



CPIMT

000027

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SRTV 702, Via W5 Norte - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70723-040
Site - saude.gov.br

Ofício nº 347-SEI/2017/SESAI/GAB/SESAI/MS

Brasília, 08 de setembro de 2017.

À Sua Excelência o Senhor
Magno Malta
Senador da República
Senado Federal -COCETI
Anexo II, Ala Senador Alexandre Costa, Sala 15, Subsolo
CEP: 70165-900 - Brasília-DF.

Assunto: **Ref.: Ofício nº 232017 -CPIMT - Solicitação de informações - CPI dos Maus Tratos.**

Excelentíssimo Senhor Senador da República

1. Em atenção ao Ofício em epígrafe, encaminho a V. Ex^a anexas cópias do Parecer Técnico/2017/DIASI/CGAPSI/DASI/SESAI/MS, e do documento intitulado "Pré-análise das notificações de violência contra indígenas registradas no SINAN no ano de 2015.
2. Sendo essas as informações que dispomos apresento os nossos cumprimentos.

Atenciosamente,

Marco Antonio Toccolini
Secretário Especial de Saúde Indígena

Recebido na COCETI em 12/9/17

Fernanda Moreira Pinheiro Lima
Fernanda Moreira Pinheiro Lima
Mat. 266647



Documento assinado eletronicamente por **Marco Antônio Toccolini, Secretário(a) Especial de Saúde Indígena**, em 08/09/2017, às 22:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0489144** e o código CRC **1C5DE17B**.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE INDÍGENA

Nota Técnica / 2017 / DIASI/CGAPSI/DASI/SESAI

Assunto: Solicitação de Informações - CPI dos Maus Tratos, por meio do Ofício nº 23/2017-CPIMT, de autoria do Senador Magno Malta, com o objetivo de investigar as "irregularidades e os crimes relacionados aos maus trato em crianças e adolescentes"

Trata-se de atendimento ao Ofício nº 23/2017 - CPIMT, que solicita informações sobre irregularidades e crimes relacionados aos maus tratos em crianças e adolescentes.

As informações descritas nesta NT versam sobre os atendimentos de crianças e adolescentes indígenas vítimas de violência e maus tratos e sobre óbitos por homicídio, suicídio, desnutrição, abandono e por causas desconhecidas nos últimos 5 anos.

Dos óbitos de crianças e adolescentes assistidos pela SESAÍ entre 2012 e 2016:

Óbitos gerais por faixa etária.	2012	2013	2014	2015	2016	Total Geral
0 a 4 anos	1196	968	951	825	752	4692
5 a 9 anos	55	40	53	61	51	260
10 a 14 anos	77	53	55	84	59	328
15 a 19 anos	123	106	105	138	130	602

Tabela 1. Óbitos de crianças e adolescentes por faixa etária e ano de ocorrência. Fonte: SIASI - DGISI/CGASI/DGESI/SESAI/MS. Banco extraído em 03/05/2017, Dados preliminares, sujeitos à alteração por processo de alimentação e qualificação.

Ao se tratar de óbitos infantis, as principais causas de mortalidade em crianças indígenas menores de 05 anos dizem respeito a doenças do aparelho respiratório e doenças infecciosas e parasitárias. A Secretaria Especial de Saúde

Indígena considera que as causas dessas mortalidades são multifatoriais e necessitam de intervenções intersetoriais.

As condições socioeconômicas das comunidades indígenas apresentam fatores de risco à saúde muito superiores aos da população brasileira não indígena, especialmente quando comparada à população urbana. Condições sanitárias, habitacionais, alimentares, culturais e acessibilidade estão entre os principais pontos envolvidos no acesso e promoção da saúde aos povos tradicionais (SANTOS, et al; 2008). Ao lado dessas questões, o acesso à terra, à segurança nutricional, à educação e aos demais direitos humanos impactam de forma significativa a sobrevivência dessa população.

Entre os principais desafios para a execução da atenção à saúde indígena perpassam as questões de deslocamento de áreas isoladas aos centros de saúde especializada, assim como a pouca estrutura de alguns municípios que são referências para as populações, especialmente localizadas na Amazônia Legal (GARNELO, 2012). Além disso, são importantes desafios a superação das deficiências estruturais dos serviços de saúde, a alta rotatividade de profissionais e necessidade de capacitação constante para lidar com as diferenças culturais de cada um dos povos indígenas.

A demarcação das terras indígenas também representa um importante fator na redução da mortalidade indígena, considerando a sua vital importância no fornecimento de alimentos para as comunidades. Além disso, redução da disponibilidade de caças e pobre preservação da qualidade das águas pela proximidade das zonas urbanas, a invisibilidade das comunidades pela periferização acentua as diferenças de condições ambientais e sanitárias da população indígena frente aos demais grupos da população brasileira.

Caracterizada pelos rendimentos advindos dos salários e das aposentadorias, bem como pela crescente influência da vida urbana, tal transformação teve, entre outros efeitos, o de reduzir a participação da população na agricultura, pesca, caça e extração vegetal, resultando daí a retração da produção local, a transformação da dieta alimentar e o incremento do trabalho assalariado entre os moradores. Adicione-se a isso, no caso específico da Região Amazônica, a deterioração da qualidade das águas dos rios que banham as comunidades (Giatti et al, 2007) e a carência simultânea de serviços de saneamento básico – responsáveis maiores pela forte participação das doenças infecciosas e parasitárias nas elevadas taxas de mortalidade infantil.

