção, em colaboração com os sistemas de ensino, de políticas para a educação escolar indígena. Este tem como propósito, de forma concreta, a ampliação do número de crianças indígenas matriculadas na escola, tendo como meta alcançar 304.886 matrículas em escolas indígenas da educação básica até o final de 2027.

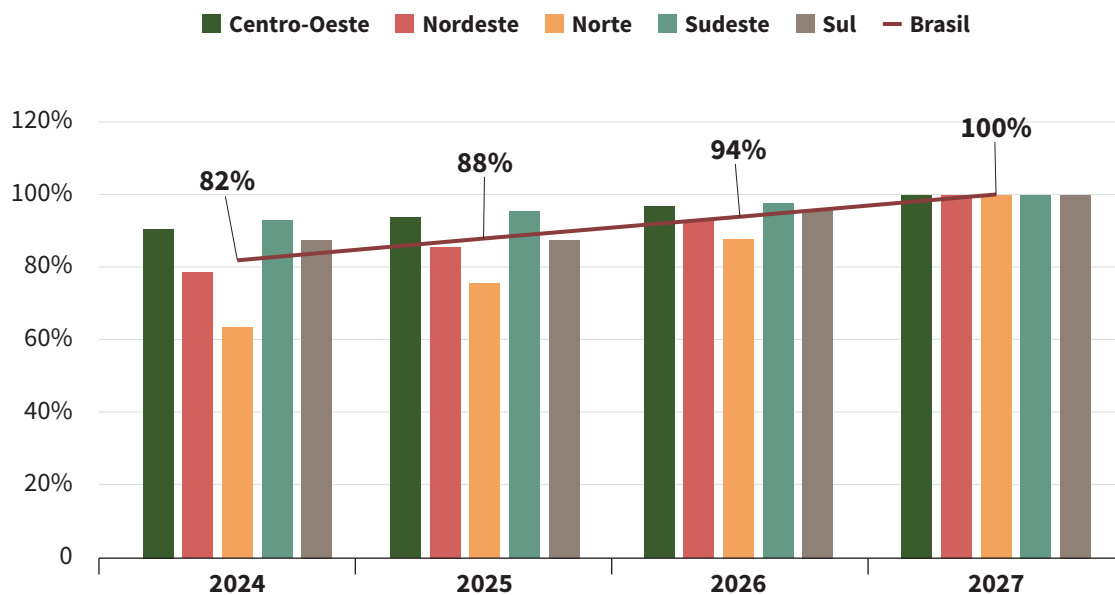
No âmbito deste mesmo objetivo específico, tem-se como entrega o **apoio à profissionalização e formação inicial de professores e profissionais da educação básica no âmbito da educação escolar indígena**, ação essencial para garantir um efetivo resultado no âmbito da educação básica para a população indígena nas escolas, e indissociável da educação de qualidade para esse público. Na mesma esteira, a entrega **apoio à profissionalização e formação continuada de professores e profissionais da educação básica no âmbito da educação escolar indígena** também conta com objetivo similar, a fim de fortalecer os primeiros anos de formação da população indígena nas escolas brasileiras. Por fim, uma outra entrega relacionada almeja **fornecer infraestrutura adequada nas escolas, focando na melhoria da infraestrutura física, tecnológica e pedagógica das escolas indígenas**, todas atuando de forma harmônica para consecução deste objetivo.



6.1.3 Prover acesso à internet banda larga, e a equipamentos para a utilização pedagógica nas escolas da rede pública de educação básica, inclusive em escolas do campo, indígenas e quilombolas.

Um objetivo específico não vinculado exclusivamente à agenda indígena, mas que contribui de modo essencial com ela é a promoção do **acesso à internet banda larga, e a equipamentos para a utilização pedagógica nas escolas da rede pública de educação básica, inclusive em escolas do campo, indígenas e quilombolas**. Com isso, o Ministério da Educação almeja ampliar o número de escolas com computadores de mesa, portáteis e tablets para uso dos estudantes (laboratório de informática, laboratório específico para a educação profissional, biblioteca, sala de aula e outros ambientes), de forma a ampliar não apenas a conectividade, mas especialmente o acesso ao conteúdo. Ainda que o referido objetivo específico não apresente discriminação específica para os povos indígenas, almeja-se alcançar 100% das escolas brasileiras até o final de 2027, contribuindo para maior integração e produção de conhecimento nas escolas indígenas.

Gráfico 28 – Aumento do percentual de escolas conectadas à internet banda larga. Dados comparativos da evolução percentual das Macrorregiões brasileiras e a média do Brasil, anualizado no quadriênio 2024-2027



Fonte: SIOP.

6.1.4 Apoiar técnica, pedagógica e financeiramente a rede física escolar da educação básica pública para construção, reforma, ampliação e aquisição de equipamentos e mobiliário, garantindo condições adequadas de funcionamento, acessibilidade e sustentabilidade socioambiental e atendendo às demandas e especificidades das etapas e modalidades da educação básica, considerando, inclusive, as populações do campo, quilombolas, indígenas, pessoas com deficiência, pessoas surdas, a educação de jovens e adultos

O referido objetivo específico foca na infraestrutura física propriamente dita, como meio essencial para garantia de uma educação de qualidade. Uma das metas deste objetivo específico prevê, expressa-



mente, apoiar os entes na aquisição de mobiliários e equipamentos para educação básica, o que tem o potencial de contribuir com a melhoria da qualidade da educação e da formação.

Por fim, é relevante mencionar a medida institucional e normativa que anseia construir um **Marco de Referência para a Alimentação Escolar Indígena e Quilombola**, aprimorar a Resolução quanto à alimentação escolar indígena, elaborar documentos orientativos, a inclusão de ações voltadas à alimentação escolar indígena e quilombola nos Planos de Trabalho dos Cecanes (Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição Escolar). Como forma de executar essas ações, o Ministério da Educação tenciona celebrar Acordos de Cooperação Técnica – ACTs com instituições como Ministério da Igualdade Racial, dos Povos Originários, dos Direitos Humanos e outras entidades relacionadas com o tema.

6.2 Educação Profissional e Tecnológica que Transforma

O Programa de Educação Profissional e Tecnológica objetiva ampliar a qualidade dos ensinos médio, técnico e superior, preparando cidadãos e cidadãs para lidar com os desafios profissionais e éticos em um mundo em intensa transformação tecnológica.

O programa tem como pressuposto e problema o acesso e a permanência desiguais e insuficientes na Educação Profissional e Tecnológica – EPT, especialmente entre a população de maior vulnerabilidade social como as populações negras, indígenas, quilombolas, pessoas surdas, pessoas com deficiência, povos do campo, das águas e das florestas.

Este Programa busca equacionar o desalinhamento entre a oferta e a formação na educação profissional e as demandas da sociedade, do mundo do trabalho e das diversidades de populações e seus territórios.

Embora o Programa não seja direcionado exclusivamente para os povos indígenas, tem objetivos e ações concretas que podem contribuir diretamente com a melhoria da qualidade da educação junto a essa população.

O Programa leva em consideração as potencialidades sociais, de gênero e orientação sexual, étnicas, raciais, culturais, territoriais e ambientais, de sustentabilidade e produtivas locais, com vistas à superação das desigualdades e à valorização da diversidade, na perspectiva da equidade, da inclusão e da sustentabilidade na Educação Profissional e Tecnológica.

Tendo em vista todo o enfoque transversal, inclusive voltado também aos povos indígenas, o Programa de Educação Profissional e Tecnológica no PPA 2024-2027 busca aprimorar e melhorar a realidade de formação educacional e profissional no seio das comunidades indígenas.

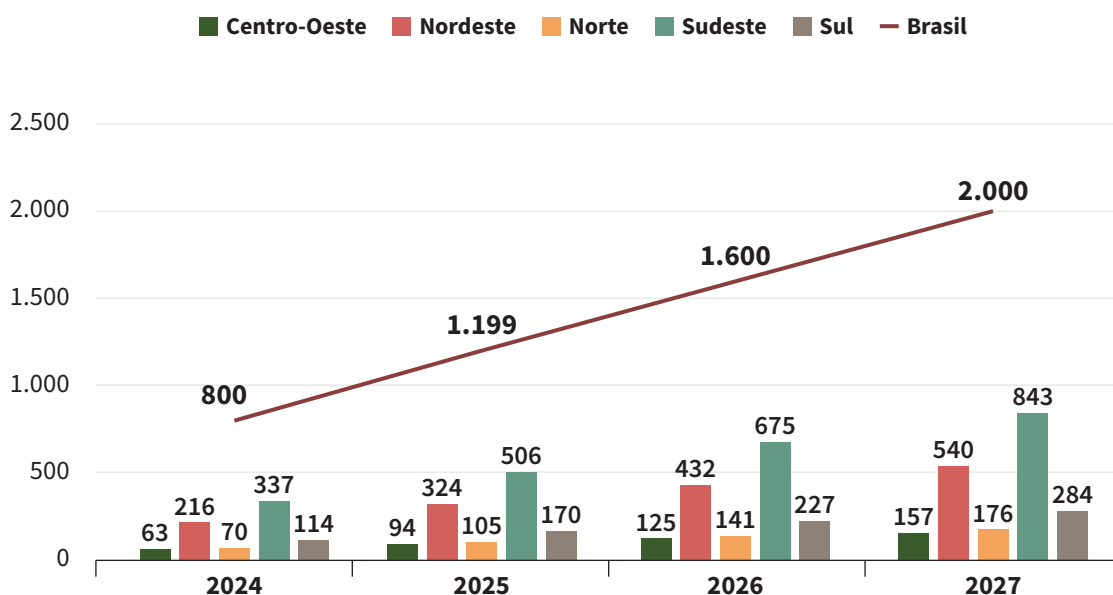
Para tanto, o Ministério da Educação compromete-se a estabelecer, como Medida Institucional, investimento em ações educacionais com vistas a fortalecer os **programas de ações afirmativas** por meio Lei de Cotas – Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012, e outras maneiras possíveis, com impactos positivos no acesso, na permanência e no êxito, com qualidade, de grupos que padeceram de injustiças históricas como os povos indígenas, assim como outros grupo beneficiados pelas ações afirmativas nas Instituições.



6.2.1 Qualificar a Educação Profissional e Tecnológica, fomentando programas, projetos e ações que fortaleçam a atenção às demandas da sociedade na oferta de ensino, pesquisa, extensão e inovação, levando-se em conta as especificidades sociais, culturais, territoriais e ambientais, de sustentabilidade, inclusão e acessibilidade

Este objetivo específico visa garantir o acesso, a permanência e a formação de qualidade na Educação Profissional e Tecnológica, considerando potencialidades sociais, culturais e produtivas locais, com vistas à superação das desigualdades e à valorização da diversidade, na perspectiva da equidade, da inclusão e da sustentabilidade, visando a formação integral.

Gráfico 29 – Aumento do número de projetos e ações apoiados pela Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica - Setec. Dados comparativos da evolução de projetos apoiados nas Macrorregiões brasileiras e a média do Brasil, anualizado no quadriênio 2024-2027



Fonte: SIOP.

6.3 Educação Superior: Qualidade, Democracia, Equidade e Sustentabilidade

Este Programa contempla três diferentes propostas provenientes do PPA Participativo que, somadas, receberam 4.684 votos na Plataforma Brasil Participativo. A primeira refere-se ao Financiamento Estudantil Fies Medicina, que totalizou 1.667 votos. A segunda refere-se à Criação do Campus Quilombo no âmbito do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais, na cidade de Minas Novas no Vale do Jequitinhonha, e recebeu 1.630 votos. A terceira, “Garantir financiamento para assistência estudantil e para projetos de fortalecimento das universidades públicas, federais, estaduais e municipais”, obteve 1.387 votos na Plataforma.

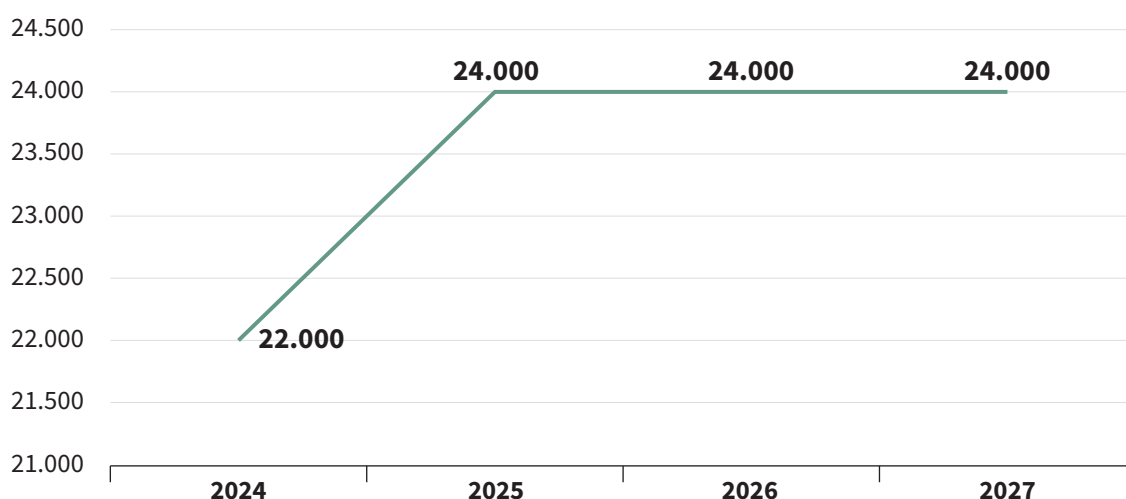
O investimento em educação superior é tão relevante quanto na educação básica, inclusive como espaço de diálogo e de inclusão social, razão pela qual há previsão, no âmbito da Agenda Transversal dos Povos Indígenas, de atributos no âmbito desse Programa. Não há que se falar em inclusão plena dos povos indígenas sem considerar a formação superior, inclusive como meio transformador da realidade.



6.3.1 Ampliar a taxa de conclusão dos estudantes da graduação, em instituições públicas e privadas, promovendo a permanência, a equidade e valorizando a diversidade

Há diversas soluções propostas objetivando a promoção da melhoria da qualidade da educação superior, ampliando o acesso, a permanência e a conclusão na graduação e na pós-graduação, com vistas à superação das desigualdades e à valorização da diversidade, na perspectiva da equidade, da inclusão e da sustentabilidade. Dessa forma, é possível fortalecer, de maneira participativa, a ciência, a cultura, as artes, a tecnologia e a inovação nas atividades de ensino, pesquisa e extensão e aperfeiçoar a avaliação, a supervisão e a regulação para o desenvolvimento do país, em consonância com o Plano Nacional de Educação. Como ação direta capaz de transformar a população indígena no Brasil, busca-se a ampliação do número de bolsas para permanência de estudantes indígenas, com a meta de 24.000 bolsas até o final de 2027¹¹.

Gráfico 30 – Ampliação do número de bolsas para permanência de estudantes indígenas, quilombolas e em situação de vulnerabilidade econômica



Fonte: SIOP.

6.3.2 Incentivar o aumento de vagas e a criação de novos cursos médicos nas Universidades Federais, com ênfase em regiões com maior carência de profissionais, otimizando a capacitação dos profissionais em área da saúde em nível de pós-graduação

Além das bolsas, o mesmo raciocínio se aplica à entrega **Aumento da participação de estudantes hipossuficientes, estudantes pretos, pardos ou indígenas (PPI), estudantes com deficiência (PCD) e estudantes provenientes de escolas públicas em contratos de financiamento estudantil (FIES) de cursos de medicina**, que objetiva incentivar o aumento de vagas e a criação de novos cursos médicos nas Universidades Federais, com ênfase em regiões com maior carência de profissionais, otimizando a capacitação dos profissionais em área da saúde em nível de pós-graduação, e contribuindo com a melhoria da qualidade de vida e dos serviços de saúde no âmbito das comunidades locais. A meta é chegar ao final do quadriênio 2024-2027 com pelo menos 52% do público-alvo (PPI e PCD) em contratos do FIES nos cursos de medicina.

¹¹ Ressalta-se que esta meta não é exclusiva para a população indígena, compreendendo também a população quilombola e em situação de vulnerabilidade econômica.



6.3.3. Apoiar a formação em nível de mestrado e de doutorado para a melhoria e o fortalecimento da ciência, das artes, da cultura, da tecnologia e da inovação e suas estruturas, incluindo ações indutoras para o enfrentamento das desigualdades regionais e vulnerabilidades sociais para o desenvolvimento sustentável do país

O Ministério da Educação ainda pretende apoiar a formação, tanto no âmbito de mestrado quanto no âmbito de doutorado, para a melhoria e o fortalecimento da ciência, das artes, da cultura, da tecnologia e da inovação e suas estruturas, incluindo ações indutoras para o enfrentamento das desigualdades regionais e vulnerabilidades sociais para o desenvolvimento sustentável do país e, para alcançar esses resultados, pretende tanto apoiar editais que contemplem a incorporação de políticas de ações afirmativas quanto ampliar o número de bolsas de mestrado e de doutorado concedidas pela CAPES, no Brasil, por meio de editais que contemplem a incorporação de políticas de ações afirmativas, com meta de **alcançar até 400 bolsas de mestrado e 600 bolsas de doutorado até o final de 2027.**

Por fim, como medida institucional e normativa no âmbito da Educação Superior, o **Ministério da Educação comprometeu-se a realizar o acompanhamento de egressos das instituições de educação superior, inclusive os egressos das formações específicas do campo, indígena e quilombola.** Para a população indígena egressa, essa ação é fundamental, pois vai permitir compreender como a educação superior influencia a vida dos indígenas egressos, incluindo sua empregabilidade, ascensão profissional, nível de satisfação pessoal e contribuição para suas comunidades, além de identificar áreas em que os indígenas egressos podem precisar de treinamento ou desenvolvimento adicional.