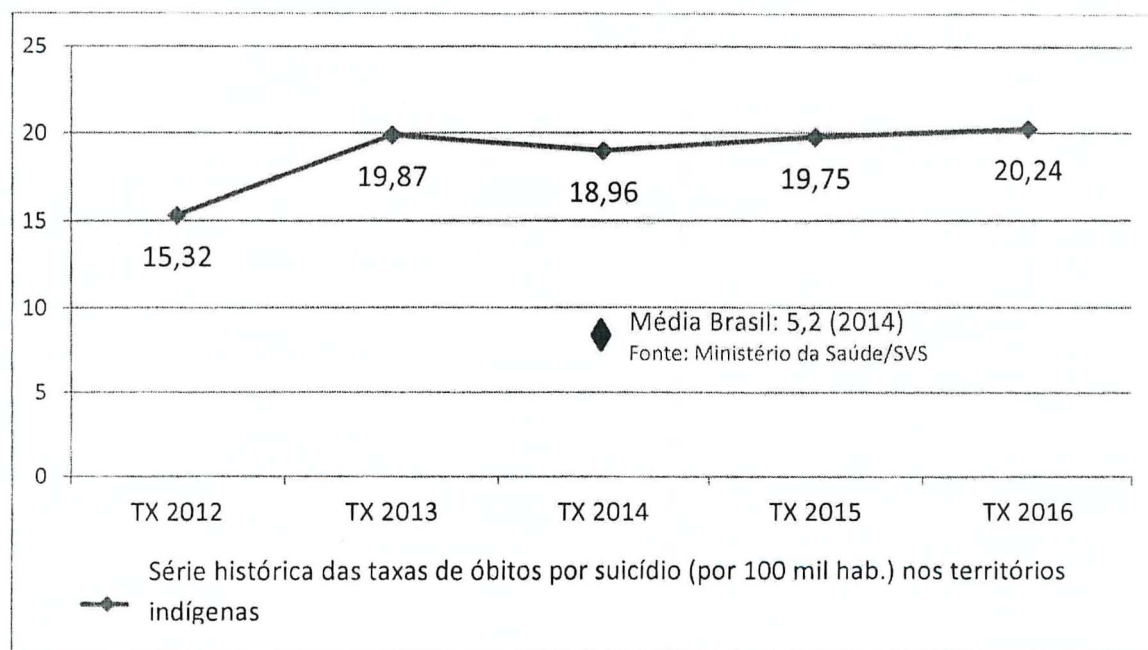
Óbitos por suicídio entre jovens indígenas

No Brasil o suicídio tem se mostrado um agravo de saúde preocupante em determinadas populações indígenas. A partir de indícios iniciais de casos foram realizados levantamentos epidemiológicos sistemáticos para algumas populações com situações mais alarmantes para este fenômeno. Estes levantamentos demonstraram elevadas taxas de suicídio em comunidades de etnias específicas. Além disso, dados coletados em grande parte destas populações mostram que este não é um fenômeno generalizado, mas sim localizado em comunidades e etnias específicas. A partir da análise destes dados, de estudos etnográficos focados no assunto e da literatura vigente é possível traçar algumas características determinantes envolvidas neste fenômeno para estas populações.

Ressalta-se que, desde 2013, a qualificação da vigilância epidemiológica em saúde mental tem possibilitado a identificação de casos de suicídio de modo precoce e em lugares onde não se conhecia esse agravo como incidente.

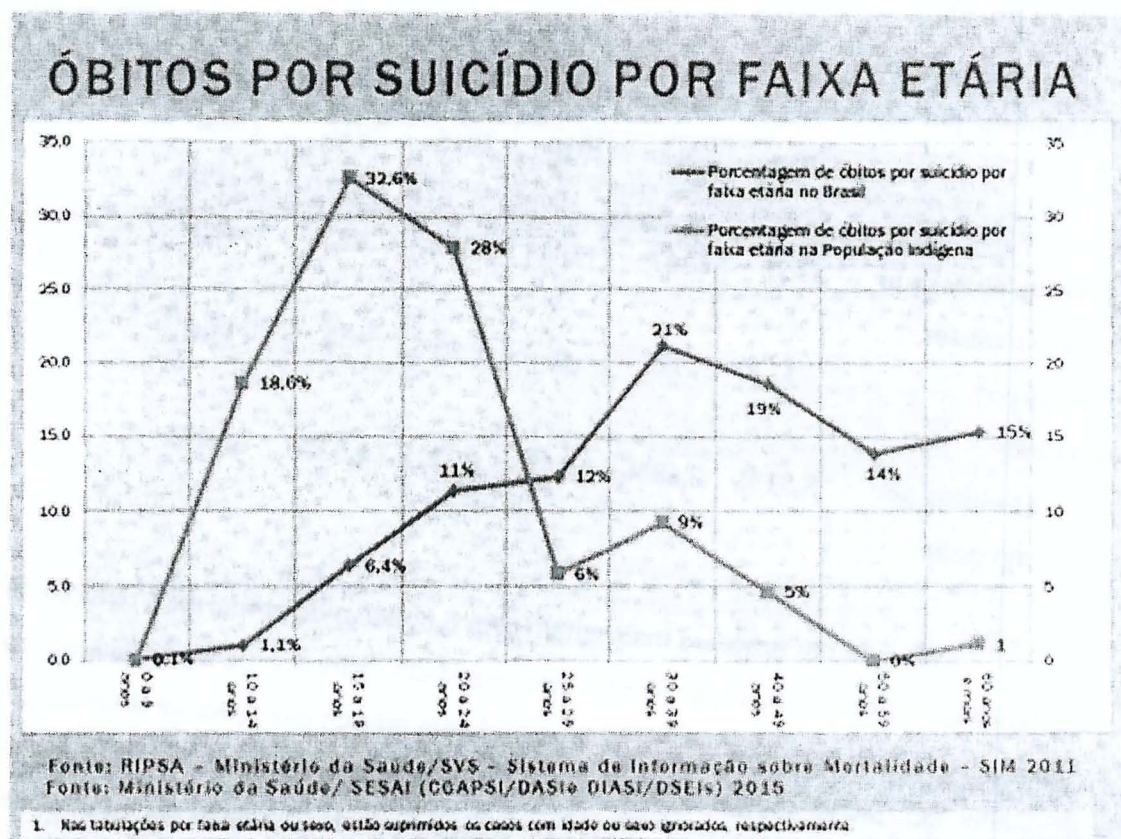
No gráfico abaixo, pode-se ver que há uma diferença substancial entre 2012 e 2013 e, depois, a curva se estabiliza. Explica-se isso, pelo fato de que em 2013 termos passado a obter dados sobre suicídio de todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Figura 1: Série histórica de taxas de óbitos por suicídio (por 100 mil habitantes) nos territórios indígenas entre 2012 e 2016.



Fonte: Planilhas de monitoramento de óbitos por suicídio dos 34 DIASI/DSEI

No gráfico abaixo, observa-se a distribuição por faixa etária dos óbitos por suicídio entre indígenas e não indígenas, sendo que mais da metade dos óbitos de indígenas está na faixa etária de 10 a 19 anos, o que demonstra que o impacto do suicídio sobre a população indígena no Brasil ainda é maior do que na sociedade como um todo, tanto pela maior incidência, quanto pelo fato de que esses óbitos ocorrem mais cedo, diminuindo a expectativa de vida da população e inviabilizando socioeconomicamente comunidades inteiras.



O suicídio é um grande agravo a saúde do jovem indígena em especial nos DSEI Araguaia, Mato Grosso do Sul, Vale do Javari, Alto Rio Solimões, Médio Rio Purus e Médio Rio Solimões.

Dos óbitos por homicídio

Na população crianças e jovens indígenas, menores de 18 anos, os óbitos registrados por agressão entre 2012 e 2016 representam em média 5,68% (334 dos óbitos de menores de 19 anos. Desses 334 óbitos, 75,4% (252) ocorreram de 0 a 4 anos de idade. Apesar dessa magnitude, percebe-se que as doenças de veiculação hídrica e respiratórias continuam sendo as principais causas de mortalidade das crianças e jovens indígenas.

Apesar disso, deve-se ressaltar que os óbitos por causas externas na saúde indígena muitas vezes são subnotificados devido às dificuldades de emissão das declarações de óbitos, pelas dificuldades de acesso aos IML e também porque esses óbitos ocorrem há grandes distancias de qualquer profissional médico que possa assinar

a D. O.. Com isso, as informações sobre óbitos resultantes de agressão são frágeis, sujeitas a revisão.

Mortalidade por agressão em crianças e jovens indígenas

	2012	2013	2014	2015	2016	Total Geral
Total de óbitos por todas as causas	1451	1167	1164	1108	992	5882
Óbitos por agressão	77	78	66	70	43	334
% de óbitos por agressão	5,31%	6,68%	5,67%	6,32%	4,33%	5,68%

Visando um processo mais amplo com o objetivo de promover a redução da mortalidade materno-infantil, a SESAI tem envidado esforços na intensificação da vigilância do óbito em todos os DSEI. A partir de um reforço das ações de investigação de óbito em áreas indígenas, em especial de crianças menores de 7 anos, da sistematização dos registros relacionados aos óbitos e outras estratégias, as informações relativas à mortalidade materno-infantil foram qualificadas promovendo o aumento do número de óbitos notificados nos sistemas oficiais. Várias medidas definidas a nível nacional no Ministério da Saúde contribuíram para este processo, entre elas a estruturação dos Grupos Técnicos Distritais e Nacionais de vigilância do óbito indígena, organização e sistematização dos fluxos de informações, a aproximação entre SESAI e SVS para compatibilização entre o SIASI (Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena) e o SIM (Sistema de Informação de Mortalidade), entre outras.

Dos óbitos por causas mal definidas

A Vigilância do Óbito é uma estratégia importante no cuidado da saúde da mulher e da criança, porque contribui para a melhoria do registro dos óbitos, orienta as ações de intervenção para a prevenção e o controle de novos casos, avalia as ações e os

serviços de saúde e contribui no processo de educação permanente dos profissionais envolvidos, por meio de ações de sensibilização e análise de óbitos.

Observa-se um grande número de óbitos registrados por causas mal definidas, que são aquelas declaradas como “sintomas”, “sinais” ou por expressões como “causa indeterminada” ou “causa ignorada”. Quanto maior a proporção de óbitos por causas mal definidas, menor a exatidão dos dados sobre mortalidade por causas, por isso a importância da Vigilância dos óbitos por causas mal definidas para contribuírem para a melhoria dos dados sobre causas de morte.

Óbitos por Causa Mal Definida são aqueles cuja causa básica está classificada no Capítulo XVIII da CID-10: "Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório Não Classificados em Outra Parte" (códigos R00-R99).

A ocorrência desses óbitos indica problemas de acesso aos serviços de saúde e reflete a qualidade da assistência médica prestada à população (Cunha, 2017). Se por um lado, a utilização da rubrica “Causa Indeterminada” omite a ocorrência de eventos/patologias determinantes da causa básica do óbito, por outro, pode indicar uma importante questão: a dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Para análise foram selecionados todos os óbitos ocorridos de 2012 a 2016 e cuja causa básica de morte estava contemplada no capítulo XVIII da CID-10 (categorias: R00 a R99). Considerou-se para estratificação dos óbitos indígena e aldeados, considerando que atendemos excepcionalmente indígenas urbanos e não indígenas.

Observa-se, dentre os 892 óbitos por causas mal definidas registrados na população de 0 a 19 anos que 78,81% (N 703) dos óbitos foram em crianças de 0 a 4 anos de idade, conforme tabela 1 abaixo.

Ano/ Faixa etária	0 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	Total
2012	187	10	15	21	233
2013	159	5	5	17	186
2014	150	14	12	19	195
2015	121	9	10	19	159
2016	86	10	8	15	119

TOTAL	703	48	50	91	892
%	78,81	5,38	5,61	10,20	100,00

Tabela 2. Óbitos por causas mal definidas por faixa etária e ano de ocorrência. Fonte: SIASI - DGISI/CGASI/DGESI/SESAI/MS. Banco extraído em 03/05/2017, Dados preliminares, sujeitos à alteração por processo de alimentação e qualificação.