6.4 Consolidação do Sistema Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação – SNCT

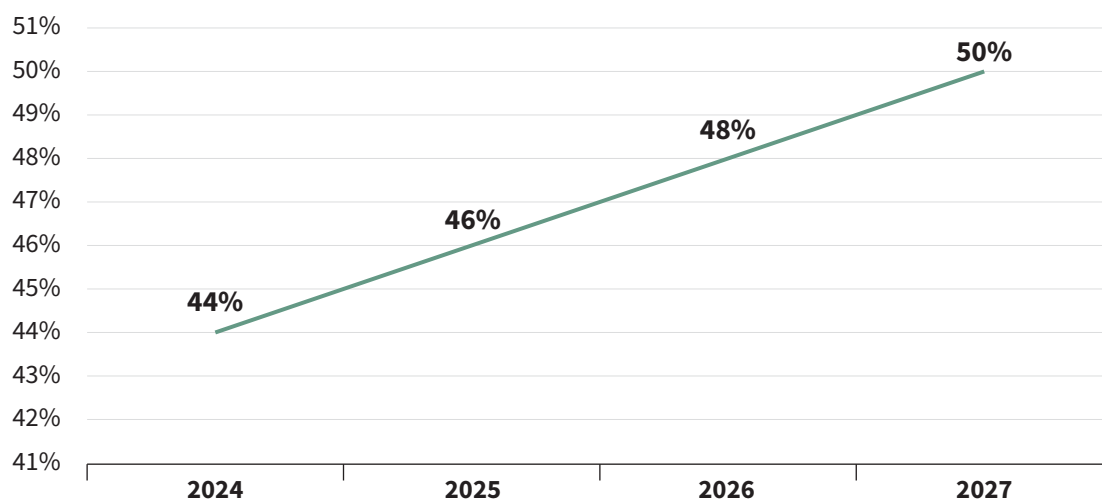
Liderado pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação – MCTI, este Programa tem o objetivo claro e direto de trabalhar para a redução de assimetrias e a promoção da formação, capacitação, atração, fixação e ampliação de recursos humanos em projetos de CT&I. Objetiva recuperar, expandir, modernizar, consolidar e integrar o Sistema Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação, promovendo a articulação com a sociedade civil e os governos estaduais e municipais, a difusão de capacidades e a redução de assimetrias.

6.4.1 Promover a formação, capacitação, atração, fixação e ampliação de recursos humanos em projetos de CT&I com atenção à correção de assimetrias

A fim de efetivar essa ação, o MCTI pretende **ampliar participação de mulheres, negros e indígenas na concessão de bolsas de Produtividade em Pesquisa (PQ) e Desenvolvimento Tecnológico (DT)**, de forma que todo o conglomerado dessa população alcance 50% do total de beneficiados, inserindo-se, assim, na Produtividade em Pesquisa (PQ) e no Desenvolvimento Tecnológico (DT), o que tem o condão de trazer o conhecimento específico dos povos indígenas, reforçar o potencial dessa população e trabalhar de forma positiva para toda a sociedade brasileira, na produção de conhecimento científico.



Gráfico 31 – Percentual de beneficiários/ano de bolsas de Produtividade em Pesquisa (PQ) e de Desenvolvimento Tecnológico (DT) para mulheres, negros e indígenas em relação ao total de beneficiários/ano de bolsas PQ e DT



Fonte: SIOP.

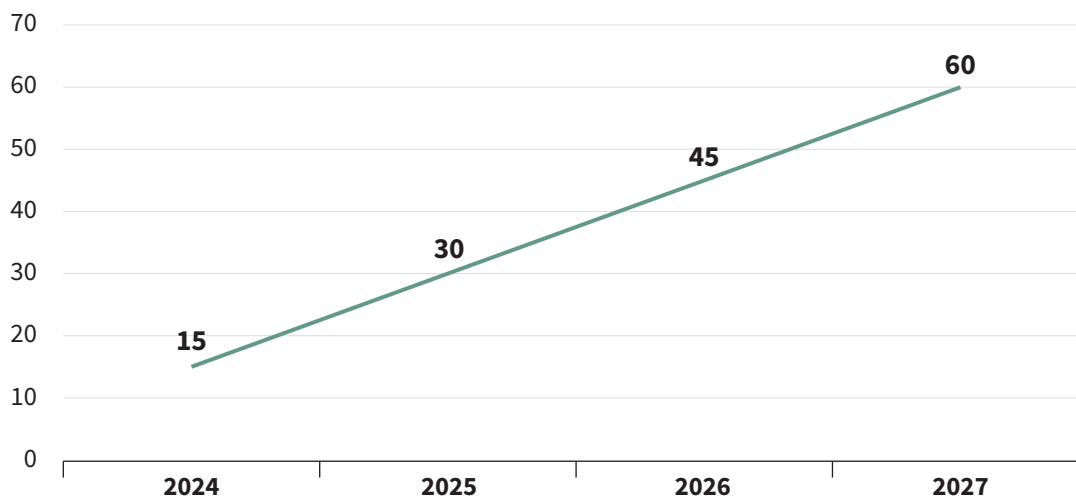
6.5 Direitos Pluriétnicos Culturais e Sociais para o Pleno Exercício da Cidadania e o Bem Viver dos Povos Indígena

6.5.1 Fortalecer a educação escolar indígena em todos os níveis e modalidades

É relevante mencionar que o Programa **Direitos Pluriétnicos Culturais e Sociais para o Pleno Exercício da Cidadania e o Bem Viver dos Povos Indígena**, embora tenha um escopo distinto da educação como formação, apresenta este objetivo específico que trata da educação indígena. Para a concretização deste objetivo, planeja-se **realizar diagnósticos da educação escolar indígena** e ampliar, de 15 para ao menos 60 diagnósticos ao final do quadriênio 2024-2027. É um indicador de esforço e leva em consideração a diversidade e a complexidade das realidades da educação escolar indígena, bem como por restrições de servidores em várias regiões.



Gráfico 32 – Número de diagnósticos da educação escolar indígena



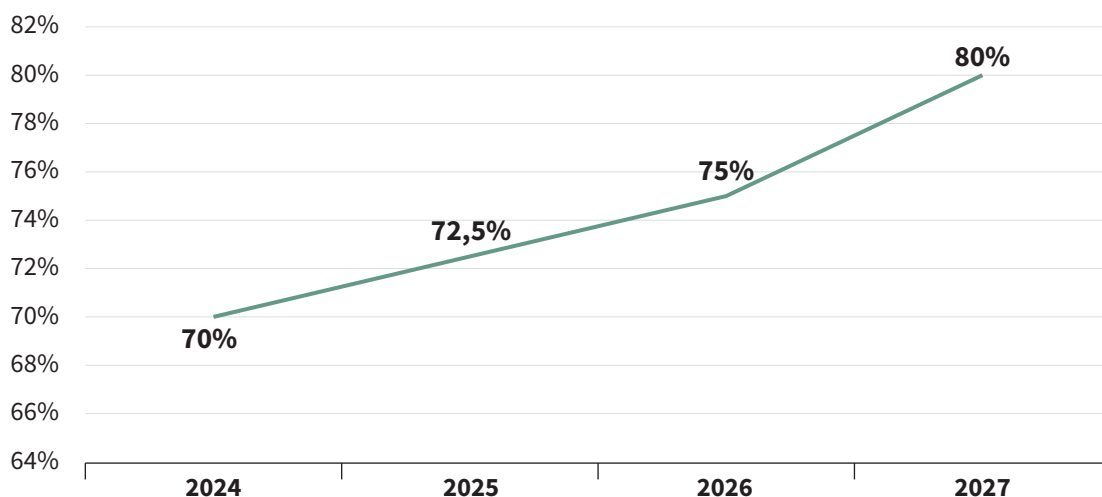
Fonte: SIOP.

6.6 Bolsa Família: Proteção Social por meio da Transferência de Renda e da Articulação de Políticas Públicas

6.6.1 Contribuir para ampliar o acesso à educação e permanência na escola de crianças e adolescentes de 4 a 17 anos beneficiárias do Programa Bolsa Família – PBF

Ainda no campo da Educação Indígena, importante trazer para consideração que o Programa Bolsa Família tem como objetivo específico **contribuir para ampliar o acesso à educação e permanência na escola de crianças e adolescentes de 4 a 17 anos beneficiárias do Programa Bolsa Família – PBF**. Assim, a ideia é medir a taxa de acompanhamento educacional de crianças e adolescentes de 4 a 17 anos beneficiárias do PBF. Recordar-se que o Programa Bolsa Família não é exclusivo para indígenas, mas tem o potencial de melhorar a qualidade de vida e a inserção da população indígena inserida no Programa.

Gráfico 33 – Elevação da taxa de acompanhamento das crianças e adolescentes de 4 a 17 anos para 80% até ao final de 2027



Fonte: SIOP.



7 Direitos Pluriétnicos Culturais e Sociais



7 Direitos Pluriétnicos Culturais e Sociais

A acelerada e complexa transformação social, cultural e econômica sofrida pelos povos indígenas torna necessário buscar respostas para assegurar a sua sobrevivência física e cultural e o bem viver das gerações presentes e futuras.

Em primeiro lugar, a transformação pela qual os povos indígenas passaram e ainda passam traz consigo graves perdas culturais, de memória e saberes ancestrais, assim como injustiças históricas, sobretudo oriundas de outros períodos históricos, que requerem a devida reparação, assim como uma política robusta de preservação e valorização das culturas e línguas indígenas.

Em segundo lugar, essa transformação consiste, em grande medida, na migração de indígenas da condição de povos autônomos para a condição de populações bastante integradas à socioeconomia brasileira, muitas vezes em contexto de carência e vulnerabilidade.

A dimensão **Direitos Pluriétnicos Culturais e Sociais** reúne ações que buscam efetivar o direito à memória dos povos indígenas, promover a preservação dos seus patrimônios linguísticos e culturais, bem como enfrentar os problemas sociais que afetam as populações indígenas como um todo, seja dentro, seja fora de seus territórios. Esse enfrentamento passa pelo acesso a serviços públicos em geral, que envolvem os sistemas de justiça, segurança pública, educação, saúde, assistência social e documentação, bem como a políticas públicas, como as de promoção dos direitos humanos, segurança alimentar e nutricional, esporte, habitação, inclusão digital e acesso à energia elétrica.

7.1 Direitos Pluriétnicos Culturais e Sociais para o Pleno Exercício da Cidadania e o Bem Viver dos Povos Indígenas

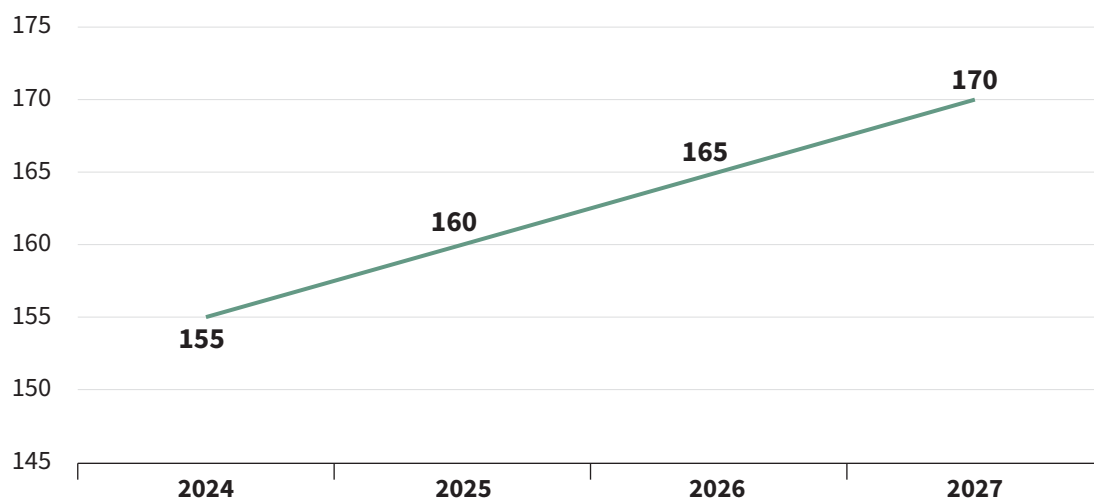
Este Programa visa ampliar o acesso culturalmente adequado dos povos indígenas aos seus direitos e às políticas e serviços públicos, respeitando sua autodeterminação e sua pluralidade em todas as suas especificidades, incluindo indígenas mulheres, crianças, jovens, idosos, LGBTQIA+, imigrantes, refugiados, transfronteiriços, em contexto urbano e com deficiência. Envolve, ainda, áreas relacionadas à garantia dos direitos pluriétnicos, culturais e sociais, contidas em diversos programas do PPA 2024-2027.

7.1.1 Promover o direito à memória e a preservação dos patrimônios linguísticos e culturais dos povos indígenas

Este objetivo específico visa a salvaguardar o patrimônio linguístico e cultural e promover o direito à memória dos povos indígenas, realizando e apoiando iniciativas e projetos voltados ao diagnóstico, à pesquisa, à documentação e à ampliação do acesso às línguas, às culturas e aos acervos históricos, culturais e documentais relativos aos povos indígenas. Para tanto, visa-se contabilizar o número de povos indígenas contemplados por ações de salvaguarda.



Gráfico 34 – Ampliação do número de povos indígenas contemplados por ações de salvaguarda do patrimônio linguístico e cultural



Fonte: SIOP.

Na entrega **Diagnósticos locais sociolinguísticos apoiados**, serão realizados, com o apoio do MPI, 80 diagnósticos locais sociolinguísticos até o final de 2027, com detalhes sobre o uso das línguas indígenas e seu contexto social e escopo geográfico, que não obedecem às fronteiras regionais, por isso não regionalizáveis, no âmbito do PPA.

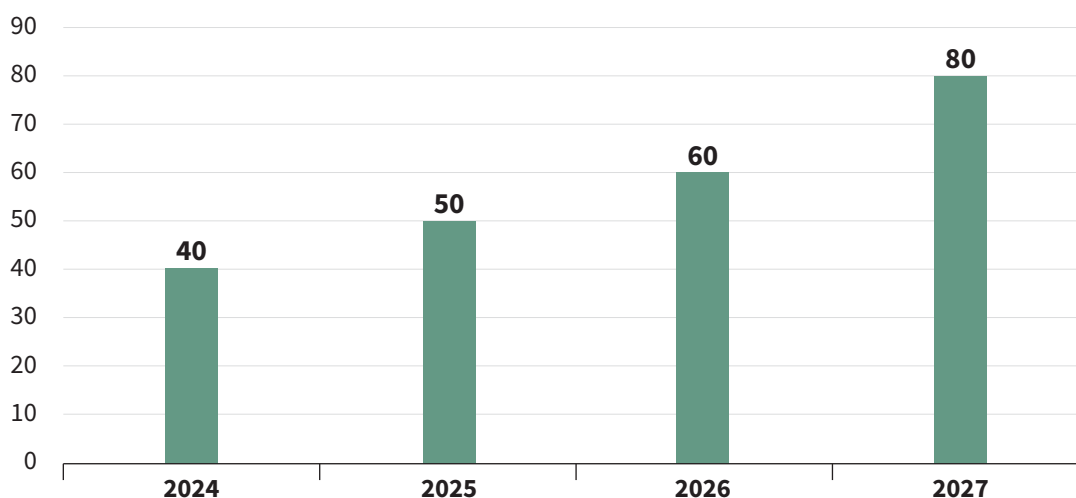
Na entrega **Material de divulgação da Década Internacional das Línguas Indígenas no Brasil produzido**, serão elaborados 166 materiais para a divulgação da Década Internacional das Línguas Indígenas no Brasil durante a vigência do PPA. O material será divulgado online e em todo o território nacional. Sobre o conteúdo, haverá materiais focados em línguas indígenas presentes em regiões específicas, mas também material mais amplo, que não se restringe a línguas específicas.

A Década Internacional das Línguas Indígenas (2022-2032) – DILI – foi instituída na Assembleia-Geral das Nações Unidas, como resultado do Ano Internacional das Línguas Indígenas, proclamado pela UNESCO em 2019, e motivada pelos povos indígenas da Bolívia que compreenderam a importância de uma ação efetiva e contínua em prol do reconhecimento, da valorização e da manutenção das línguas indígenas.

A entrega **Cooficialização das línguas indígenas** trata da articulação para que as línguas indígenas sejam cooficializadas nas jurisdições em que são faladas. Planeja-se, até o final do PPA, cooficializar 80 línguas indígenas no Brasil, sendo 54 na Região Norte, 10 na Região Centro-Oeste, 7 na Região Nordeste, 7 na Região Sul e 2 na Região Sudeste.



Gráfico 35 – Implementação da cooficialização de línguas indígenas no Brasil. Números totais a serem alcançados ao final do quadriênio 2024-2027



Fonte: SIOP.

Serão elaborados até o final do PPA, no âmbito da entrega **Calendário das línguas indígenas com status de falante e nível de vitalidade da língua elaborado**, 36 Calendários das línguas indígenas com status de falante e nível de vitalidade da língua, sendo 14 na Região Norte, 7 na Região Nordeste, 7 na Região Centro-Oeste, 4 na Região Sudeste e 4 na Região Sul.

Na entrega **Oficinas, cursos e encontros de projetos linguísticos realizados**, serão realizados, no período de 2024-2027, 44 eventos de projetos linguísticos, como oficinas, cursos e encontros, sendo 12 na Região Nordeste, 12 na Região Norte, 12 na região Centro-Oeste, 4 na Região Sul e 4 na Região Sudeste.

Com a entrega **Produtos editoriais publicados**, serão elaborados e desenvolvidos 4 produtos editoriais com finalidade educativa, científica e cultural, tais como livros, gramáticas, cartilhas e catálogos, voltados para as sociedades indígenas e não indígena até o final do PPA.

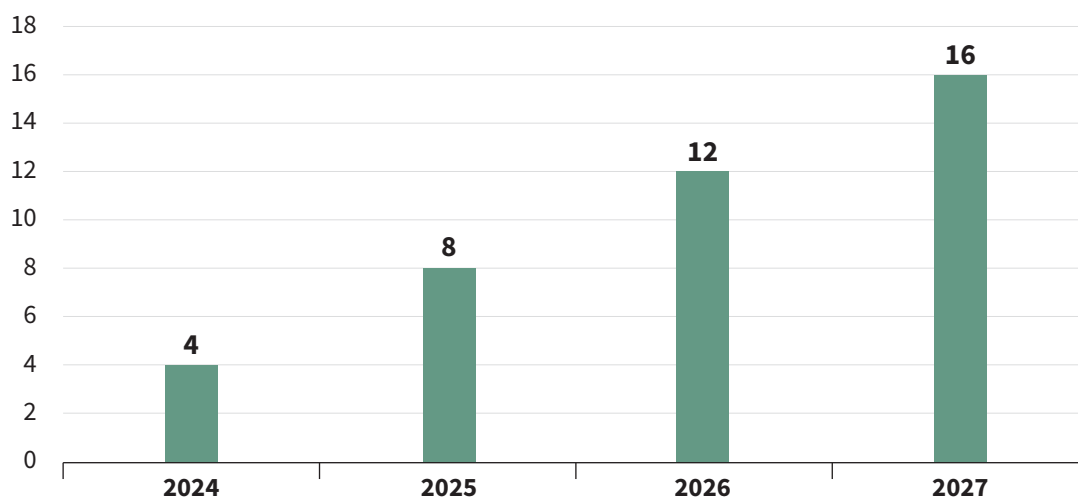
Também serão elaborados e desenvolvidos, na entrega **Produtos audiovisuais lançados**, no período de 2024-2027, 4 produtos audiovisuais com finalidade educativa, científica e cultural, tais como vídeos de curta duração, filmes e documentários voltados para as sociedades indígenas e não indígena.