Nos últimos 5 anos, observa-se que houve a redução do número absoluto de óbitos registrados por causas mal definidas. Possivelmente essa redução das causas de óbitos por causas mal definidas, se deu por meio da implantação da vigilância do óbito, através da investigação de óbitos por causas mal definidas nos DSEIs e ainda pelos acompanhamentos à pacientes devido à assistência médica prestada nas aldeias

A extração dos dados apresentados por DSEI, constam na planilha anexa ao processo intitulada “Número de óbitos por causas mal definidas (R00 a R99) em indígenas aldeados de 0 a 19 anos segundo DSEI, CID-10, Descrição, ano de óbito e faixa etária. Brasil: DSEI, 2012-2016”.

Os DSEI com maior número de óbitos por causas mal definidas são Alto Rio Solimões e Mato Grosso do Sul; cabe ressaltar que se trata de DSEI populosos e com alto índice de suicídio.

Com intuito de fortalecer as atividades de Vigilância do Óbito, a Coordenação Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena – CGAPSI/DASI/SESAI, identificou a necessidade de qualificação dos profissionais nos sistemas SIM/SINASC e vigilância do óbito visando à redução do subregistro dos óbitos e garantir a qualidade do processo de notificação e investigação dos óbitos.

Para organizar e fortalecer as ações de vigilância do óbito nos DSEI estão em andamento as seguintes estratégias:

1. *Oficina de Capacitação em Vigilância do Óbito (infantil, fetal, materno e mulheres em idade fértil) e no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)*, a realizar-se na cidade de Manaus/AM, no período de 08 a 10 de novembro de 2017 que tem como objetivo: capacitar as Referências Técnicas de Vigilância do Óbito para multiplicação em investigação do óbito, incluindo atuação nos grupos técnicos e qualificar as informações de nascimentos e óbitos;
2. Web conferências com os DSEI com maiores taxas de mortalidade infantil;

3. Fomentar a participação de representantes da Saúde Indígena nos ambientes de discussão sobre mortalidade e no curso de Vigilância do óbito infantil, fetal e por causas mal definidas oferecido pela Una-SUS/UFMA; e
4. Intensificar o monitoramento dos dados de mortalidade pelo nível central da SESAI para permitir a qualificação constante do banco de dados e a identificação dos pontos críticos relacionados à investigação.

Das notificações por violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no ano de 2015

Um avanço importante foi a inclusão no campo raça/cor da categoria indígena na “Ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências” além da inclusão de “*indígenas*” na definição de caso de violência na referida ficha e também da adição de “*unidade de saúde indígena*” como unidade notificadora, o que tem ampliado substancialmente a identificação de violências contra indígenas.

Conforme dados cedidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, em 2015, foram notificados 2212 casos de violência contra indígenas, que representam 0,9% do total de notificações de violência no Brasil, que embora pareça pouco representativo, deve-se lembrar que os indígenas representam apenas 0,4% da população brasileira.

Nas notificações de violência contra indígenas, 57,8% das vítimas eram do sexo feminino. O uso abusivo de álcool é uma das principais causas relacionadas aos casos de violência contra as mulheres nas aldeias, sendo que 53,9% dos agressores tinham suspeita de uso de álcool.

Por outro lado, há registros indevidos de violência sexual (estupros) devido a gestações em menores de 14 anos, nos quais considerou-se o art. 217-A do Código Penal, não tendo sido observada a cultura daquele povo. É muito comum o casamento das mulheres após a menarca.

- 1/3 estava casado (a) e 1/3 estava solteiro (a), sendo que entre as mulheres 36,1% estavam casadas ou em união estável.
- 20,5% das notificações de contra mulheres indígenas são por violência sexual, porém o tipo de violência mais notificada é a física, 66,1% entre mulheres indígenas e 85,3% entre homens indígenas.

- Entre as notificações por lesão autoprovocada, que representaram 11,9% do total entre indígenas e 15,9% para a população em geral, identificou-se que uma maior proporção entre homens, 14,9% do total de notificações entre indígenas, do que entre mulheres, 9,8% desse total. Supõe-se que essas notificações representem o alto número de tentativas de suicídio que encontramos na população indígena, em especial entre homens.
- 64,1% dos autores de agressão eram do sexo masculino quando a vítima era uma mulher indígena.
- Entre os homens indígenas agredidos, 69,8% dos agressores eram também do sexo masculino.
- Entre as mulheres indígenas que sofreram algum tipo de violência, em 26,2% dos casos o provável autor da agressão era seu próprio cônjuge, seguidas por 14,9% dos casos em que o provável autor era amigo/conhecido.
- Entre os homens indígenas, amigos, conhecidos e desconhecidos são os possíveis agressores em quase metade do número de casos. É interessante notar que na população em geral, a mãe é autora de agressão em 14,2% dos casos, entre indígenas esse valor cai para 5,2%.

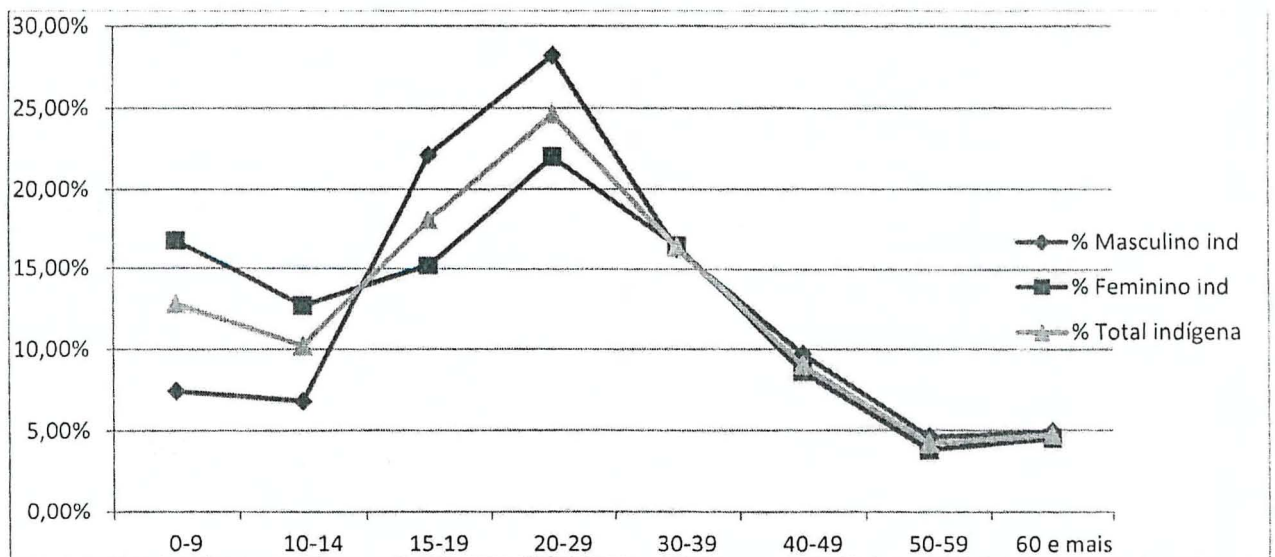


Gráfico 1: Distribuição das notificações de violência contra indígenas por faixa etária e sexo.

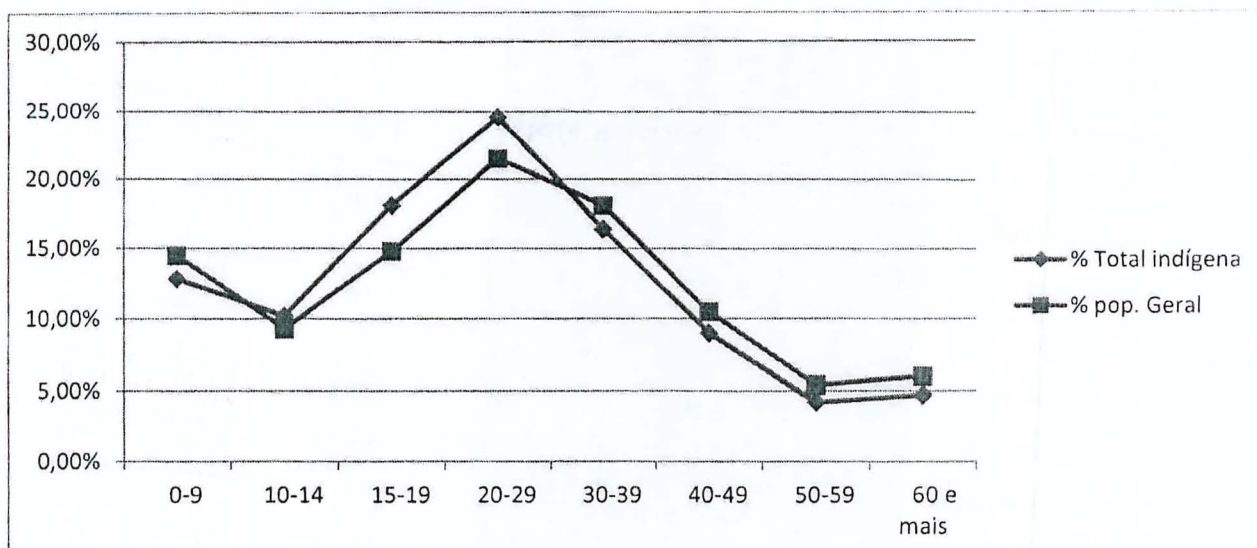


Gráfico 2: Comparação das notificações de violência entre indígenas e população em geral por faixa etária.

Caracterização das vítimas de violência interpessoal e autoprovocada, por sexo.
Local: Brasil. Ano: 2015 (ficha 5.1). Faixa etária: VIVA (0-9, 10-14, 15-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 e mais). Tipo de violência: Todas

Características	Indígenas			Notificações em Geral		
	Masculino (n = 932)	Feminino (n = 1280)	Total (n = 2212)	Masculino (n = 82160)	Feminino (n = 166662)	Total (n = 248822)
	%	%	%	%	%	%
Faixa etária (anos)						
0-9	7,4	16,8	12,8	20,2	11,7	14,5
10-14	6,8	12,7	10,2	8,6	9,6	9,3
15-19	22,1	15,2	18,1	17,2	13,5	14,8
20-29	28,2	22	24,6	17,9	23,2	21,5
30-39	16,3	16,5	16,4	13,9	20,2	18,1
40-49	9,7	8,6	9	8,7	11,4	10,5
50-59	4,6	3,8	4,2	5,3	5,4	5,4
60 e mais	4,9	4,5	4,7	8,2	4,9	6

Situação conjugal						
Solteiro (a)	38,9	25,2	31	35,8	34,6	35
Casado/ união consensual	27,1	36,1	32,3	15,9	27	23,4
Viúvo (a)	1,3	2,7	2,1	1,2	2,2	1,9
Separado (a)	1,6	3	2,4	2,6	5	4,2
Não se aplica	8,7	18,8	14,6	22,1	13,5	16,4
Sem informação	22,3	14,2	17,6	22,3	17,6	19,2
Gestante						
Sim	0	11,2	6,5	0	5,3	3,6
Não	0	53,3	30,8	0	54,4	36,4
Não se aplica	100	27	57,7	100	22,8	48,3
Sem informação	0	8,6	5	0	17,5	11,7
Deficiência física						
Sim	1	0,7	0,8	1,2	0,9	1
Deficiência mental						
Sim	1	1,3	1,1	1,9	1,8	1,8
Deficiência visual						
Sim	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4
Deficiência auditiva						
Sim	0,1	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3
Outra deficiência						
Sim	0,1	0,6	0,4	0,9	0,9	0,9