Para contribuir para a salvaguarda do patrimônio cultural indígena, serão elaborados e desenvolvidos, na entrega **Projetos de pesquisa e documentação de línguas, culturas e acervos desenvolvidos**, até o final do Plano Plurianual, 8 projetos de documentação de línguas, culturas e acervos.

No âmbito da entrega **Projetos comunitários de preservação e valorização de saberes, culturas, línguas e memórias apoiados**, serão apoiados projetos de valorização de saberes, culturas, línguas e memórias, propostos pelas comunidades indígenas e selecionados pelo Museu do Índio por meio de editais. A meta prevista para o período de 2024-2027 é apoiar 16 projetos, atendendo iniciativas propostas por povos de diferentes regiões.



Gráfico 36 – Apoio a projetos de preservação e valorização de saberes, culturas, línguas e memórias. Números totais a serem alcançados ao final do quadriênio 2024-2027



Fonte: SIOP.

Com a entrega **Indígenas treinados em gestão, pesquisa, documentação e difusão do patrimônio cultural indígena**, serão realizados cursos e oficinas para o treinamento de indígenas em técnicas de documentação de línguas e culturas para atuar em projetos de pesquisa, bem como a capacitação em atividades ligadas à preservação e divulgação do patrimônio cultural, dos saberes e culturas, com finalidade científica, educativa e cultural. Planeja-se treinar 80 indígenas ao final do PPA 2024-2027, de diferentes regiões do Brasil.

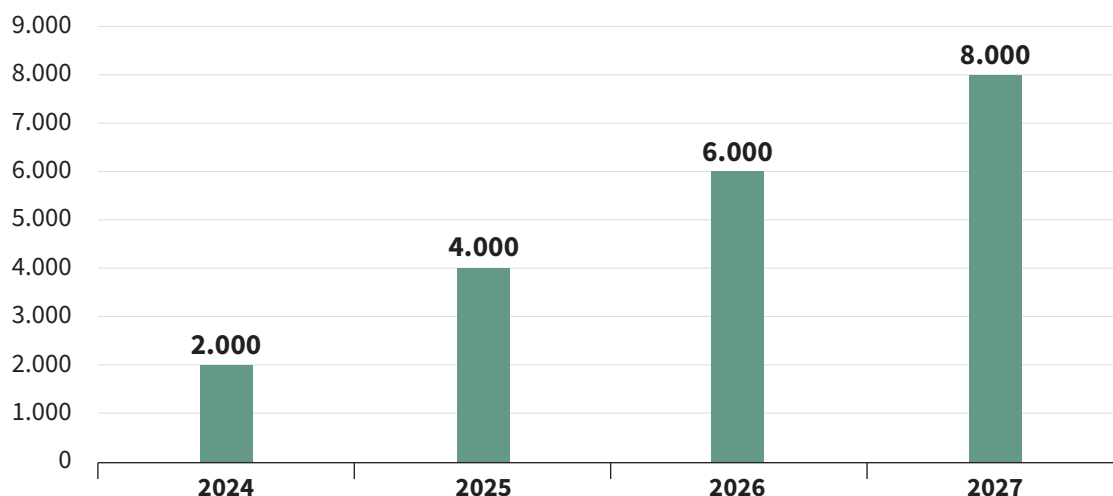
Serão também realizadas até o final de 2027, 8 oficinas no Museu do Índio no âmbito da entrega **Oficinas de qualificação de acervos com protagonismo indígena realizadas**, com a participação de indígenas detentores de saberes para atuarem na requalificação dos acervos do museu, complementando a documentação museológica a partir de seus conhecimentos sobre os bens culturais.

Para conservação dos bens culturais dos povos indígenas, com a entrega **Acervos arquivísticos, bibliográficos e etnográficos processados tecnicamente, visando à conservação dos bens culturais**, no Museu do Índio serão realizadas atividades de processamento técnico dos bens culturais que integram os acervos museológico, arquivístico e bibliográfico, com o objetivo de garantir a preservação e a integridade desses bens. O processamento técnico dos acervos envolve atividades de documentação, acondicionamento, entre outros. A meta é processar tecnicamente 40.000 bens culturais até o final do PPA 2024-2027.

Por meio da entrega **Acervos etnográficos, arquivísticos e bibliográficos ampliados e diversificados, visando contemplar a diversidade cultural dos povos indígenas**, serão incorporados novos itens aos acervos museológico, arquivístico e bibliográfico no Museu do Índio. O objetivo é ampliar a diversidade de povos indígenas representados nos acervos, por meio da incorporação (por meio de projetos de pesquisa, doações ou compra) de acervos. Planeja-se incorporar 8.000 bens culturais até o final do ano de 2027.



Gráfico 37 – Ampliação e diversificação dos acervos, de forma a contemplar a diversidade de povos indígenas. Números totais a serem alcançados ao final do quadriênio 2024-2027



Fonte: SIOP.

Com o objetivo de ampliar o acesso dos povos indígenas, pesquisadores e público em geral aos acervos museológico, arquivístico e bibliográfico, no âmbito da entrega **Acervos documentados e disponibilizados em repositórios digitais, visando ampliar o acesso dos povos indígenas**, serão documentados e disponibilizados, até o final de 2027, 20.000 bens culturais nas bases de dados e repositórios digitais.

Por meio da entrega **Eventos artísticos, culturais e científicos realizados**, serão realizados durante o período do PPA, 4 eventos culturais como oficinas, cursos, palestras, apresentações artísticas, lançamento de filmes, livros e exposições. São eventos realizados nas instalações do Museu do Índio, unidades descentralizadas (Centro Audiovisual em Goiânia e Centro Cultural Ikuiapá em Cuiabá) e outros espaços culturais que venham a receber eventos promovidos pelo Museu do Índio, assim como eventos virtuais.

7.1.2 Ampliar a participação dos povos indígenas em espaços relacionados aos direitos indígenas e nas políticas públicas que lhes são afetas, fortalecendo suas formas de organização e sua atuação nas instâncias de controle social

Este objetivo específico visa fortalecer as formas de organização dos povos indígenas e sua atuação nas instâncias de controle social. Planeja-se atingir o número de 120 povos indígenas com representantes em espaços relacionados aos direitos indígenas e nas políticas públicas que lhes são afetas até o final de 2027.

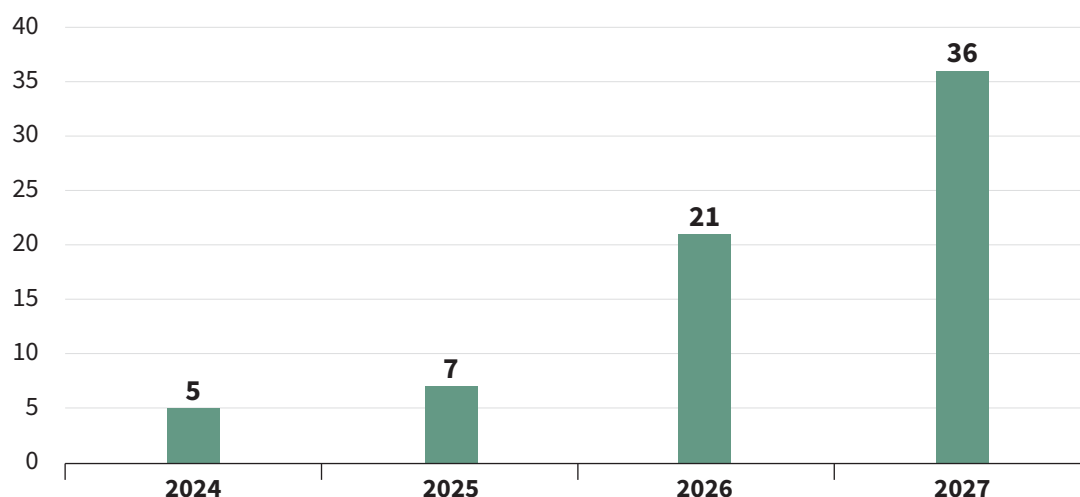
Na entrega **Eventos de fortalecimento de coletivos indígenas apoiados, incluindo coletivos de mulheres, jovens, LGBTQIA+, migrantes e refugiados**, planeja-se apoiar a realização de eventos de fortalecimento de coletivos indígenas, incluindo coletivos de mulheres, jovens, LGBTQIA+, migrantes e refugiados. A meta é realizar, com o apoio do MPI, 40 eventos durante o período do PPA.



Serão realizados também, no âmbito da entrega **Preparação e qualificação de indígenas para a participação social realizada**, 20 eventos formativos de preparação e qualificação de indígenas para a participação social, bem como para o acesso a direitos, programas governamentais e serviços públicos. Esses eventos poderão ser oficinas, cursos, fóruns ou reuniões consultivas/deliberativas de grupos técnicos.

Com a entrega **Centros de referência indígenas estruturados e consolidados**, serão estruturados e consolidados centros de referência indígenas para que funcionem como espaços de informação, formação, disseminação dos direitos indígenas e fortalecimento da organização sociocultural dos povos indígenas. A meta é estruturar e consolidar 36 centros de referência, sendo 12 na Região Norte, 8 na Região Nordeste, 8 na Região Centro-Oeste, 4 na Região Sudeste e 4 na Região Sul.

Gráfico 38 – Estruturação e consolidação de centros de referência indígenas



Fonte: SIOP.

7.1.3 Ampliar o acesso culturalmente adequado dos povos indígenas aos seus direitos e às políticas e serviços públicos, respeitando sua autodeterminação e sua pluralidade em todas as suas especificidades, incluindo indígenas mulheres, crianças, jovens, idosos, LGBTQIA+, imigrantes, refugiados, transfronteiriços, em contexto urbano e com deficiência

Este objetivo específico visa ampliar o acesso culturalmente adequado dos povos indígenas aos seus direitos e às políticas e serviços públicos, considerando suas especificidades e a interseccionalidade das pautas de gênero, geração, pessoas com deficiência, migrantes, refugiados e transfronteiriços.

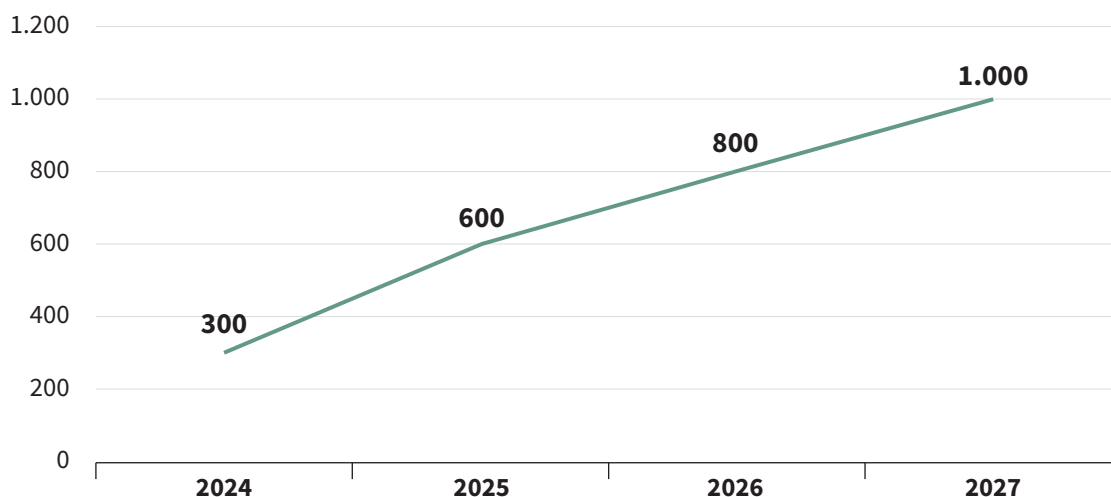
Com a entrega **Profissionais que atuam em políticas e serviços públicos e no sistema de justiça e garantia de direitos formados e capacitados para atuar com públicos indígenas, respeitando sua autodeterminação e sua pluralidade em todas as suas especificidades, de modo a ampliar o acesso adequado dos povos indígenas aos seus direitos e às políticas e serviços públicos**, a meta é formar e capacitar 80 profissionais no período de 2024-2027 em todo território nacional.

Com a entrega **Inserção de intérpretes de línguas indígenas em serviços de atendimento a públicos indígenas**, serão inseridos, até o final do PPA, 1.000 intérpretes de línguas indígenas em serviços



de atendimento a públicos indígenas, sendo 620 na Região Norte, 140 na Região Centro-oeste, 80 na Região Nordeste, 80 na Região Sudeste e 80 na Região Sul.

Gráfico 39 – Inserção de intérpretes de línguas indígenas



Fonte: SIOP.

Por meio da entrega **Conteúdos traduzidos em línguas indígenas tradicionais, em particular aqueles que orientam povos indígenas em toda sua diversidade quanto aos seus direitos e ao acesso a políticas e serviços públicos e ao sistema de justiça e garantia de direitos**, objetiva-se ampliar para 100 línguas indígenas com conteúdo relevante traduzido até o final de 2027.

Na entrega **Materiais de orientação e conscientização elaborados, voltados ao combate à discriminação e à prestação adequada de serviços públicos para indígenas, bem como à disseminação para povos indígenas, em toda sua pluralidade, de orientações para o acesso aos seus direitos e às políticas e serviços públicos**, serão elaborados 100 materiais de orientação e conscientização, que serão divulgados online em todo território nacional.

Há uma entrega específica para mulheres indígenas: **Equipamentos estruturados para atividades de apoio a mulheres indígenas vítimas de violência, contemplando suas especificidades socioculturais**, que prevê a estruturação de 30 equipamentos ao longo da vigência do Plano Plurianual, sendo 9 na Região Norte, 9 da Região Centro-Oeste, 8 na Região Nordeste, 2 na Região Sudeste e 2 na Região Sul.

No âmbito da entrega **Edificações tradicionais construídas**, serão construídas edificações tradicionais, que envolvem habitações individuais e coletivas e espaços de uso coletivos, como centros culturais e de reuniões, casas de reza e/ou de rituais, sendo utilizado matéria-prima adquirida de forma sustentável dentro de Terras Indígenas e técnicas e tecnologias dos povos indígenas. Planeja-se construir 320 edificações tradicionais até o final de 2027, a partir de demandas das comunidades indígenas em todo Território Nacional.

Na entrega **Abrigos móveis de madeira para áreas indígenas em situação de vulnerabilidade construídos**, serão construídos abrigos móveis de madeira, que são estruturas provisórias com 20m² de



construção, de fácil e rápida execução, removíveis sempre que necessárias e destinadas a famílias ou comunidades indígenas em situações emergenciais (atingidos por intempéries climáticas, como enchentes, ciclones, incêndios etc.) ou em situação de vulnerabilidade. A meta é construir até o final de 2027, na Região Sul, 800 abrigos situados em áreas não regularizadas, provisórias ou reivindicadas.

Por meio da entrega **Autorizações de obras do Programa Nacional de Habitação Rural (PNHR) em terras indígenas**, serão emitidas 60 autorizações de obras do Programa Nacional de Habitação Rural (PNHR) até o final de 2027, em todos os estados do País. O PNHR é uma política habitacional do governo federal exclusiva para o meio rural, incluindo as Terras Indígenas, sendo a emissão competência da Funai, que poderá contemplar várias unidades habitacionais em diferentes aldeias dentro de uma terra indígena.

Para assegurar acesso diferenciado aos benefícios previdenciários, serão emitidas 40.000 **Certidões de Exercício de Atividade Rural (CEAR)** para indígenas ao longo do período de vigência do PPA. A emissão de CEAR é destinada a todo indígena que preenche os requisitos para obtenção de benefícios previdenciários em todo o Brasil, não havendo diferenciação quanto a bioma ou a unidade da Federação.

Com a entrega **Ações itinerantes de promoção do acesso à documentação civil e benefícios sociais apoiadas**, serão realizadas 80 ações itinerantes de promoção dos direitos sociais em território indígena até o final de 2027, sendo 32 na Região Norte, 32 na Região Centro-Oeste, 8 na Região Nordeste, 4 na Região Sudeste e 4 na Região Sul.

A entrega **Articulação realizada para a criação de redes intersetoriais de proteção social** trata da articulação para a criação de redes intersetoriais de proteção social – REDES, que fortalecem e otimizam os fluxos de comunicação entre todos os órgãos que lidam com a população indígena, fortalecendo a promoção dos direitos sociais para povos indígenas. Serão criadas e apoiadas, até o final de 2027, 8 redes intersetoriais de proteção social, sendo 4 na Região Norte e 4 na Região Centro-Oeste.

A Funai realiza a qualificação do referenciamento de demandas de proteção social no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), visando aprimorar o atendimento social dos equipamentos do SUAS aos públicos indígenas, conforme as suas especificidades, retratada na entrega **Referenciamentos de demandas de proteção social no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) qualificados**, destinada a todo indígena que busca assistência social em todo o Brasil. Planeja-se até o final do PPA, qualificar 800 referenciamentos junto aos equipamentos do SUAS.

É importante ressaltar que esta entrega se operacionaliza de forma articulada com dois Programas: 1) Proteção Social pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que tem por objetivo fortalecer e ampliar o acesso aos serviços e benefícios socioassistenciais às famílias e pessoas em situações de vulnerabilidade, riscos pessoais e sociais e violações de direitos, contribuindo para a redução das desigualdades e a inclusão socioeconômica; e com o 2) Programa Bolsa Família: Proteção Social por meio da Transferência de Renda e da Articulação de Políticas Públicas, que objetiva reduzir a pobreza por meio da transferência de renda e do fortalecimento de acessos a serviços de educação, saúde, assistência social.



7.1.4 Sensibilizar a sociedade e o Estado brasileiro sobre a importância dos sistemas indígenas para o envolvimento, cuidado e comprometimento com a vida, reconhecendo os aspectos espirituais, ancestrais, comunitários, socioculturais, ambientais, econômicos e políticos

Este objetivo específico visa sensibilizar a sociedade e o Estado brasileiro sobre a importância dos sistemas indígenas para o envolvimento, cuidado e comprometimento com a vida, reconhecendo os aspectos espirituais, ancestrais, comunitários, socioculturais, ambientais, econômicos e políticos.

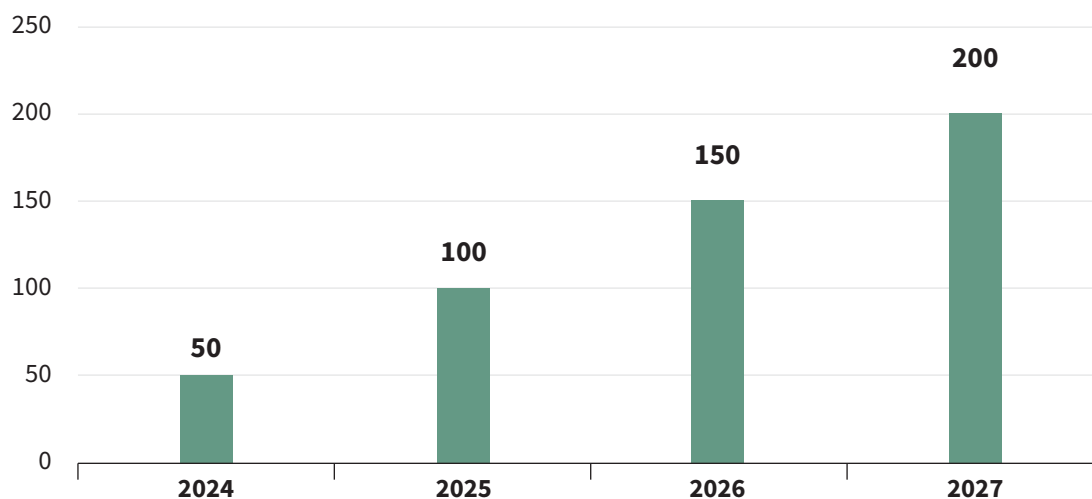
Com a entrega **Materiais educativos, didáticos e interculturais relacionados aos sistemas indígenas de vida elaborados, com foco em públicos diversos indígenas e não-indígenas**, a meta é elaborar 170 materiais até o final de 2027, divulgados online e em todo o território nacional.

O MPI apoiará, na entrega **Publicações de livros sobre os sistemas indígenas de vida apoiadas**, a publicação de 140 livros sobre os sistemas indígenas de vida até o final de 2027. Os livros poderão individualmente tratar dos sistemas de vida de múltiplos povos, localizados em diferentes regiões. Além disso, os livros publicados serão acessíveis em todo o território nacional.

Durante a vigência do PPA, com a entrega **Campanhas educativas e pedagógicas sobre o sistema de vida e cosmovisões indígenas de cada povo indígena em relação às contribuições para a qualidade de vida no planeta**, a meta é realizar 8 campanhas até 2027, veiculadas online e em todo o território nacional.

Também serão realizados eventos e processos interculturais e pedagógicos relacionados aos sistemas indígenas de vida, para públicos indígenas e não indígenas com a entrega **Eventos e processos interculturais e pedagógicos relacionados aos sistemas indígenas de vida realizados com públicos indígenas e não indígenas**. Trata-se de eventos culturais e pedagógicos no geral, mas que tragam experiências de intercâmbio, podendo incluir oficinas de trocas de saberes, feiras, jogos esportivos, festivais de cinema, festivais gastronômicos etc. Planeja-se realizar 200 eventos até o final do Plano, sendo 48 na Região Norte, 40 na Região Centro-Oeste, 40 na Região Nordeste, 40 na Região Sul e 32 na Região Sudeste.

Gráfico 40 - Números de eventos e processos interculturais e pedagógicos relacionados aos sistemas indígenas de vida



Fonte: Siop.



Serão realizadas pelo Museu do Índio e suas unidades descentralizadas **exposições virtuais e presenciais visando à valorização dos saberes, culturas, tradições, línguas e expressões artísticas indígenas**, assim contribuindo para que a sociedade como um todo se conscientize da importância dos sistemas indígenas para o envolvimento, cuidado e comprometimento com a vida. Serão 4 exposições de nível nacional, contemplando povos de diferentes biomas, regiões políticas e estados até o final de 2027.

Por fim, a entrega **Projetos voltados a espaços de cultura, memória e transmissão de conhecimentos (museu vivo, espaço cultural, centro de ciências e saberes tradicionais) apoiados** consiste no apoio a projetos voltados a espaços de cultura, memória e transmissão de conhecimentos. Esses espaços podem ser museus vivos, espaços culturais, centros de ciências e saberes tradicionais, entre outros. Trata-se de ações de apoio técnico no campo da museologia, incluindo documentação, preservação, exposição etc. Planeja-se até o final de 2027 apoiar 4 projetos selecionados a partir de iniciativas propostas por povos de diferentes regiões.

7.2 Promoção da Cidadania, Defesa de Direitos Humanos e Reparação de Violações

O Programa Promoção da Cidadania, Defesa de Direitos Humanos e Reparação de Violações tem por objetivo assegurar a cidadania de segmentos invisibilizados ou submetidos a violências diversas, por meio de políticas de promoção e defesa dos direitos humanos, de reparação por graves violações e de educação e cultura em direitos humanos. Entre os públicos beneficiados, tem-se os povos indígenas, por isso compõe a Agenda Transversal Povos Indígenas.

7.2.1 Promover e ampliar o acesso ao registro civil de nascimento e à documentação básica a pessoas de todas as origens e nacionalidades, com foco nas interseccionalidades e no enfrentamento ao racismo estrutural

Neste objetivo específico, destaca-se a entrega **Ações itinerantes para acesso à documentação básica voltadas a públicos vulnerabilizados de todas as faixas etárias e origens**. Serão realizadas 48 ações até o final de 2027, sendo 13 na Região Norte, 12 na Região Nordeste, 8 na Região Centro-Oeste, 8 na Região Sudeste e 7 na Região Sul.

7.3 Promoção e defesa dos direitos das pessoas LGBTQIA+

No âmbito desse Programa, destaca-se a entrega **Formação para lideranças LGBTQIA+ do campo, inclusive lideranças indígenas**, para o combate à violência e aos crimes de ódio, com base na autogestão e autoproteção voltadas para as particularidades territoriais e regionais. A meta é atingir 50 territórios/regiões com lideranças formadas, sendo 10 por cada macrorregião do País até o final de 2027.

7.4 Promoção e Proteção Integral dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes com absoluta prioridade

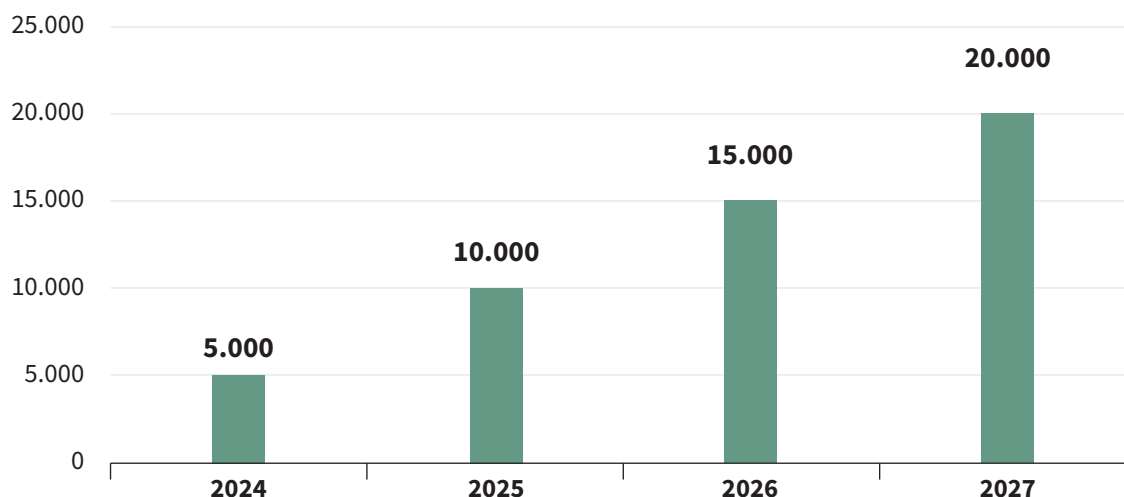
7.4.1 Aprimorar o Sistema de Garantia de Direitos para promoção, proteção, defesa e controle social dos direitos humanos e da cidadania de crianças e adolescentes

No âmbito deste objetivo específico, destacam-se a entrega **Formação de atores do Sistema de Garantia de Direitos (SGD)** e a entrega **Atividades formativas com povos e comunidades tradicionais sobre os direitos de crianças e adolescentes em abordagem intercultural e com posterior atuação**.



Serão realizadas ações de formação de atores do Sistema de Garantia de Direitos (SGD) em temáticas diversas, como violência contra crianças e adolescentes, considerando os direitos e as formas de atendimento de crianças e adolescentes negras, indígenas, de povos e comunidades tradicionais, com deficiência, LGBTQIA+, migrantes e refugiadas. A meta é formar 20.000 pessoas até o final de 2027, sendo 8.000 na Região Sudeste, 5.000 na Região Nordeste, 3.000 na Região Sul, 2.000 na Região Norte e 2.000 na Região Centro-Oeste.

Gráfico 41 - Números de pessoas formadas no Sistema de Garantia de Direitos (SGD)



Fonte: Siop.

Serão também realizadas 54 atividades formativas com povos e comunidades tradicionais sobre os direitos de crianças e adolescentes em abordagem intercultural e com posterior atuação até o final de vigência do PPA, sendo 13 na Região Norte, 13 na Região Centro-Oeste, 10 na Região Nordeste, 9 na Região Sudeste e 9 na Região Sul.

7.5 Promoção do Direito de Envelhecer e dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa

Este Programa visa atender população idosa e pessoas em processo de envelhecimento, incluindo pessoas idosas indígenas.

7.5.1 Fortalecer a cultura de respeito e valorização dos Direitos Humanos da pessoa idosa e ampliar o letramento digital de e sobre as pessoas idosas nos territórios

Destaca-se, no âmbito deste objetivo específico, a entrega **Capacitação de lideranças comunitárias, professores e sociedade em geral em direitos humanos da pessoa idosa.**

A meta é capacitar 1.600 lideranças comunitárias, gestores e professores sobre intergeracionalidade e idadismo, com ênfase em territórios sob vulnerabilidades, abrangendo populações negra, quilombola, indígena, LGBTQIA+, pessoas com deficiência, população em situação de rua.



7.6 Juventude: Direitos, participação e bem viver

Este Programa tem por objetivo assegurar o exercício de direitos pelos jovens mediante implementação e execução da política nacional da juventude e a ampliação de acesso a serviços e equipamentos públicos, valorizando os jovens como sujeitos de direito, em especial os segmentos mais vulnerabilizados da população.

7.6.1 Promover a emancipação, qualificação, autonomia, cultura de paz e cultura democrática entre os jovens.

Destaca-se, no âmbito deste objetivo específico, a entrega **Implantação do Programa Estação Juventude em territórios étnicos ou municípios com grande demografia de povos e comunidades tradicionais**. Planeja-se, até o final do PPA, implantar 10 equipamentos de referência da juventude em territórios étnicos e comunidades tradicionais, sendo 3 na Amazonia Legal e 3 na Área de Atuação da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste.

7.7 Mulher Viver Sem Violência

Este programa incorpora parcialmente a proposta “Criação, financiamento e implantação de Centros de Convivência de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos e Redução de Danos”, proveniente do Fórum Interconselhos no âmbito do processo participativo no PPA.

O Programa Mulher Viver sem Violência tem por objetivo enfrentar todas as formas de violência contra as mulheres, baseada em gênero, classe, raça e etnia, em toda a sua diversidade, nas esferas pública e privadas, por meio da formulação, articulação, monitoramento, coordenação, governança interfederativa e avaliação de políticas transversais, intersetoriais, visando o pleno exercício da cidadania, livres de violência e ameaças.

7.7.1 Ampliar a rede de atendimento destinado às mulheres em situação de violência, promovendo o atendimento humanizado e o acesso aos serviços especializados no âmbito da saúde, da segurança pública, da justiça e da rede socioassistencial.

Destacam-se duas entregas no âmbito deste objetivo específico. Por meio da primeira, o Ministério das Mulheres planeja ofertar 40 unidades móveis de atendimento para as mulheres do campo, floresta, águas, quilombolas, indígenas e ciganas, sendo 7 para povos indígenas até o final de 2027. Por meio da outra entrega serão prestados 60 Serviços da “Oi Mulheres! Ouvidoria itinerante” no período de vigência do PPA.

7.8 Direito à Cultura

Este Programa contempla duas diferentes propostas provenientes do PPA Participativo que, somadas, receberam 2.334 votos na Plataforma Brasil Participativo. A primeira, “Política Nacional para a Cultura Hip Hop”, totalizou 1.247 votos. A segunda proposta, “Política Nacional Cultura Viva/PNCV - Pontos de Cultura”, recebeu 1.087 votos na Plataforma.



O Programa **Direito à Cultura** tem como objetivo consolidar a cultura como um dos eixos estratégicos de desenvolvimento social e sustentável, por meio do acesso, produção e fruição da cultura, o desenvolvimento técnico, a garantia dos direitos autorais, do direito à arte, à cultura, à memória e às tradições; o fomento, o fortalecimento das cadeias produtivas e criativas; e a preservação e a difusão da memória e do Patrimônio Cultural, com respeito aos direitos humanos e à diversidade cultural, étnica e regional brasileira.

7.8.1 Promover e preservar a diversidade cultural, as expressões e os saberes artísticos e culturais, a democratização de bens e serviços culturais, com acessibilidade e atenção a recortes por territórios.

No programa destaca-se a entrega **Fomento às expressões das culturas populares e de povos e comunidades tradicionais**. Serão fomentadas 500 iniciativas culturais para valorização e preservação das culturas populares e de povos e comunidades tradicionais, por ano, no período de vigência do PPA 2024-2027, sendo 209 na Região Sudeste, 135 na Região Nordeste, 74 na Região Sul, 43 na Região Norte e 41 na Região Centro-Oeste.

7.9 Esporte para a Vida

O Programa **Esporte para a Vida** tem como objetivo promover o acesso da população ao esporte e à atividade física ao longo da vida, por meio do sistema nacional de esporte, em espaços apropriados e acessíveis, que contemplem as dimensões de lazer, educacional, amadora e de alto desempenho, garantindo diversidade, inclusão social e qualidade de vida, em consonância com os valores do esporte.

7.9.1 Ampliar o acesso ao esporte educacional, amador e de lazer para todas as idades, e incluindo as pessoas com deficiência que abranjam os diferentes territórios para o enfrentamento das desigualdades estruturais e regionais

No âmbito deste objetivo específico, destaca-se o **apoio à realização de eventos de esporte e lazer, contemplando gincanas, eventos científicos, de lazer esportivo, jogos indígenas, ribeirinhos, quilombolas, rurais, assentados e da pessoa idosa, desenvolvendo um conjunto de atividades esportivas, atividades físicas e de lazer**.

Serão realizados 168 eventos de esporte de lazer, diferenciado por recortes de gênero, raça, etnia e faixa etária, apoiados pelo Ministério do Esporte, sendo 50 na Região Sudeste, 34 na Região Norte, 34 na Região Nordeste, 25 na Região Sul e 25 na Região Centro-oeste.

7.10 Promoção do Acesso à Justiça e da Defesa dos Direitos

O Programa **Promoção do Acesso à Justiça e da Defesa dos Direitos** visa a fortalecer o acesso à justiça e a promoção e a defesa dos direitos das pessoas, com ênfase em grupos sociais vulnerabilizados. Um de seus objetivos específicos é **ampliar o atendimento das defensorias com focos nos grupos vulnerabilizados, em especial, mulheres, população negra, população LGBTQIA+, povos indígenas e comunidades tradicionais**.



8 Capacidade institucional



Autenticado eletronicamente, após conferência com original.
<https://www.leg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/?codArquivoTeor=2471438>

2471438

8 Capacidade institucional

Na dimensão estratégica do PPA 2024-2027, encontram-se quatro valores e diretrizes relacionadas ao **aprofundamento da capacidade institucional**. São eles: **1) Participação social**, envolvendo a promoção da transparência e da gestão participativa na elaboração e na implementação do orçamento e das políticas públicas; **2) Atuação colaborativa**, que envolve a articulação com movimentos sociais e agentes públicos, privados e do terceiro setor visando mobilizar recursos para ampliar a capacidade de atuação do Estado, a promoção da cooperação internacional para o desenvolvimento sustentável e a potencialização da cooperação federativa; **3) Responsabilidade Fiscal e Social**, que tem por diretriz assegurar que os recursos públicos sejam utilizados de forma eficiente, fiscal e socialmente responsável; e **4) Excelência na Gestão**, que envolve a promoção da gestão pública inovadora e efetiva, fomentando a transformação digital.

O PPA contém três eixos que organizam a compreensão da realidade e os desafios na forma de linhas básicas de atuação que agrupam os objetivos estratégicos, assentados na implementação dos programas e de seus resultados. O terceiro eixo, **Defesa da democracia e reconstrução do Estado e da soberania**, tem o propósito de fortalecimento da democracia e da cidadania, da Constituição e de seus valores, sem os quais a defesa da soberania e o fortalecimento do Estado e das suas instituições perdem parte do seu significado original. O adequado funcionamento das instituições e das liberdades democráticas, a **recuperação da capacidade de coordenação, de planejamento e de execução do Estado** orientada pela participação popular, a garantia da soberania nacional, a partir da capacidade de dissuasão na defesa do território, a primazia da transparência e o combate à corrupção são desafios centrais desse eixo.

Primeiramente, nesta dimensão, é apresentado o que for voltado ao fortalecimento da capacidade institucional de forma abrangente no âmbito da Agenda Transversal Povos Indígenas.

8.1 Planejamento e Orçamento para o Desenvolvimento Sustentável e Inclusivo

Tem como objetivo geral aprimorar e integrar o planejamento, o orçamento, o monitoramento e a avaliação, bem como ampliar investimentos e a produção e disseminação de informações e conhecimento, a fim de fortalecer a capacidade do Estado de prover entregas à sociedade com qualidade, sustentabilidade e transversalidade. Três objetivos específicos do programa estão incluídos na Agenda Transversal Povos Indígenas, além da seguinte medida institucional:

- Ações institucionais para ampliação da equidade, diversidade, inclusão e acessibilidade.