Características	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
	(n = 932)	(n = 1280)	(n = 2212)	(n = 82160)	(n = 166662)	(n = 248822)
	%	%	%	%	%	%
Violência de						

repetição						
Sim	19,4	34,7	28,3	20	35,2	30,2
Motivação da violência						
Conflito geracional	7,2	5,8	6,4	6,1	7,2	6,8
Situação de rua	5	1,6	3	4,3	1,5	2,4
Deficiência	0,9	1	0,9	0,9	0,9	0,9
Outros	23,7	23,4	23,5	28,6	27,4	27,8
Não se aplica	21,1	22,8	22,1	15,4	15,2	15,3
Ignorado	35,8	33,6	34,5	39,3	36,8	37,6
Sem informação	4,8	6,8	6	3,6	3,4	3,5
Tipo de Violência^a						
Física	85,3	66,1	74,2	65,3	63,4	64
Psicológica/moral	19	28,4	24,4	14,2	31,4	25,7
Negligência/abandono	6,8	8,1	7,5	17,5	8,9	11,7
Sexual	1,4	20,5	12,5	4,2	14,8	11,3
Financeira	1,3	1,4	1,4	0,9	1,7	1,4
Intervenção legal	0,1	0,2	0,1	1,1	0,3	0,6
Outros	2	3,2	2,7	10,7	9,3	9,8
Meio de Agressão^a						
Objeto perfuro cortante	32,7	11,9	20,7	12,7	7,3	9,1
Arma de fogo	5,4	1,1	2,9	8,6	2,4	4,4
Objeto contundente	12	6,7	9	5,3	3,8	4,3
Força corporal/espancamento	38	52	46,1	35,8	49,3	44,9

Enforcamento/ sufocação	8,9	6,3	7,4	3,2	4	3,8
Queimaduras	0,8	0,9	0,9	1,4	0,9	1,1
Envenenamento	1,6	2,8	2,3	7,5	8,5	8,2
Ameaça	4,3	16,5	11,3	6,2	18,9	14,7
Outros	8,2	9,1	8,7	16,4	12,9	14,1
Lesão Autoprovoçada						
Sim	14,8	9,8	11,9	16,5	15,6	15,9

Características	Masculino (n = 932)	Feminino (n = 1280)	Total (n = 2212)	Masculino (n = 82160)	Feminino (n = 166662)	Total (n = 248822)
	%	%	%	%	%	%
Número de envolvidos						
Um	55,8	69,5	63,7	51,2	69,4	63,4
Dois ou mais	25,9	17	20,8	26,8	17	20,2
Sem informação	18,3	13,4	15,5	21,9	13,6	16,4
Sexo do provável autor da agressão						
Masculino	69,8	64,1	66,5	54,8	56,1	55,7
Feminino	9,4	18,8	14,8	14,6	25,2	21,7
Ambos os sexos	3,3	4,5	4	8,3	4,8	5,9
Sem informação	17,4	12,7	14,7	22,4	14	16,7
Relação com a vítima^a						
Pai	3,9	5,9	5,1	9,6	5,5	6,9
Mãe	5,3	6,3	5,8	14,2	7,1	9,5
Padrasto	0,4	2,1	1,4	1,5	2	1,9
Madrasta	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2
Cônjuge	4,6	26,2	17,1	3,6	18,8	13,7

Ex-Cônjuge	0,6	3,4	2,3	1,1	7,1	5,1
Filho	2,8	3	2,9	2,6	3,2	3
Irmão	4,2	3,2	3,6	2,8	2,7	2,7
Cuidador	0,3	0,5	0,5	0,6	0,4	0,5
Patrão/ chefe	0	0,1	0	0,2	0,2	0,2
Pessoa com relação institucional	0,8	0,9	0,8	0,8	0,6	0,7
Amigos/ conhecidos	25,9	14,9	19,5	14,3	10,8	12
Desconhecido	21,4	6,5	12,7	14,8	8,5	10,6
Policial/ agente da lei	0,9	0,2	0,5	1,7	0,3	0,8
Própria pessoa	9,1	7	7,9	14,6	13,7	14
Outros	5,7	8,4	7,3	6,4	6,9	6,7
Suspeita de uso de álcool						
Sim	53,9	40,6	46,2	20,6	24,1	22,9
Ciclo de vida do principal provável autor da violência						
Criança	1,5	2,1	1,9	1,9	1,3	1,5
Adolescente	7,8	7	7,3	7,6	7,2	7,3
Jovem	12,1	9	10,3	8,5	8,7	8,7
Pessoa adulta	41,2	52,4	47,7	43,6	51,6	48,9
Pessoa idosa	1	1,6	1,3	1,8	1,7	1,7
Sem informação	36,4	28	31,5	36,5	29,6	31,9

Conclusão

Considerando os dados expostos acima, podemos afirmar que crianças e jovens indígenas são segmentos da sociedade que estão mais vulnerabilizados, no que concerne situações de violência e de morte autoprovocada. Em outras palavras, essas crianças e jovens estão mais vulneráveis em especial ao suicídio, como nos indica os dados, e também a situações de violência doméstica, por exemplo.

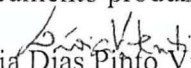
Pode-se insistir que tais situações são decorrentes do contexto social e econômico nos quais essas populações estão inseridas, sobretudo no que tange o contato com a sociedade envolvente. Sendo este contato crescente, certas práticas tradicionais podem se transformar de forma não salutar, o que pode desorganizar aspectos das organizações sociais, tornando essas comunidades mais vulneráveis a rupturas do seu tecido social.

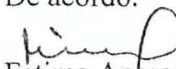
Posto isso, indica-se que há necessidade de desenvolvimento de políticas públicas para além do setor saúde, que, apesar de estar presente e bem distribuído nas comunidades indígenas, deve contar com o apoio de políticas de outros setores, tais como assistência social, esporte, cultura e lazer. Finalmente, se indica a necessidade de uma maior inserção sócio econômica dessas comunidades.

Referência

CUNHA, Carolina Cândida da; TEIXEIRA, Renato; FRANCA, Elisabeth. *Avaliação da investigação de óbitos por causas mal definidas no Brasil em 2010*. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 26, n. 1, p. 19-30, jan. 2017. Disponível em http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742017000100019&lng=pt&nrm=iso. Acesso: 05 de setembro de 2017.