8.1.1 Assessorar o Estado, produzir e disseminar conhecimento de modo acessível, em apoio às políticas públicas, inclusive àquelas que reduzam as desigualdades, especialmente de gênero e raça

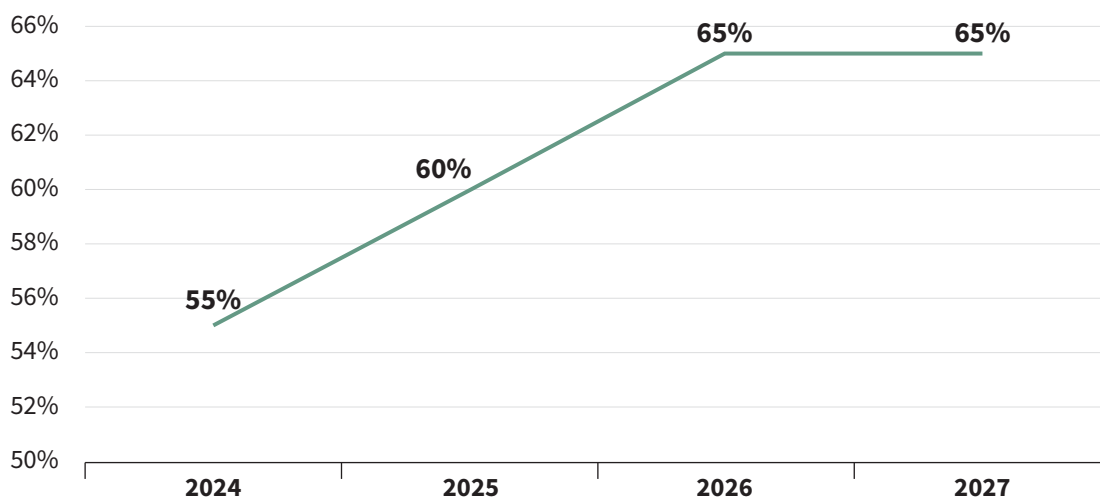
O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA tem papel fundamental na produção e disseminação de conhecimento em formato adequado e aplicável pela gestão, fortalecendo as capacidades estatais. Espera-se aumentar o número de visualizações do site do IPEA para 5,3 milhões, sendo a linha de base de 5,0 milhões.



8.1.2 Promover a transversalidade das políticas públicas no Plano Plurianual (PPA) 2024-2027

A efetiva aplicação da perspectiva transversal nas políticas públicas passa pela adequada **marcação de atributos no PPA** no processo de planejamento dos programas e pela utilização sistemática desta marcação ao longo da implementação, do monitoramento e da avaliação das políticas públicas. Espera-se incrementar a média dos percentuais de atributos marcados na PPA a cada ano.

Gráfico 42 - Média dos percentuais de atributos marcados no PPA 2024-2027 – Brasil



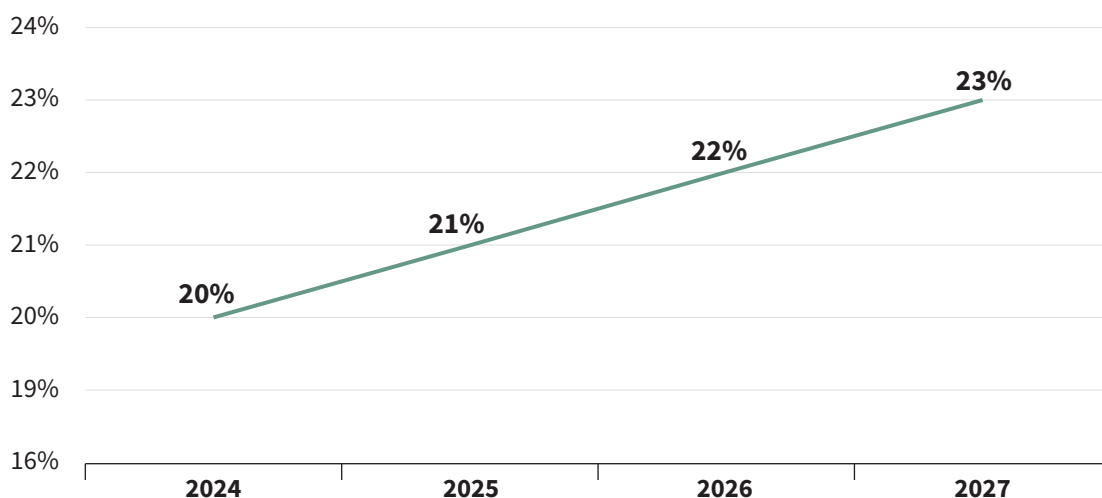
Fonte: Anexo V do PPA.

8.1.3 Aperfeiçoar a gestão das Agendas Transversais e Multissetoriais Selecionadas nos Orçamentos da União

O aperfeiçoamento da gestão das Agendas Transversais e Multissetoriais passa pelo adequado tratamento das respectivas Programações Orçamentárias. Neste sentido, a meta estabelecida refere-se ao do percentual de Programações Orçamentárias Transversais e Multissetoriais vinculadas ao longo dos quatro anos do PPA.



Gráfico 43 - Percentual de Programações Orçamentárias Transversais e Multissetoriais marcadas no PPA 2024-2027



Fonte: Anexo V do PPA.

8.2 Relações Internacionais e Assistência a Brasileiras e Brasileiros no Exterior

O Programa **Relações Internacionais e Assistência a Brasileiras e Brasileiros no Exterior** tem por objetivo promover a inserção internacional soberana, os valores e os interesses do Brasil, renovando o compromisso com o diálogo e a cooperação internacionais em prol do desenvolvimento sustentável, dos direitos humanos e da paz, e prestar assistência a brasileiras e brasileiros no exterior.

8.2.1 Fortalecer a diplomacia da sustentabilidade

Destaca-se, no âmbito deste objetivo específico, a entrega **Estabelecimento e fortalecimento de parcerias para o desenvolvimento da Amazônia e para a proteção e uso sustentável da biodiversidade brasileira, considerando a experiência das comunidades tradicionais**. A meta é estabelecer uma nova parceria por ano, durante a vigência do PPA 2024-2027.

8.2.2 Transversalizar na política externa as perspectivas de igualdade de gênero e igualdade racial

No âmbito desse objetivo específico, busca-se a ampliação da diversidade de gênero e étnico-racial na produção de pesquisa e conhecimento em relações internacionais pela Fundação Alexandre de Gusmão - FUNAG. Além disso, o Ministério das Relações Exteriores vai ampliar a capacitação de funcionários consulares em temas de inclusão e diversidade, como foco no atendimento às populações indígenas, entre outros públicos.



8.3 Demarcação e Gestão dos Territórios Indígenas para o Bem Viver, a Sustentabilidade e o Enfrentamento da Emergência Climática

No âmbito deste Programa, foi proposta medida institucional voltada para a ampliação da efetividade das ações de fiscalização em terras indígenas. Para que esse resultado seja alcançado, pretende-se editar e publicar ato normativo regulamentando o poder de polícia da Funai elaborado pelo MPI em parceria com o MJSP.

8.4 Inclusão de Famílias em Situação de Vulnerabilidade no Cadastro Único e Produção de Informações e Conhecimento para Políticas Sociais

8.4.1 Prover às políticas públicas dados e informações atualizadas das famílias de baixa renda residentes no Brasil.

A meta desse objetivo específico é ampliar para 84% o nível de informações atualizadas das famílias de baixa renda no Cadastro Único em 2024 e chegar em 86% até 2027.

8.4.2 Produzir estudos, dados, ferramentas informacionais, dentre outros, para o aperfeiçoamento das políticas de desenvolvimento e assistência social e seus impactos sobre a sociedade brasileira

O objetivo é ampliar para 90% a documentação satisfatória na Wiki-ID, com pelo menos a descrição do programa e dos indicadores referentes ao Planejamento Estratégico, dos programas do MDS que compõem o Planejamento Estratégico até 2027.

São duas as entregas: **1) Nova versão do VIS Data (Visualizador de Dados Sociais) disponibilizada com dados dos Programas Estratégicos do Ministério** – a meta inicial é de 40% dos programas estratégicos com dados atualizados, devendo chegar a 2027 com 100%; **2) Estudos avaliativos sobre as políticas de desenvolvimento e assistência social publicados no Portal da SAGICAD** – a publicação de dois estudos está programada para 2025, três para 2026 e um para 2027.





Autenticado eletronicamente, após conferência com original.
<https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/?codArquivoTeor=2471438>

2471438

Série Planejamento Nacional

Agenda Transversal Povos Indígenas

PPA 2024-2027



MINISTÉRIO DOS
POVOS INDÍGENAS

MINISTÉRIO DO
PLANEJAMENTO
E ORÇAMENTO



Autenticado eletronicamente após conferência com original
<https://intoleg.inteligencia-assinatura.camara-leg.br/?codArquivoTeor=2471438>

2471438

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 14/05/2024 | Edição: 92 | Seção: 3 | Página: 109

Órgão: Ministério dos Povos Indígenas/Gabinete da Ministra

EDITAL Nº 16/2024 (*)

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO - PORTARIA GM/MPI Nº 92, DE 20 DE MARÇO DE 2024

ANCESTRALIDADE VIVA: APOIO E INCENTIVO À CULTURA DOS POVOS INDÍGENAS

A Ministra de Estado dos Povos Indígenas, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II, do artigo 87, da Constituição Federal, torna público o Edital de Chamamento Público - Ancestralidade Viva: apoio e incentivo à cultura dos povos indígenas.

O presente edital é fundamentado nos artigos 215 e 231 da Constituição da República Federativa do Brasil, no incisos I e II do art. 20, do Anexo I do Decreto nº 11.355 de 1º de janeiro de 2023 e na Portaria GM/MPI nº 92, de 20 de março de 2024.

1. DO OBJETO

1.1 Constitui objeto deste edital o apoio financeiro à 50 propostas que visem a promoção da cultura e dos saberes indígenas, garantindo visibilidade e autonomia dos povos indígenas indígenas, com aporte global de R\$1.300.000,00 (um milhão e trezentos mil reais), nas modalidades Festas Tradicionais e Festivais Indígenas.

2. DO OBJETIVO

2.1 É objetivo deste edital a valorização dos conhecimentos e práticas culturais tradicionais dos povos indígenas no Brasil, garantindo recursos para que as comunidades possam implementar as referidas ações nos seus territórios. Por meio desta iniciativa, o protagonismo dos povos indígenas e de suas organizações serão fortalecidos, contemplando, para tanto, o aspectos pluriétnico dos povos indígenas e os múltiplos contextos regionais e locais, salvaguardando o patrimônio cultural material e imaterial dos povos indígenas.

2.2 São objetivos específicos deste Edital:

2.2.1 Promover e apoiar projetos culturais indígenas, com foco no fortalecimento das práticas tradicionais dos povos indígenas, visando a manutenção e a promoção das atividades culturais nos territórios e possibilitando o intercâmbio e a troca de conhecimentos tradicionais entre os povos;

2.2.2 Fomentar ações culturais realizadas nos territórios abrangidos pelo presente Edital e por agentes culturais residentes nesses territórios; e

2.2.3 Ampliar as ações afirmativas e de acessibilidade, incrementando o investimento cultural nas regiões do país, em projetos de impacto social e econômico relevantes.

3. DOS RECURSOS DISPONIBILIZADOS

3.1 Os recursos necessários para a realização deste edital são oriundos da LOA 2024, ação 21FL, com aporte financeiro total de R\$1.300.000,00 (um milhão e trezentos mil reais).

3.2 A concessão do recurso financeiro aos selecionados está condicionada à existência de disponibilidade orçamentária e financeira, caracterizando a seleção expectativa de direito do proponente.

4. DO PRAZO DE VIGÊNCIA

4.1 Este edital entra em vigor na data de sua publicação, terá validade de 1 (um) ano a contar da data de homologação do resultado final.

5. DO APOIO FINANCEIRO

5.1 O presente edital contemplará 50 (cinquenta) projetos, divididos em 2 (duas) modalidades:

5.1.1 Festas Tradicionais: serão apoiados 30 (trinta) projetos nesta modalidade, no valor de até



Autenticado eletronicamente, após conferência com original.

<https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/?codArquivoTeor=2471438>

2471438

R\$10.000,00 (dez mil reais) cada; e

5.1.2 Festivais Indígenas: serão apoiados 20 (vinte) projetos nesta modalidade, no valor de até R\$50.000,00 (cinquenta mil reais) cada.

5.2 Para os fins deste edital, considera-se FESTAS TRADICIONAIS projetos de menor porte que visem fortalecer a cultura e saberes dos povos indígenas a nível local e FESTIVAIS INDÍGENAS, projetos de maior porte que visem fortalecer a cultura e saberes dos povos indígenas a nível regional ou nacional.

5.3 Caso o número de propostas classificadas não atinja o valor total a ser distribuído, o excedente poderá ser remanejado pela Comissão de Seleção.

5.4 Serão selecionados os projetos que obtiverem maior pontuação na análise da Comissão de Seleção, conforme critérios definidos no item 11 (dos critérios de seleção e classificação final) deste edital.

5.5 O pagamento será efetuado em parcela única, exclusivamente na conta bancária (conta corrente ou poupança) do(a) proponente (pessoa física ou pessoa jurídica) com as deduções tributárias conforme legislação vigente.

6. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO

6.1 Poderão participar deste edital: pessoas físicas, maiores de 18 anos; pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos; coletivos e comunidades indígenas.

6.2 Poderão participar do processo seletivo coletivos e comunidades sem constituição jurídica formal, desde que representados por pessoa física ou jurídica, que figurará como Proponente Parceiro, e assumirá a responsabilidade legal pela proposta; ou seja, assumirá a responsabilidade pela inscrição, execução do projeto, comprovação das atividades realizadas e prestação de contas.

6.3 Na hipótese de coletivos ou comunidades sem constituição jurídica representados por pessoa física ou jurídica, a inscrição realizada pelo Proponente Parceiro deverá ser necessariamente acompanhada por Declaração de Indicação de Proponente Parceiro (Anexo III).

6.4 A Declaração de Compromisso deverá ser assinada pelos integrantes do coletivos ou comunidade, bem como pela pessoa física ou jurídica que figurar como Proponente Parceiro.

6.5 Em relação às Pessoas Físicas, é vedada a inscrição de servidores, terceirizados ou profissionais que tenham vínculo de trabalho com o Ministério dos Povos Indígenas e Fundação Nacional dos Povos Indígenas.

6.6 Em relação às Pessoas Jurídicas, não poderão se inscrever na seleção pública aquelas que possuam, dentre os seus dirigentes, membro do Poder Executivo, Legislativo, Judiciário, do Ministério Público ou do Tribunal de Contas da União, ou respectivo cônjuge ou companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade até o 3º grau nestas instituições.

6.7 O mesmo projeto não poderá ser inscrito simultaneamente por vários proponentes, sendo integrantes ou não de um mesmo coletivo.

6.8 O(a) proponente deverá se inscrever na região e UF correspondente ao seu CNPJ (Pessoa Jurídica) ou endereço residencial (Pessoa Física), sob pena de desclassificação.

7. DA INSCRIÇÃO

7.1 As inscrições serão gratuitas, tendo início no dia 10/05/2024, sexta-feira, a partir das 9h, horário de Brasília e se encerrarão dia 26/05/2024, segunda-feira, às 17h59min, horário de Brasília.

7.2 Serão desconsideradas as inscrições feitas após a data e o horário de encerramento.

7.3 Os procedimentos de inscrição serão claros e objetivos, promoverão a simplificação e valorizarão da oralidade, visando a ampliação de acesso das pessoas indígenas às políticas públicas, e sua divulgação adotará o uso de linguagem simples, bem como formatos visuais e orais que orientem os interessados, admitida a inscrição em língua indígena, conforme regras contidas neste Edital.

7.4 O prazo de inscrição poderá ser prorrogado, caso o Ministério dos Povos Indígenas julgue necessário, a bem do interesse público.

7.5 As inscrições poderão ser feitas:



7.5.1 Por e-mail: mediante o envio da documentação constante no item 8 deste edital para o e-mail ancestralidadeviva@povosindigenas.gov.br

7.5.2 Pelos Correios: mediante envio da documentação constante no item 8 deste edital para o endereço Esplanada dos Ministérios Bloco C - Zona Cívico- Administrativa, Brasília - DF, 70.046-900. Unidade: Ministério dos Povos Indígenas - Setor: Secretaria Nacional de Articulação e Promoção aos Povos Indígenas (sala 145), obrigatoriamente com Aviso de Recebimento (AR).

7.5.3 Por protocolo presencial no Ministério dos Povos Indígenas: mediante entrega da documentação constante no item 8 deste edital na sala da Secretaria Nacional de Articulação e Promoção aos Direitos Indígenas (Sala 145).

7.6 O Ministério dos Povos Indígenas não se responsabiliza por eventuais falhas de rede de internet no momento da inscrição ou não recebimento de propostas enviadas pelos Correios, sugerindo aos(às) proponentes que não deixem para realizar suas inscrições nos últimos dias.

7.7 Após a efetivação da inscrição, não serão admitidas alterações, complementações ou correções na proposta.

7.8 Se o(a) proponente inscrever mais de 1 (uma) proposta, somente o último projeto inscrito será avaliado pela Comissão de Seleção.

7.9 Os projetos que apresentem quaisquer formas de preconceito de origem, raça, etnia, gênero, cor, idade ou outras formas de discriminação serão desclassificados, com fundamento no disposto no inciso IV do caput do art. 3º da Constituição, garantidos o contraditório e a ampla defesa.

7.10 Após a seleção, poderão ser exigidos outros documentos correlatos para fins de comprovações.

7.11 A inscrição implica em prévia concordância do candidato com os termos deste Edital.

7.12 A falta ou incompletude de um dos documentos obrigatórios previstos neste Edital, bem como a não observância das disposições expostas, implicará a inabilitação da inscrição pretendida.

8. CONDIÇÕES E DOCUMENTAÇÕES EXIGIDAS

8.1 No ato da inscrição o(a) proponente deverá apresentar a seguinte documentação preenchida e/ou assinada:

8.1.1 a) Ficha de Inscrição (Anexo I);

8.1.2 b) Projeto conforme Modelo de Projeto (Anexo II) e instruções constante nos itens 8.2 a 8.5 deste edital;

8.1.3 c) Declaração de Habilitação Técnica (Anexo IV) para comprovar capacidade técnica da organização ou coletivo para executar as ações previstas no Projeto e Ficha de Inscrição; e

8.1.4 d) Declaração de Indicação de Proponente Parceiro (Anexo III), caso a organização ou coletivo não tenha constituição jurídica e precise indicar um Proponente Parceiro.

8.2 Caso o Proponente seja Pessoa Física, também serão obrigatórios:

8.2.1 a) Documento de Identidade e CPF do Proponente;

8.2.2 b) Documento assinado pelo(a) Proponente, declarando que as cópias são idênticas aos documentos originais (Anexo V).

8.3 Caso o Proponente seja Pessoa Jurídica, também serão obrigatórios:

8.3.1 a) Comprovante do CNPJ;

8.3.2 b) Contrato social ou estatuto e suas alterações;

8.3.3 c) Termo de posse do(a) representante legal, ou ata que o elegeu, quando não constar o nome do(a) representante no estatuto;

8.3.4 d) Identidade e CPF do(a) representante legal da pessoa jurídica;

8.3.5 e) Comprovante de endereço; e



8.3.6 f) Documento assinado pelo(a) proponente declarando que as cópias são idênticas aos documentos originais (Anexo V).

8.4 O Projeto, indicado no item 8.1.2, deverá ser estruturado conforme o modelo disponibilizado no Anexo II.

8.5 Os proponentes poderão apresentar o Projeto de forma oral, em formato de vídeo, com o limite máximo de 10 (dez) minutos de duração, no que concerne aos itens: Descrição, Justificativa, Detalhamento e Cronograma de Atividades, devendo orientar-se pelo Roteiro para Apresentação em Vídeo (Anexo VI).

8.6 A apresentação de projeto de forma oral ou na Língua Brasileira de Sinais deverá ser enviada em arquivo de vídeo acessível por link (postadas em plataformas on-line de vídeos ou de armazenamento de arquivos na nuvem) ou mediante envio/entrega de "pen drive" no caso de postagem nos correios ou protocolo presencial.

8.7 Se a apresentação de projeto de forma oral for realizada em outras línguas deverá obrigatoriamente conter tradução para o português do Brasil (oral ou em legendas).

9. DO PROCESSO DE SELEÇÃO E CRONOGRAMA

9.1 A seleção dos projetos observará o seguinte cronograma:

ETAPAS	DESCRIÇÃO	DATAS PREVISTAS
01	Inscrição das propostas pelas organizações	10/05/2024 (9h) a 10/06/2024 (até 17h59min)
02	Habilitação das propostas pela Comissão de Seleção, consistente na triagem, de caráter eliminatório, com o objetivo de verificar se o(a) proponente atendeu aos critérios obrigatórios para inscrição, conforme item 8 deste edital; as propostas que não se enquadrarem ao objeto deste Edital serão inabilitadas.	até 14/06/2024
03	Divulgação de resultado preliminar dos projetos habilitados, disponível no site do Ministério dos Povos Indígenas (http://https://www.gov.br/povosindigenas/pt-br)	até 24/06/2024
04	Interposição de recursos contra o resultado preliminar de habilitação, exclusivamente por meio do e-mail ancestralidadeviva@povosindigenas.gov.br	até 28/06/2024
05	Julgamento dos recursos pela Comissão de Seleção	até 04/07/2024
06	Divulgação do resultado consolidado dos projetos habilitados a concorrerem ao edital, disponível no site do Ministério dos Povos Indígenas (http://https://www.gov.br/povosindigenas/pt-br)	até 08/07/2024
07	Período de avaliação dos projetos	até 19/07/2024
08	Divulgação do resultado provisório da seleção, disponível no site do Ministério dos Povos Indígenas (http://https://www.gov.br/povosindigenas/pt-br)	até 19/07/2024
09	Interposição de recursos contra o resultado provisório de seleção dos projetos, exclusivamente por meio do e-mail ancestralidadeviva@povosindigenas.gov.br	até 22/07/2024
10	Julgamento dos recursos pela Comissão de Seleção	até 26/07/2024
11	Divulgação do resultado final com a lista dos projetos selecionados, disponível no site do Ministério dos Povos Indígenas (http://https://www.gov.br/povosindigenas/pt-br)	até 29/07/2024

9.2 Compete à Secretaria Nacional de Articulação e Promoção aos Direitos Indígenas do Ministério dos Povos Indígenas (MPI) homologar a habilitação das propostas inscritas.

9.3 O resultado final, após o julgamento dos pedidos de reconsideração, será homologado pela Secretaria Articulação e Promoção aos Direitos Indígenas do Ministério dos Povos Indígenas (MPI) e divulgado no Diário Oficial da União e na página eletrônica do MPI, no endereço <https://www.gov.br/pt-br/orgaos/ministerio-dos-povos-indigenas>

10. DA COMISSÃO DE SELEÇÃO DAS PROPOSTAS

10.1 A Comissão de Seleção será instituída pela Secretaria Nacional de Articulação e Promoção aos Direitos Indígenas do Ministério dos Povos Indígenas (MPI), por meio de Portaria, e será composta por 5



(cinco) membros que devem ser servidores do MPI.

10.2 A Comissão de Seleção será presidida por servidor(a) lotado(a) na Secretaria Nacional de Articulação e Promoção aos Direitos Indígenas.

10.3 Compete à Comissão de Seleção avaliar as propostas segundo os critérios e cronograma definidos neste edital.

10.4 Serão automaticamente desclassificadas as propostas em cuja ficha técnica e/ou documentação conste algum(a) membro da Comissão de Seleção, assim como aqueles em que qualquer dos(as) membros tenha participado ou colaborado com a sua elaboração.

10.5 Os membros da Comissão de Seleção ficam impedidos de avaliar as propostas:

10.5.1 Nas quais tenham interesse pessoal;

10.5.2 Inscritos por proponentes - e também por cônjuges e companheiros de proponentes - com os quais estejam litigando judicial ou administrativamente.

10.6 O(a) membro da Comissão de Seleção que incorrer em qualquer um dos impedimentos citados deve comunicar à Secretaria Nacional de Articulação e Promoção aos Direitos Indígenas, abstendo-se de atuar, sob pena de nulidade dos atos que praticar.

10.7 Os trabalhos da Comissão de Seleção serão registrados em ata, que será assinada por todos os seus membros e encaminhada pela presidência da Comissão à Secretária Nacional de Articulação e Promoção aos Direitos Indígenas.

10.8 A composição da Comissão de Seleção será publicada no Boletim Interno e na página eletrônica do Ministério dos Povos Indígenas, no endereço <https://www.gov.br/pt-br/orgaos/ministerio-dos-povos-indigenas>

11. DOS CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E CLASSIFICAÇÃO FINAL

11.1 A Comissão de Seleção avaliará as propostas e atribuirá nota de acordo com os seguintes critérios e pontuações:

	Crítérios	Conceituação	Pontuação	Peso	Pontuação máxima
1	Mérito artístico	Observação da concepção e impacto artístico do projeto, tendo em vista a sua singularidade, criatividade e inovação.	0 a 5	1	5
2	Relevância Cultural	Observação da relevância do Projeto no contexto sociocultural de sua realização.	0 a 5	1	5
3	Conteúdo da proposta	Análise da clareza do objeto e dos objetivos da proposta	0 a 5	3	15
4	Criatividade	Ineditismo da proposta, análise da originalidade da proposta.	0 a 5	1	5
5	Promoção da Coletividade e cidadania	Análise da oportunidade de um maior diversidade de agentes culturais envolvidos, bem como a diversidade do público beneficiado.	0 a 5	2	10

11.2 A atribuição de pontos para cada critério estabelecido acima obedecerá à seguinte gradação:

Pontuação	Descrição do critério
0	Não atende ao critério
1	Atende insuficientemente ao critério
2 e 3	Atende parcialmente ao critério
4	Atende satisfatoriamente ao critério
5	Atende plenamente ao critério

11.3 O objetivo e as atividades do projeto devem ser compatíveis e exequíveis, ou seja, o proponente deve ser capaz de executar as atividades no período de tempo proposto e com o recurso determinado e, com isso, alcançar o objetivo proposto.



11.4 O orçamento deve ser detalhado e ser suficiente para custear as atividades que serão realizadas, levando em consideração logística, insumos e recursos humanos.

11.5 O orçamento não deve ultrapassar o valor máximo proposto neste edital.

11.6 A nota final de cada critério descrito na tabela acima será obtida a partir do cálculo da média aritmética simples entre as notas dos avaliadores.

11.7 A pontuação máxima de cada projeto avaliado será de 40 (quarenta) pontos, sendo que os projetos que obtiverem pontuação inferior a 20 (vinte) pontos serão desclassificados.

11.8 Em caso de empate, o desempate beneficiará o projeto que tenha apresentado maior pontuação nos critérios 3 (Conteúdo da proposta) e 5 (Promoção da Coletividade e Cidadania) do item 11.1, sucessivamente.

11.9 O resultado provisório dos classificados e não classificados será divulgado na página do Ministério dos Povos Indígenas, no endereço eletrônico gov.br/povosindigenas/pt-br

12. DO RECURSO AO RESULTADO DA SELEÇÃO

12.1 Caberá recurso da decisão da Comissão de Seleção, conforme prazos dispostos no cronograma deste Edital (item 9.1).

12.2 O recurso deverá conter, obrigatoriamente, justificativa bem fundamentada, com clareza, concisão, objetividade das razões pelas quais discorda do resultado e deverá ser enviado pelo candidato exclusivamente por meio do endereço eletrônico ancestralidadeviva@povosindigenas.gov.br

12.3 Os recursos serão direcionados à Comissão de Seleção, que poderá reconsiderar o pedido ou proceder ao encaminhamento à Secretária Nacional, que decidirá fundamentadamente de acordo com os prazos estipulados no cronograma deste Edital (item 9.1).

12.4 Se necessário, o prazo previsto nesta cláusula poderá ser prorrogado, a fim de que haja tempo suficiente para uma avaliação criteriosa dos recursos.

13. DA HOMOLOGAÇÃO DA SELEÇÃO

13.1 A lista dos pedidos deferidos e indeferidos e o resultado dos classificados e não classificados será publicada no Diário Oficial da União e divulgada na página do Ministério dos Povos Indígenas, no endereço eletrônico gov.br/povosindigenas/pt-br, sendo de total responsabilidade do candidato acompanhar a atualização dessas informações.

14. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1 É responsabilidade da Secretaria Nacional de Articulação e Promoção aos Direitos Indígenas o acompanhamento, a supervisão e a fiscalização de todos os atos administrativos do presente Edital, podendo tomar providências em caso de eventuais irregularidades constatadas a qualquer tempo.

14.2 Não serão fornecidos atestados, certificados ou certidões relativas à classificação ou nota do candidato, valendo, para tal fim, os resultados publicados no Diário Oficial da União e no sítio do Ministério dos Povos Indígenas.

14.3 A Secretaria Nacional de Articulação e Promoção aos Direitos Indígenas se reserva ao direito de realizar comunicações por meio de correio eletrônico ou telefone, exceto as informações ou convocações que exijam publicações na Imprensa Oficial.

14.4 O candidato será o único responsável pela veracidade das informações apresentadas e documentos encaminhados, isentando o Ministério dos Povos Indígenas de qualquer responsabilidade civil ou penal.

14.5 Em caso de denúncia, esta poderá ser encaminhada à Ouvidoria do Ministério dos Povos Indígenas, através do endereço eletrônico povosindigenas/pt-br/canais_atendimento/ouvidoria.

14.6 Os projetos incentivados poderão ser indicados, citados, descritos, transcritos ou utilizados pelo Ministério dos Povos Indígenas, total ou parcialmente, em expedientes, publicações internas ou externas, cartazes ou quaisquer outros meios de promoção e divulgação, incluídos os devidos créditos, sem que caiba ao seu autor pleitear a recepção de qualquer valor, inclusive a título autoral ou de imagem.



14.7 Este Edital ficará à disposição dos interessados na página do Ministério dos Povos Indígenas na Internet, no endereço povosindigenas/pt-br.

14.8 Os casos não previstos neste Edital serão resolvidos pela Comissão de Seleção até a fase de julgamentos dos recursos.

14.9 Os casos não previstos constatados após a fase de seleção serão resolvidos pela presidência da Comissão de Seleção.

14.10 Eventuais irregularidades constatadas a qualquer tempo implicarão a desclassificação do projeto selecionado, mesmo após as fases classificatórias.

14.11 O ato de inscrição implica o conhecimento e a integral concordância do candidato com as normas e condições estabelecidas neste Edital.

14.12 Na hipótese de constatação de declaração falsa, o(a) proponente será inabilitado da Seleção, sem prejuízo de outras sanções cabíveis, conforme previsto pelo artigo 299 do Decreto Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940, e, subsidiariamente, o artigo 2º, parágrafo único, da Lei nº 12.990, de 09 de junho de 2014.

14.13 Na hipótese de constatação de declaração falsa após o recebimento do apoio financeiro, o(a) selecionado(a) obriga-se a devolver o montante recebido, atualizado de acordo com a legislação vigente à época em que se realizar a respectiva quitação.

14.14 Todos os atos relacionados à seleção e à execução das propostas, ou à comprovação das atividades realizadas, submetem-se aos requisitos previstos em Lei ou regulamentos aplicáveis à espécie, bem como às regras procedimentais inseridas na regulamentação específica do Ministério dos Povos Indígenas.

14.15 No momento do pagamento do apoio financeiro serão aplicadas as regras de retenção de tributos, acaso incidentes, nos termos dos normativos a esse tempo vigentes. Os recursos financeiros pagos a Pessoas Jurídicas não estão isentos de tributação, embora não sofram retenção na fonte, ficando o recolhimento dos tributos sob a responsabilidade do(a) proponente. No caso das Pessoas Físicas, eventuais descontos serão feitos antes do repasse ao Proponente, nos termos da legislação aplicável.

14.16 Dúvidas e informações referentes a este Edital poderão ser esclarecidas e/ou obtidas junto à Secretaria Nacional de Articulação e Promoção aos Direitos Indígenas, por meio do endereço eletrônico ancestralidadeviva@povosindigenas.gov.br, ou pelos telefones (61) 2020-8602.

SONIA GUAJAJARA

Anexo I - Ficha de Inscrição

Anexo II - Modelo de Projeto

Anexo III - Declaração de Indicação de Proponente Parceiro

Anexo IV - Declaração de Habilitação Técnica

Anexo V - Declaração de Autenticidade da Documentação

Anexo VI - Roteiro para Apresentação em Vídeo

ANEXO I

FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome do Projeto:

Proponente do Projeto:

Nome ou razão social	Nº do CPF ou CNPJ:
Nome do dirigente:	Cargo ou Função:
Endereço completo (logradouro, nº, complemento):	Bairro ou Aldeia:
CEP:	Contato:



Nº RG do Dirigente:	Órgão expedidor:
Endereço eletrônico (e-mail):	

RESUMO, PÚBLICO ALVO E VALOR TOTAL DO PROJETO (resuma o projeto em, no máximo 3 (três) linhas e informe o público alvo e o valor do projeto.)

ANEXO II

MODELO DE PROJETO - TÍTULO DO PROJETO

DESCRIÇÃO DO PROJETO (Faça uma síntese de seu projeto e indique seus objetivos, esclarecendo o que se pretende realizar e os resultados esperados)

JUSTIFICATIVA (Justifique a razão pela qual o seu projeto deve ser selecionado)

FAIXA ETÁRIA E ESTIMATIVA DE PÚBLICO ATENDIDO PELO PROJETO

CRIANÇA:	
JOVENS:	
ADULTO:	
TERCEIRA IDADE:	
Estime a quantidade de pessoas que seu projeto irá atender:	
DIRETAMENTE	INDIRETAMENTE

DETALHAMENTO E CRONOGRAMA DE ATIVIDADES (Descreva detalhadamente as etapas de execução do projeto e informe o tempo necessário para realização de cada etapa)

RESUMO DO CRONOGRAMA DO PROJETO

Data de início previsto:
Data de término previsto:
Duração prevista (em meses):

ESPAÇO(S) A SER(EM) UTILIZADO(S) PARA REALIZAÇÃO DO PROJETO (Informe o(s) local(is) onde o projeto será realizado e apresente autorização de uso de espaço)

DIVULGAÇÃO (informe como se dará a divulgação do projeto)

Documentos Adicionais Não Obrigatórios (informe como se dará a divulgação do projeto)

Documentos adicionais não obrigatórios que possam acrescentar informações sobre o projeto: cartas de anuência, declarações de participação, cartas-convite, dentre outros.

EQUIPE ENVOLVIDA NA REALIZAÇÃO DO PROJETO (Para todos os profissionais elencados nesta planilha deverá ser apresentado seu currículo)

NOME	CPF	Função a ser desempenhada no projeto
------	-----	--------------------------------------



ORÇAMENTO (Poderão ser utilizadas quantas vias forem necessárias para a discriminação de todos os custos do projeto)

Descrição	Valor unitário	Valor

VALOR DO PROJETO

Valor Total do Projeto (incentivo solicitado) R\$

Declaro conhecer as disposições do Edital Ancestralidade Viva/2024, para Inscrição de projetos para o ano de 2024 e ainda ter conhecimento de que a ausência de qualquer documento obrigatório e/ou preenchimento incorreto do formulário-padrão poderão resultar na desclassificação do projeto.

(Cidade/Estado) _____, _____ de _____ de 2024.

Assinatura do presidente

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE INDICAÇÃO DE PROPONENTE PARCEIRO

Nós, membros do (a) coletivo/comunidade denominado(a) _____, declaramos que, em reunião realizada no dia _____, do mês de _____ do ano de 2024, decidimos apresentar a inscrição para o Edital Ancestralidade Viva/2024.

Nesta reunião, nomeamos o(a) (nome da pessoa física ou jurídica) _____, inscrito(a) no CPF (no caso de pessoa física) ou CNPJ (no caso de pessoa jurídica): _____, como Proponente Parceiro, figurando como nosso(a) representante e responsável pela inscrição da iniciativa que concorrerá ao apoio financeiro, bem como para receber o pagamento do recurso em nosso nome.

Autorizamos o(a) representante acima indicado(a) a efetuar a inscrição da iniciativa, a receber o Apoio Financeiro e a apresentar o relatório descritivo nos termos do Edital.

Nesses termos, estamos cientes que, caso a iniciativa venha a ser selecionada, os recursos do Apoio Financeiro serão depositados exclusivamente em conta bancária a ser oportunamente indicada pelo(a) representante indicado(a) e reconhecido(a) nesta declaração.

Estamos cientes que o Ministério dos Povos Indígenas não se responsabilizará se o(a) representante indicado(a) pelo Coletivo ou Comunidade fizer destinação dos recursos do apoio financeiro em desacordo com o pactuado com os demais membros, ou por qualquer outra irregularidade praticada na destinação dos recursos, e que o(a) representante indicado(a) responderá, na forma da legislação civil, em casos de desvio de recursos ou outras irregularidades.