Documento produzido por colaboração


Livia Dias Pinto Vitenti
Fernando Pessoa de Albuquerque
De acordo.


Fatima Aparecida da Silva
Chefe DIASI/CGAPSI/SESAI
Substituta

Pré-análise das notificações de violência contra indígenas registradas no SINAN no ano de 2015

Um avanço importante foi a inclusão no campo raça/cor da categoria indígena na “Ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências” além da inclusão de “*indígenas*” na definição de caso de violência na referida ficha e também da adição de “*unidade de saúde indígena*” como unidade notificadora, o que tem ampliado substancialmente a identificação de violências contra indígenas.

Conforme dados cedidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, em 2015, foram notificadas 2212 casos de violência contra indígenas, que representam 0,9% do total de notificações de violência no Brasil, o que apesar de parecer pouco representativo, deve-se lembrar de que os indígenas representam apenas 0,4% da população brasileira.

Das notificações de violência contra indígenas, 57,8% das vítimas eram do sexo feminino. O uso abusivo de álcool é uma das principais causas relacionadas aos casos de violência contra as mulheres nas aldeias, sendo que 53,9% dos agressores tinham suspeita de uso de álcool.

Por outro lado, há registros indevidos de violência sexual (estupros) devido a gestações em menores de 14 anos, nos quais considerou-se o art. 217-A do Código Penal, não tendo sido observada a cultura daquele povo. É muito comum o casamento das mulheres após a menarca.

- Entre indígenas, 27% das vítimas tinham até 4 anos de estudo, enquanto essa proporção é de 12,6% na população geral.
- 2,3% dos indígenas que sofreram violência eram transexuais ou travesti, essa proporção na população geral é de 1,2%
- 11,2% das mulheres estavam gestantes para 5,3% na pop. Geral
- 66% dos casos ocorreram em área rural (8,3% das ocorrências para população em geral)
- 1/3 estava casado (a) e 1/3 estava solteiro (a), sendo que entre as mulheres 36,1% estavam casadas ou em união estável.
- Em relação ao local de ocorrência, percebeu-se poucas diferenças na comparação entre indígenas e população geral.
- A questão do racismo como motivação da violência não é significativa, talvez porque se entenda racismo apenas contra negros.
- 20,5% das notificações de contra mulheres indígenas são por violência sexual, porém o tipo de violência mais notificada é a Física, 66,1% entre mulheres indígenas e 85,3% entre homens indígenas;

- Entre as mulheres indígenas, o meio de agressão mais utilizado é a Força corporal/ espancamento (52%), seguido por ameaça (16,5%) e objeto perfurocortante (11,9%). Entre homens, os meios de agressão mais utilizados são a Força corporal/ espancamento (38%) e Objeto perfurocortante (32,7%).
- Entre as notificações por lesão auto-provocada, que representaram 11,9% do total entre indígenas e 15,9% para a população em geral, identificou-se que uma maior proporção entre homens, 14,9% do total de notificações entre indígenas, do que entre mulheres, 9,8% desse total. Supõe-se que essas notificações representem o alto número de tentativas de suicídio que encontramos na população indígena, em especial entre homens.
- 64,1% dos autores de agressão eram do sexo Masculino quando a vítima era uma mulher indígena. Essa proporção é menor na população em geral, sendo 56,1% dos casos de violência contra mulher.
- Entre os homens indígenas agredidos, 69,8% dos agressores eram também do sexo masculino. Essa porcentagem também é menor na população em geral, sendo de 54,8% de agressores do sexo masculino.
- Entre as mulheres indígenas que sofreram algum tipo de violência, em 26,2% dos casos o provável autor da agressão era seu próprio cônjuge, seguidas por 14,9% dos casos em que o provável autor era amigo/conhecido. Na população geral, esses valores são respectivamente, 18,8% e 10,8% dos casos.
- Entre os homens indígenas, amigos, conhecidos e desconhecidos são os possíveis agressores em quase metade do número de casos. É interessante notar que na população em geral, a Mãe é autora de agressão em 14,2% dos casos, entre indígenas esse valor cai para 5,2%.
- Entre indígenas, houve suspeita de uso de álcool por parte do agressor em 53,9% dos casos, sendo que na população em geral esse valor cai para 20,6%.