Declaramos ter ciência de todas as regras do Edital e estarmos de acordo com seus termos.

_____/_____/2024

(Cidade/Estado)

Assinatura do(a) Proponente Parceiro
 Nome:
 CPF/CNPJ:

Membros integrantes do coletivo/comunidade maiores de 18 anos:



1. Nome completo:
RG ou CPF:
Assinatura:

2. Nome completo:
RG ou CPF:
Assinatura:

3. Nome completo:
RG ou CPF:
Assinatura:

4. Nome completo:
RG ou CPF:
Assinatura:

5. Nome completo:
RG ou CPF:
Assinatura:

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE HABILITAÇÃO TÉCNICA

_____ (qualificação da pessoa física ou jurídica), DECLARO, para fins de comprovação junto ao chamamento público do Edital Ancestralidade Viva, conforme o item 8 e seguintes do referido edital, que possuo capacidade técnica e competência institucional para executar o objeto proposto.

_____, ____/____/2024

(Cidade/Estado)

Assinatura Proponente	Assinatura do Proponente Parceiro (se houver)
-----------------------	-----------------------------------------------

ANEXO V

DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE DA DOCUMENTAÇÃO

_____ (qualificação da pessoa física ou jurídica), DECLARO, para fins de comprovação junto ao chamamento público do Edital Ancestralidade Viva, conforme o item 8 e seguintes do referido edital, que toda documentação apresentada é idêntica à original sob pena de incorrer nas cominações previstas nas esferas cível, criminal e administrativa, e que fornecerei documentação complementar, caso necessário.

_____, ____/____/2024

(Cidade/Estado)

Assinatura Proponente	Assinatura Parceiro (se couber)
-----------------------	---------------------------------

ANEXO VI

ROTEIRO PARA APRESENTAÇÃO EM VÍDEO

O vídeo não deve ter mais que 10 minutos de duração e deverá atender às exigências do Edital, contendo as seguintes informações:

1. Apresentação do proponente e da proposta; deixando claro: nome do proponente; nome da aldeia e da terra indígena; da instituição que vai executar o projeto (se houver);
2. Justificativa - falar qual a importância do projeto para a comunidade e como ele irá contribuir para a mesma;



3. Apresentar de forma simples como o projeto será executado e em que tempo;
4. Apresentar como o será empenhado e gasto o recursos;
5. Conclusão - quaisquer outras informações que se considerar importantes.

Republicada por ter saído no Diário Oficial da União nº 85, de 03 de maio de 2024, Seção 3, página 130, com incorreções no original.

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.



DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 14/05/2024 | Edição: 92 | Seção: 3 | Página: 113

Órgão: Ministério dos Povos Indígenas/Gabinete da Ministra

EDITAL Nº 17/2024 (*)

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO - PORTARIA Nº 97, DE 20 DE MARÇO DE 2024

EDITAL DE APOIO À AGRICULTURA ANCESTRAL E PRODUÇÃO DE FLORESTAS QUE PROMOVAM A CULTURA ALIMENTAR DOS POVOS INDÍGENAS

A Ministra de Estado dos Povos Indígenas, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II, do artigo 87, da Constituição Federal, torna público o Edital de Chamamento - Edital de Apoio à Agricultura Ancestral e Produção de Florestas que Promovam a Cultura Alimentar dos Povos Indígenas, no âmbito do Programa Mosarambihára: Semeadores do Bem Viver para Cura da Terra.

O presente edital é fundamentado no artigo 231 da Constituição da República Federativa do Brasil, nos incisos I e IV do art. 18 do Anexo I do Decreto nº 11.355, de 2023 e na Portaria GM/MPI nº 97, de 20 de março de 2024, no Decreto nº 7.747, de 5 de junho de 2012.

1. DO OBJETO

1.1. Constitui objeto deste edital o apoio financeiro à propostas de até R\$ 100.000,00 (cem mil reais), voltadas para atividades de implementação de iniciativas e projetos alinhados aos propósitos específicos da Política Nacional de Gestão Territorial e Ambiental de Terras Indígenas (Decreto nº 7.747/2012) e do Programa Mosarambihára: Semeadores do Bem Viver para Cura da Terra (Portaria GM/MPI nº 97/2024), com aporte global de R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais).

2. DO OBJETIVO

2.1. É objetivo deste edital apoiar a projetos que envolvam a prática de agricultura ancestral e produção de florestas que promovam a cultura alimentar dos povos indígenas nos biomas Cerrado, Caatinga, Pampa, Pantanal e Mata Atlântica, valorizando a diversidade de culturas e povos indígenas do Brasil.

2.2. São objetivos específicos deste Edital:

2.2.1. Restaurar áreas degradadas com espécies nativas e monitorar as mudanças nos ecossistemas nos vários biomas brasileiros;

2.2.2. Promover a transição ecológica e a agrobiodiversidade;

2.2.3. Garantir a segurança alimentar e nutricional;

2.2.4. Identificar e apoiar o manejo de espécies de importância sociocultural e valorizar as práticas agrícolas ancestrais e as sementes crioulas;

2.3. Poderão concorrer neste edital projetos que contenham ações relacionadas a atividades nos Biomas Pantanal, Cerrado, Mata Atlântica, Pampa e Caatinga e estejam alinhados com o Programa Mosarambihára: Semeadores do Bem Viver para Cura da Terra (Portaria GM/MPI nº 97/2024).

3. DOS RECURSOS DISPONIBILIZADOS

3.1. Os recursos necessários para a realização deste edital são oriundos da LOA 2024, ação 21FL, com aporte financeiro total de R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais).

3.2. A concessão do recurso financeiro aos selecionados está condicionada à existência de disponibilidade orçamentária e financeira, caracterizando a seleção como expectativa de direito do proponente.

4. DO PRAZO DE VIGÊNCIA

4.1. Este edital entra em vigor na data de sua publicação, terá validade de 1 (um) ano, a contar da data de homologação do resultado final.



5. DO APOIO FINANCEIRO

5.1. O presente edital contemplará projetos de até R\$ 100.000,00 (cem mil reais), totalizando R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais) de fomento para as propostas selecionadas.

5.2. Caso o número de propostas classificadas não atinja o valor total a ser distribuído, o excedente poderá ser remanejado pela Comissão de Seleção a partir das propostas habilitadas e respeitando a diversidade de biomas tanto quanto possível.

5.3. Serão selecionados os projetos que obtiverem maior pontuação na análise da Comissão de Seleção conforme critérios definidos no item 11.1 e a distribuição regional estabelecida nos itens 2.3.

5.4. O pagamento será efetuado em parcela única, exclusivamente na conta bancária (conta corrente ou poupança) do(a) proponente (pessoa física ou pessoa jurídica).

6. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO

6.1. Poderão participar deste edital pessoas físicas, maiores de 18 anos; pessoas Jurídicas de direito privado sem fins lucrativos; coletivos e comunidades indígenas.

6.2. Poderão participar do processo seletivo coletivos e comunidades sem constituição jurídica, desde que representados por pessoa física ou jurídica, que figurará como Proponente Parceiro, e assumirá a responsabilidade legal pela proposta; ou seja, assumirá a responsabilidade pela inscrição, execução do projeto, comprovação das atividades realizadas e prestação de contas.

6.3. Na hipótese de coletivos ou comunidades sem constituição jurídica representados por pessoa física ou jurídica, a inscrição realizada pelo Proponente Parceiro deverá ser necessariamente acompanhada por Declaração de Indicação de Proponente Parceiro (Anexo III).

6.4. A Declaração de Indicação de Proponente Parceiro deverá ser assinada pelos integrantes do coletivos ou comunidade, bem como pela pessoa física ou jurídica que figurar como Proponente Parceiro.

6.5. Em relação às Pessoas Físicas, é vedada a inscrição de servidores, terceirizados ou profissionais que tenham vínculo de trabalho com o Ministério dos Povos Indígenas e Fundação Nacional dos Povos Indígenas.

6.6. Em relação às Pessoas Jurídicas, não poderão inscrever-se na seleção pública aquelas que possuam, dentre os seus dirigentes, membro do Poder Executivo, Legislativo, Judiciário, do Ministério Público ou do Tribunal de Contas da União, ou respectivo cônjuge ou companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade até o 3º grau nestas instituições.

6.7. O mesmo projeto não poderá ser inscrito simultaneamente por vários proponentes, sendo integrantes ou não de um mesmo coletivo.

6.8. O(a) proponente deverá se inscrever na região e UF correspondente ao seu CNPJ (Pessoa Jurídica) ou endereço residencial (Pessoa Física), sob pena de desclassificação.

7. DA INSCRIÇÃO

7.1. As inscrições serão gratuitas, tendo início no dia 10/05/2024, sexta-feira, a partir das 09h, horário de Brasília e se encerrarão dia 10/06/2024, segunda-feira, às 17h59min, horário de Brasília.

7.2. Serão desconsideradas as inscrições feitas após a data e o horário de encerramento.

7.3. Os procedimentos de inscrição serão claros e objetivos, promoverão a simplificação e valorizarão a oralidade, visando à ampliação de acesso das pessoas indígenas às políticas públicas, e sua divulgação adotará o uso de linguagem simples, bem como formatos visuais e orais que orientem os interessados, admitida a inscrição em língua indígena, conforme regras contidas neste Edital.

7.4. O prazo de inscrição poderá ser prorrogado, caso o Ministério dos Povos Indígenas julgue necessário, a bem do interesse público.

7.5. As inscrições poderão ser feitas:

7.5.1. Por e-mail: mediante o envio da documentação constante no item 8 deste edital para o e-mail editais.degat@povosindigenas.gov.br



7.5.2. Pelos Correios: mediante envio da documentação constante no item 8 deste edital para o endereço Esplanada dos Ministérios Bloco C - Zona Cívico- Administrativa, Brasília - DF, 70.046-900. Unidade: Ministério dos Povos Indígenas - Secretaria Nacional de Gestão Ambiental e Territorial Indígena (sala 148), obrigatoriamente com Aviso de Recebimento (AR).

7.5.3. Por protocolo presencial no Ministério dos Povos Indígenas: mediante entrega da documentação constante no item 8 deste edital na sala da Secretaria Nacional de Gestão Ambiental e Territorial Indígena (sala 148).

7.6. O Ministério dos Povos Indígenas não se responsabiliza por eventuais falhas de rede de internet no momento da inscrição ou não recebimento de propostas enviadas pelos Correios, sugerindo aos(às) proponentes que não deixem para realizar suas inscrições nos últimos dias.

7.7. Após a efetivação da inscrição, não serão admitidas alterações, complementações ou correções na proposta.

7.8. Se o(a) proponente inscrever mais de 1 (uma) proposta, somente o último projeto inscrito será avaliado pela Comissão de Seleção.

7.9. Os projetos que apresentem quaisquer formas de preconceito de origem, raça, etnia, gênero, cor, idade ou outras formas de discriminação serão desclassificados, com fundamento no disposto no inciso IV do caput do art. 3º da Constituição, garantidos o contraditório e a ampla defesa.

7.10. Após a seleção, poderão ser exigidos outros documentos correlatos para fins de comprovações.

7.11. A inscrição implica em prévia concordância do proponente com os termos deste Edital.

7.12. A falta ou incompletude de um dos documentos obrigatórios previstos neste Edital, bem como a não observância das disposições expostas, implicará a inabilitação da inscrição pretendida.

8. CONDIÇÕES E DOCUMENTAÇÕES EXIGIDAS

8.1. No ato da inscrição o(a) proponente deverá apresentar a seguinte documentação:

8.1.1. a) Ficha de Inscrição (Anexo I);

8.1.2. b) Projeto conforme Modelo de Projeto (Anexo II) e instruções constante nos itens 8.2 a 8.5 deste edital;

8.1.3. c) Declaração de Habilitação Técnica (Anexo IV) para comprovar capacidade técnica da organização ou coletivo para executar as ações previstas no Projeto e Ficha de Inscrição; e

8.1.4. d) Declaração de Indicação de Proponente Parceiro(Anexo III), caso a organização ou coletivo não tenha constituição jurídica e precise indicar um Proponente Parceiro.

8.2. Caso o Proponente seja Pessoa Física, também serão obrigatórios:

8.3. a) Documento de Identidade e CPF do Proponente;

8.4. b) Documento assinado pelo(a) Proponente, declarando que as cópias são idênticas aos documentos originais (Anexo V).

8.5. Caso o Proponente seja Pessoa Jurídica, também serão obrigatórios:

8.6. a) Comprovante do CNPJ;

8.7. b) Contrato social ou estatuto e suas alterações;

8.8. c) Termo de posse do(a) representante legal, ou ata que o elegeu, quando não constar o nome do(a) representante no estatuto;

8.9. d) Identidade e CPF do(a) representante legal da pessoa jurídica;

8.10. e) Comprovante de endereço; e

8.11. f) Documento assinado pelo(a) proponente declarando que as cópias são idênticas aos documentos originais (Anexo V).

8.12. O Projeto, indicado no item 8.1.2, deverá ser estruturado conforme o modelo disponibilizado no Anexo II.



8.13. De modo complementar, os proponentes poderão apresentar o Projeto de forma oral, em formato de vídeo, com o limite máximo de 10 (dez) minutos de duração, no que concerne aos itens: Descrição, Justificativa, Detalhamento e Cronograma de Atividades, devendo orientar-se pelo Roteiro para Apresentação de Vídeo complementar (Anexo VI).

8.14. A apresentação de projeto de forma oral ou na Língua Brasileira de Sinais deverá ser enviada em arquivo de vídeo acessível por link (postadas em plataformas on-line de vídeos ou de armazenamento de arquivos na nuvem) ou mediante envio/entrega de "pen drive" no caso de postagem nos correios ou protocolo presencial.

8.15. Se a apresentação de projeto de forma oral for realizada em outras línguas deverá obrigatoriamente conter tradução para o português do Brasil (oral ou em legendas).

9. DO PROCESSO DE SELEÇÃO E CRONOGRAMA

9.1. A seleção dos projetos observará o seguinte cronograma:

ETAPAS	DESCRIÇÃO	DATAS PREVISTAS
01	Inscrição das propostas pelas organizações	10/05/2024 (9h) até 10/06/2024 (até 17h59min)
02	Habilitação das propostas pela Comissão de Seleção, consistente na triagem, de caráter eliminatório, com o objetivo de verificar se o(a) proponente atendeu aos critérios obrigatórios para inscrição, conforme item 8 deste edital; as propostas que não se enquadrarem ao objeto deste Edital serão inabilitadas.	até 14/06/2024
03	Divulgação de resultado preliminar dos projetos habilitados, disponível no site do Ministério dos Povos Indígenas (http://https://www.gov.br/povosindigenas/pt-br)	até 24/06/2024
04	Interposição de recursos contra o resultado preliminar de habilitação, exclusivamente por meio do e-mail esportenasaldeias@povosindigenas.gov.br	até 28/06/2024
05	Julgamento dos recursos pela Comissão de Seleção	até 04/07/2024
06	Divulgação do resultado consolidado dos projetos habilitado, disponível no site do Ministério dos Povos Indígenas (http://https://www.gov.br/povosindigenas/pt-br)	até 08/07/2024
07	Período de avaliação dos projetos	até 19/07/2024
08	Divulgação do resultado provisório da seleção, disponível no site do Ministério dos Povos Indígenas (http://https://www.gov.br/povosindigenas/pt-br)	até 19/07/2024
09	Interposição de recursos contra o resultado provisório de seleção dos projetos, exclusivamente por meio do e-mail esportenasaldeias@povosindigenas.gov.br	até 22/07/2024
10	Julgamento dos recursos pela Comissão de Seleção	até 26/07/2024
11	Divulgação do resultado final, com os projetos selecionados, disponível no site do Ministério dos Povos Indígenas (http://https://www.gov.br/povosindigenas/pt-br)	até 29/07/2024



9.2. Compete à Secretaria Nacional de Gestão Ambiental e Territorial Indígena do Ministério dos Povos Indígenas (MPI) homologar a habilitação das propostas inscritas.

9.3. O resultado final, após o julgamento dos pedidos de reconsideração, será homologado pela Secretaria Nacional de Gestão Ambiental e Territorial Indígena do Ministério dos Povos Indígenas (MPI) e divulgado no Diário Oficial da União e na página eletrônica do MPI, no endereço <https://www.gov.br/pt-br/orgaos/ministerio-dos-povos-indigenas>

10. DA COMISSÃO DE SELEÇÃO DAS PROPOSTAS

10.1. A Comissão de Seleção será instituída pela Secretaria Nacional de Gestão Ambiental e Territorial Indígena do Ministério dos Povos Indígenas (MPI), por meio de Portaria, e será composta por 5 (cinco) membros que devem ser servidores do MPI.

10.2. A Comissão de Seleção será presidida por servidor(a) lotado(a) na Secretaria Nacional de Gestão Ambiental e Territorial Indígena.



10.3. Compete à Comissão de Seleção avaliar as propostas segundo os critérios e cronograma definidos neste edital.

10.4. Serão automaticamente desclassificadas as propostas em cuja ficha técnica e/ou documentação conste algum(a) membro da Comissão de Seleção, assim como aqueles em que qualquer dos(as) membros tenha participado ou colaborado com a sua elaboração.

10.5. Os membros da Comissão de Seleção ficam impedidos de avaliar as propostas:

10.5.1. Nas quais tenham interesse pessoal;

10.5.2. Inscritos por proponentes - e também por cônjuges e companheiros de proponentes - com os quais estejam litigando judicial ou administrativamente.

10.6. O(a) membro da Comissão de Seleção que incorrer em qualquer um dos impedimentos citados deve comunicar à Secretaria Nacional de Gestão Ambiental e Territorial Indígena, abstendo-se de atuar, sob pena de nulidade dos atos que praticar.

10.7. Os trabalhos da Comissão de Seleção serão registrados em ata, que será assinada por todos os seus membros e encaminhada pela presidência da Comissão à Secretária Nacional de Gestão Ambiental e Territorial Indígena.

10.8. A composição da Comissão de Seleção será publicada no Boletim Interno e na página eletrônica do Ministério dos Povos Indígenas, no endereço <https://www.gov.br/pt-br/orgaos/ministerio-dos-povos-indigenas>

11. DOS CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E CLASSIFICAÇÃO FINAL

11.1. A Comissão de Seleção avaliará as propostas e atribuirá nota de acordo com os seguintes critérios e pontuações:

	Critérios	Conceituação	Pontuação atribuída	Peso	Pontuação ponderada
1	Aderência aos objetivos do Edital	Potencial de impacto positivo na segurança alimentar e nutricional	1 a 10	0,5	5
		Potencial de impacto positivo em restauração de áreas degradadas	1 a 10	0,5	5
		Potencial de impacto positivo na promoção da transição ecológica	1 a 10	0,5	5
		Potencial de impacto positivo na promoção da preservação da biodiversidade	1 a 10	0,5	5
2	Produção de alimentos ancestrais e/ou valorização de sementes crioulas	Contribuição do projeto na promoção da segurança e soberania alimentar	1 a 10	0,5	5
		Contribuição do projeto a valorização de espécies tradicionais	1 a 10	1	10
		Contribuição do projeto à valorização, cultivo e circulação de sementes crioulas	1 a 10	1	10
3	Relevância Cultural e Envolvimento comunitário	Potencial de envolvimento comunitário	1 a 10	1	10
		Promoção de atividades tradicionais/rituais	1 a 10	1	10
4	Recortes de gênero e geracional;	Contribuição para a valorização das mulheres, jovens e anciões	1 a 10	0,5	5
		Participação ativa de mulheres, jovens e anciões no projeto	1 a 10	1	10
		Previsão de componente intergeracional (promoção da relação entre jovens e anciões)	1 a 10	1	10
5	Adequação de meios e custos do projeto	Adequação das metas ao objeto proposto	1 a 10	0,5	5
		Adequação dos itens (bens e serviços) a serem adquiridos ao alcance das metas propostas	1 a 10	0,5	5
TOTAL					100



11.2. A atribuição de pontos para cada critério estabelecido acima obedecerá à seguinte gradação:

Pontuação atribuída	Descrição do critério
1 a 4	Insuficiente
5 a 6	Suficiente
7 a 8	Bom
9 a 10	Muito bom

11.3. O objetivo e as atividades do projeto devem ser compatíveis e exequíveis, ou seja, o proponente deve ser capaz de executar as atividades no período de tempo proposto e com o recurso determinado e, com isso, alcançar o objetivo proposto.

11.4. O orçamento deve ser detalhado e ser suficiente para custear as atividades que serão realizadas, levando em consideração logística, insumos e recursos humanos.

11.5. O orçamento não deve ultrapassar o valor máximo proposto neste edital.

11.6. A pontuação atribuída de cada critério descrito na tabela acima será obtida a partir do cálculo da média aritmética simples entre as notas dos avaliadores.

11.7. A pontuação máxima de cada projeto avaliado será de 100 (cem) pontos, sendo que os projetos que obtiverem pontuação inferior a 50 (cinquenta) pontos serão desclassificados.

11.8. Em caso de empate, o desempate beneficiará o projeto que tenha apresentado maior pontuação nos critérios 2(Produção de alimentos ancestrais e/ou valorização de sementes crioulas) e 4 (Recortes de gênero e geracional;) do item 11.1, sucessivamente.

11.9. O resultado provisório dos classificados e não classificados será divulgado na página do Ministério dos Povos Indígenas, no endereço eletrônico <https://www.gov.br/povosindigenas/pt-br>.

12. DO RECURSO AO RESULTADO DA SELEÇÃO

12.1. Caberá recurso da decisão da Comissão de Seleção, conforme prazos dispostos no cronograma deste Edital (item 9.1).

12.2. O recurso deverá conter, obrigatoriamente, justificativa bem fundamentada, com clareza, concisão, objetividade das razões pelas quais discorda do resultado e deverá ser enviado pelo proponente exclusivamente por meio do endereço eletrônico editais.degat@povosindigenas.gov.br

12.3. Os recursos serão direcionados à Comissão de Seleção, que poderá reconsiderar o pedido ou proceder ao encaminhamento à Secretária Nacional, que decidirá fundamentadamente de acordo com os prazos estipulados no cronograma deste Edital (item 9.1).

12.4. Se necessário, o prazo previsto nesta cláusula poderá ser prorrogado, a fim de que haja tempo suficiente para uma avaliação dos pedidos de reconsideração.

13. DA HOMOLOGAÇÃO DA SELEÇÃO

13.1. A lista dos pedidos deferidos e indeferidos e o resultado dos classificados e não classificados será publicada no Diário Oficial da União e divulgada na página do Ministério dos Povos Indígenas, no endereço eletrônico <https://www.gov.br/povosindigenas/pt-br>, sendo de total responsabilidade dos proponentes acompanhar a atualização dessas informações.

14. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1. É responsabilidade da Secretaria Nacional de Gestão Ambiental e Territorial Indígena o acompanhamento, a supervisão e a fiscalização de todos os atos administrativos do presente Edital, podendo tomar providências em caso de eventuais irregularidades constatadas a qualquer tempo.

14.2. Não serão fornecidos atestados, certificados ou certidões relativas à classificação ou nota do proponente, valendo, para tal fim, os resultados publicados no Diário Oficial da União e no sítio do Ministério dos Povos Indígenas.



14.3. A Secretaria Nacional de Gestão Ambiental e Territorial Indígena se reserva ao direito de realizar comunicações por meio de correio eletrônico ou telefone, exceto as informações ou convocações que exijam publicações na Imprensa Oficial.

14.4. O Proponente será o único responsável pela veracidade das informações apresentadas e documentos encaminhados, isentando o Ministério dos Povos Indígenas de qualquer responsabilidade civil ou penal.

14.5. Em caso de denúncia, esta poderá ser encaminhada à Ouvidoria do Ministério dos Povos Indígenas, através do endereço eletrônico https://www.gov.br/povosindigenas/pt-br/canais_atendimento/ouvidoria

14.6. Os projetos incentivados poderão ser indicados, citados, descritos, transcritos ou utilizados pelo Ministério dos Povos Indígenas, total ou parcialmente, em expedientes, publicações internas ou externas, cartazes ou quaisquer outros meios de promoção e divulgação, incluídos os devidos créditos, sem que caiba ao seu autor pleitear a recepção de qualquer valor, inclusive a título autoral ou de imagem.

14.7. Este Edital ficará à disposição dos interessados na página do Ministério dos Povos Indígenas na Internet, no endereço <https://www.gov.br/povosindigenas/pt-br>

14.8. Os casos não previstos neste Edital serão resolvidos pela Comissão de Seleção até a fase de julgamentos dos recursos.

14.9. Os casos não previstos constatados após a fase de seleção serão resolvidos pela presidência da Comissão de Seleção.

14.10. Eventuais irregularidades constatadas a qualquer tempo implicarão a desclassificação do projeto selecionado, mesmo após as fases classificatórias.

14.11. O ato de inscrição implica o conhecimento e a integral concordância do proponente com as normas e condições estabelecidas neste Edital.

14.12. Na hipótese de constatação de declaração falsa, o(a) proponente será inabilitado da Seleção, sem prejuízo de outras sanções cabíveis, conforme previsto pelo artigo 299 do Decreto Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940, e, subsidiariamente, o artigo 2º, parágrafo único, da Lei nº 12.990, de 09 de junho de 2014.

14.13. Na hipótese de constatação de declaração falsa após o recebimento do apoio financeiro, o(a) selecionado(a) obriga-se a devolver o montante recebido, atualizado de acordo com a legislação vigente à época em que se realizar a respectiva quitação.

14.14. Todos os atos relacionados à seleção e à execução das propostas, ou à comprovação das atividades realizadas, submetem-se aos requisitos previstos em Lei ou regulamentos aplicáveis à espécie, bem como às regras procedimentais inseridas na regulamentação específica do Ministério dos Povos Indígenas.

14.15. No momento do pagamento do apoio financeiro serão aplicadas as regras de retenção de tributos, acaso incidentes, nos termos dos normativos a esse tempo vigentes. Os recursos financeiros pagos a Pessoas Jurídicas não estão isentos de tributação, embora não sofram retenção na fonte, ficando o recolhimento dos tributos sob a responsabilidade do(a) proponente. No caso das Pessoas Físicas, eventuais descontos serão feitos antes do repasse ao Proponente, nos termos da legislação aplicável.

14.16. Dúvidas e informações referentes a este Edital poderão ser esclarecidas e/ou obtidas junto à Secretaria Nacional de Gestão Ambiental e Territorial Indígena, por meio do endereço eletrônico editais.degat@povosindigenas.gov.br, ou pelos telefones (61) 2020-1754 e (61) 2020-1975

SONIA GUAJAJARA

Anexo I - Ficha de Inscrição

Anexo II - Modelo de Projeto

Anexo III - Declaração de Indicação de Proponente Parceiro

Anexo IV - Declaração de Habilitação Técnica

Anexo V - Declaração de Autenticidade da Documentação



ANEXO I

FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome do Projeto:

Proponente do Projeto:

Nome ou razão social	Nº do CPF ou CNPJ:
Nome do dirigente:	Cargo ou Função:
Endereço completo (logradouro, nº, complemento):	Bairro ou Aldeia:
CEP:	Contato:
Nº RG do Dirigente:	Órgão expedidor:
Endereço eletrônico (e-mail):	

RESUMO, PÚBLICO ALVO E VALOR TOTAL DO PROJETO (resuma o projeto em, no máximo 3 (três) linhas e informe o público alvo e o valor do projeto.

ANEXO II

MODELO DE PROJETO - TÍTULO DO PROJETO

DESCRIÇÃO DO PROJETO (Faça uma síntese de seu projeto e indique seus objetivos, esclarecendo o que se pretende realizar e os resultados esperados)

JUSTIFICATIVA (Justifique a razão pela qual o seu projeto deve ser selecionado)

FAIXA ETÁRIA E ESTIMATIVA DE PÚBLICO ATENDIDO PELO PROJETO

CRIANÇA: JOVENS: ADULTO: TERCEIRA IDADE:	
Estime a quantidade de pessoas que seu projeto irá atender:	
DIRETAMENTE	INDIRETAMENTE

DETALHAMENTO E CRONOGRAMA DE ATIVIDADES (Descreva detalhadamente as etapas de execução do projeto e informe o tempo necessário para realização de cada etapa)

RESUMO DO CRONOGRAMA DO PROJETO

Data de início previsto: Data de término previsto: Duração prevista (em meses):

ESPAÇO(S) A SER(EM) UTILIZADO(S) PARA REALIZAÇÃO DO PROJETO (Informe o(s) local(is) onde o projeto será realizado e apresente autorização de uso de espaço)



DIVULGAÇÃO (informe como se dará a divulgação do projeto)

Documentos Adicionais Não Obrigatórios (informe como se dará a divulgação do projeto)

Documentos adicionais não obrigatórios que possam acrescentar informações sobre o projeto: cartas de anuência, declarações de participação, cartas-convite, dentre outros.

EQUIPE ENVOLVIDA NA REALIZAÇÃO DO PROJETO

NOME	CPF	Função a ser desempenhada no projeto

ORÇAMENTO (Poderão ser utilizadas quantas vias forem necessárias para a discriminação de todos os custos do projeto)

Descrição	Valor unitário	Valor

VALOR DO PROJETO

Valor Total do Projeto (incentivo solicitado) R\$

Declaro conhecer as disposições do Edital Esporte na Aldeia/2024 para Inscrição de Projetos e ainda ter conhecimento de que a ausência de qualquer documento obrigatório e/ou preenchimento incorreto do formulário-padrão poderão resultar na desclassificação do projeto.

(Cidade/Estado) _____, _____ de _____ de 2024.

Assinatura do presidente

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE INDICAÇÃO DE PROPONENTE PARCEIRO

Nós, _____ membros do(a) _____ coletivo/comunidade denominado(a) _____, declaramos que, em reunião realizada no dia _____, do mês de _____ do ano de 2024, decidimos apresentar a inscrição para o Edital Esporte na Aldeia/2024.

Nesta reunião, nomeamos o(a) (nome da pessoa física ou jurídica) _____, inscrito(a) no CPF (no caso de pessoa física) ou CNPJ (no caso de pessoa jurídica): _____, como Proponente Parceiro, figurando como nosso(a) representante e responsável pela inscrição da iniciativa que concorrerá ao apoio financeiro, bem como para receber o pagamento do recurso em nosso nome.

Autorizamos o(a) representante acima indicado(a) a efetuar a inscrição da iniciativa, a receber o Apoio Financeiro e a apresentar o relatório descritivo nos termos do Edital.

Nesses termos, estamos cientes que, caso a iniciativa venha a ser selecionada, os recursos do Apoio Financeiro serão depositados exclusivamente em conta bancária a ser oportunamente indicada pelo(a) representante indicado(a) e reconhecido(a) nesta declaração.

Estamos cientes que o Ministério dos Povos Indígenas não se responsabilizará se o(a) representante indicado(a) pelo Coletivo ou Comunidade fizer destinação dos recursos do apoio financeiro em desacordo com o pactuado com os demais membros, ou por qualquer outra irregularidade praticada



na destinação dos recursos, e que o(a) representante indicado(a) responderá, na forma da legislação civil, em casos de desvio de recursos ou outras irregularidades.

Declaramos ter ciência de todas as regras do Edital e estarmos de acordo com seus termos.

_____, ____/____/2024

(Cidade/Estado)

Assinatura do(a) Proponente Parceiro Nome: CPF/CNPJ:

Membros integrantes do coletivo/comunidade maiores de 18 anos:

1. Nome completo:
RG ou CPF:
Assinatura:

2. Nome completo:
RG ou CPF:
Assinatura:

3. Nome completo:
RG ou CPF:
Assinatura:

4. Nome completo:
RG ou CPF:
Assinatura:

5. Nome completo:
RG ou CPF:
Assinatura:



ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE HABILITAÇÃO TÉCNICA

_____ (qualificação da pessoa física ou jurídica), DECLARO, para fins de comprovação junto ao chamamento público do Edital Esporte na Aldeia/2024, que possuo capacidade técnica e competência institucional para executar o objeto proposto.

_____, ____/____/2024

(Cidade/Estado)

Assinatura Proponente	Assinatura do Proponente Parceiro (se houver)
-----------------------	-----------------------------------------------

ANEXO V

DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE DA DOCUMENTAÇÃO

_____ (qualificação da pessoa física ou jurídica), DECLARO, para fins de comprovação junto ao chamamento público do Edital Esporte na Aldeia, que toda documentação apresentada é idêntica à original sob pena de incorrer nas cominações previstas nas esferas cível, criminal e administrativa, e que fornecerei documentação complementar, caso necessário.

_____, ____/____/2024

(Cidade/Estado)

Assinatura Proponente	Assinatura Parceiro (se couber)
-----------------------	---------------------------------



ANEXO VI

ROTEIRO PARA APRESENTAÇÃO EM VÍDEO

O vídeo não deve ter mais que 10 minutos de duração e deverá atender as exigências do Edital, contendo as seguintes informações:

1. Apresentação do proponente e da proposta; deixando claro: nome do proponente; nome da aldeia e da terra indígena; da instituição que vai executar o projeto (se houver);
2. Justificativa - falar qual a importância do projeto para a comunidade e como ele irá contribuir para a mesma;
3. Apresentar de forma simples como o projeto será executado e em que tempo;
4. Apresentar como o será empenhado e gasto o recursos; e
5. Conclusão - quaisquer outras informações que se considerar importantes.

Republicada por ter saído no Diário Oficial da União nº 85, de 03 de maio de 2024, Seção 3, página 140, com incorreções no original.

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.





CÂMARA DOS DEPUTADOS
Primeira-Secretaria

Ofício 1ªSec/RI/E/nº 201

Brasília, 24 de julho de 2024.

A Sua Excelência a Senhora
SONIA GUAJAJARA
Ministra de Estado dos Povos Indígenas

Assunto: **Requerimento de Informação**

Senhora Ministra,

Nos termos do art. 50, § 2º, da Constituição Federal, encaminho a Vossa Excelência cópia(s) do(s) seguinte(s) Requerimento(s) de Informação:

PROPOSIÇÃO	AUTOR
Requerimento de Informação nº 1.420/2024	Deputado Amom Mandel
Requerimento de Informação nº 1.493/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.494/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.495/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.496/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.497/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.498/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.500/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.501/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.502/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.503/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.509/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.510/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.511/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.512/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.513/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.518/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.519/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.520/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.521/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.522/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.523/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.524/2024	Deputado Saullo Vianna

- **NOTA: os Requerimentos de Informação, quando de autorias diferentes, devem ser respondidos separadamente.**

/LMR





CÂMARA DOS DEPUTADOS
Primeira-Secretaria

Ofício 1ªSec/RI/E/nº 201

Brasília, 24 de julho de 2024.

Requerimento de Informação nº 1.525/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.526/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.527/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.528/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.529/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.530/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.531/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.533/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.534/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.535/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.536/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.537/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.538/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.539/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.540/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.541/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.542/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.543/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.544/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.547/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.551/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.552/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.553/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.554/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.555/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.556/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.560/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.561/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.562/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.563/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.565/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.566/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.567/2024	Deputado Saullo Vianna

- NOTA: os Requerimentos de Informação, quando de autorias diferentes, devem ser respondidos separadamente.

/LMR





CÂMARA DOS DEPUTADOS
Primeira-Secretaria

Ofício 1ªSec/RI/E/nº 201

Brasília, 24 de julho de 2024.

Requerimento de Informação nº 1.568/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.569/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.570/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.571/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.572/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.573/2024	Deputado Saullo Vianna
Requerimento de Informação nº 1.789/2024	Deputado Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 1.805/2024	Deputado Aureo Ribeiro
Requerimento de Informação nº 1.910/2024	Deputado Aureo Ribeiro
Requerimento de Informação nº 1.974/2024	Deputado Capitão Alberto Neto

Por oportuno, solicito, na eventualidade de a informação requerida ser de natureza sigilosa, seja enviada também cópia da decisão de classificação proferida pela autoridade competente, ou termo equivalente, contendo todos os elementos elencados no art. 28 da Lei nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação), ou, caso se trate de outras hipóteses legais de sigilo, seja mencionado expressamente o dispositivo legal que fundamenta o sigilo. Em qualquer caso, solicito ainda que os documentos sigilosos estejam acondicionados em invólucro lacrado e rubricado, com indicação ostensiva do grau ou espécie de sigilo.

Atenciosamente,

Deputado LUCIANO BIVAR
Primeiro-Secretário

- NOTA: os Requerimentos de Informação, quando de autorias diferentes, devem ser respondidos separadamente.

/LMR



Documento assinado por Deputado Luciano Bivar
Autenticado eletronicamente, após conferência com original.
Código digital de segurança: 2024-ATMM-UCPA-XHSEVVDX
<https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/?codArquivoTeor=2471438>

2471438