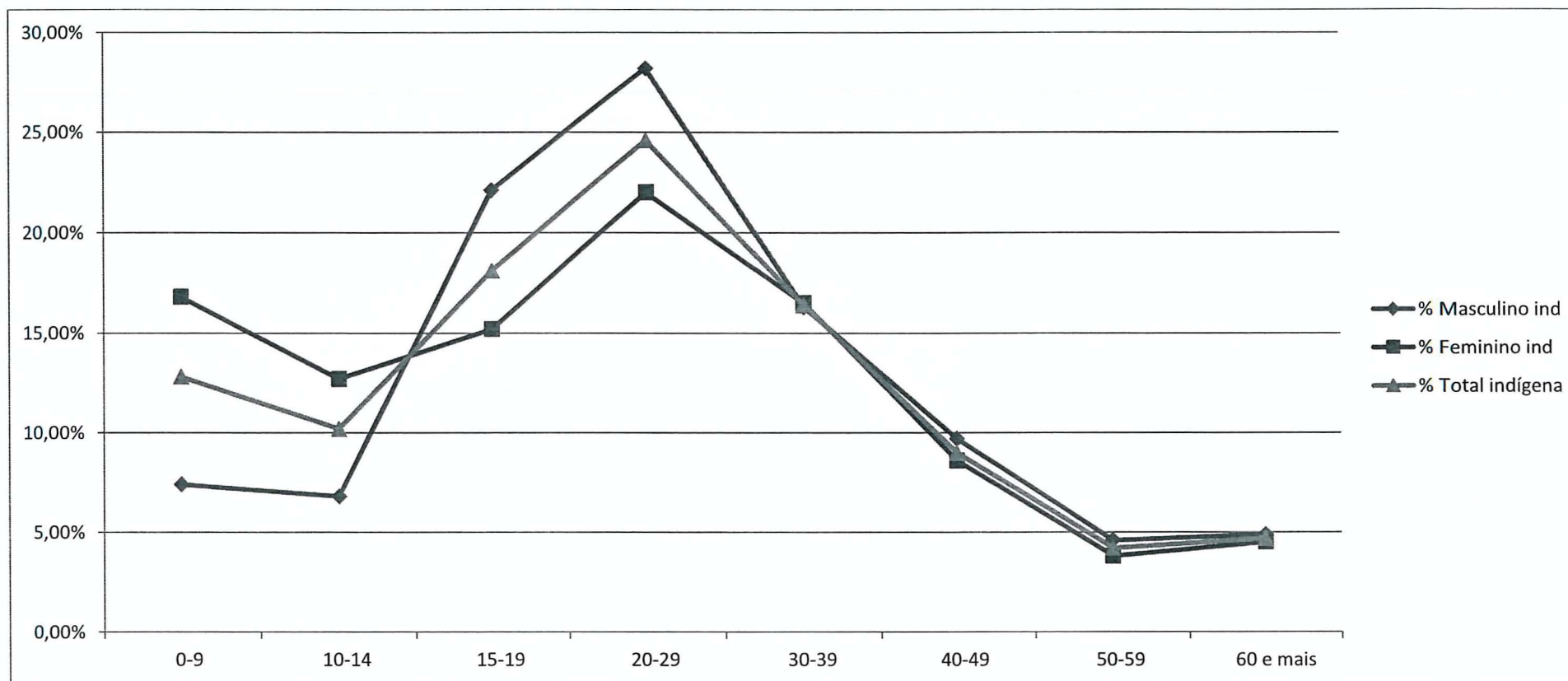


Gráfico 1: Distribuição das notificações de violência contra indígenas por faixa etária e sexo.

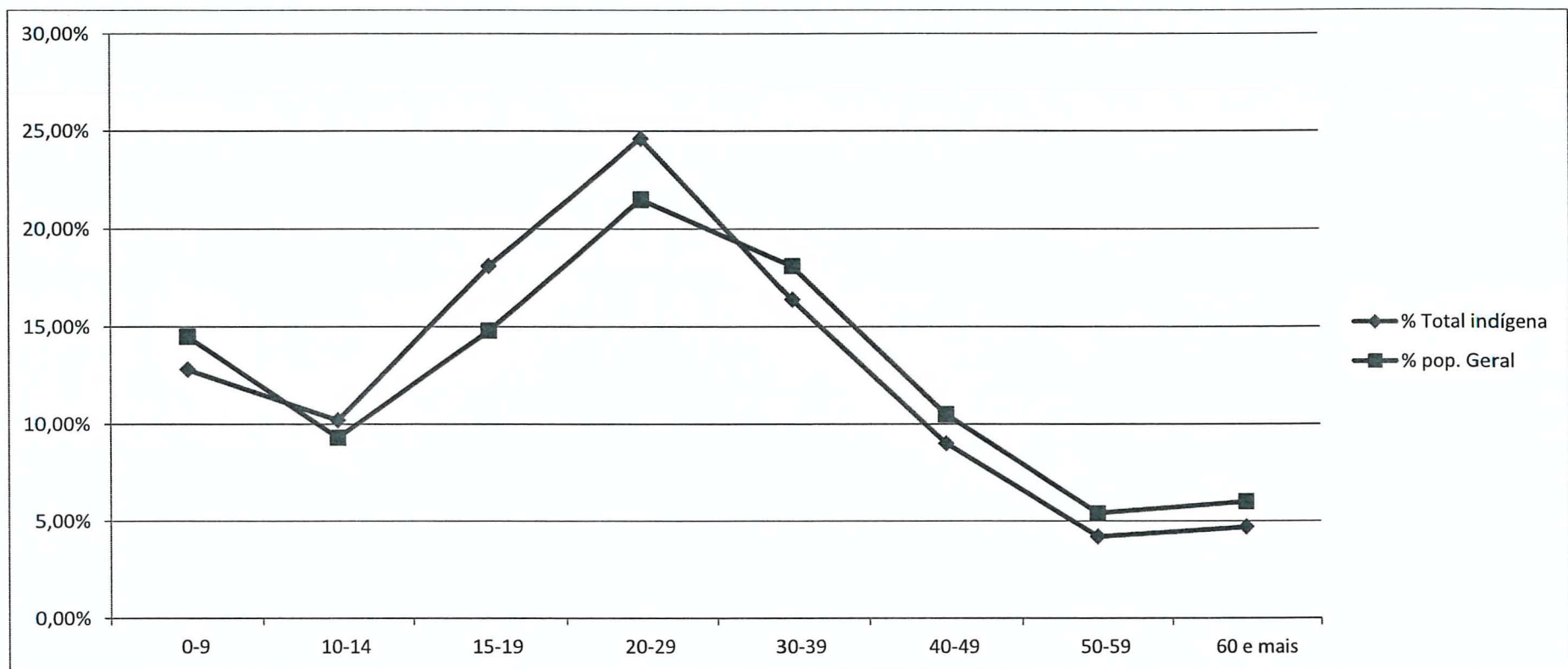


Gráfico 2: Comparação das notificações de violência entre indígenas e população em geral por faixa etária.

Caracterização das vítimas de violência interpessoal e autoprovocada, por sexo

Local: Brasil

Ano: 2015 (ficha 5.1)

Faixa etária: VIVA (0-9, 10-14, 15-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 e mais)

Tipo de violência: Todas

Características	Indígenas			Notificações em Geral		
	Masculino (n = 932)	Feminino (n = 1280)	Total (n = 2212)	Masculino (n = 82160)	Feminino (n = 166662)	Total (n = 248822)
	%	%	%	%	%	%
Faixa etária (anos)						
0-9	7,4	16,8	12,8	20,2	11,7	14,5
10-14	6,8	12,7	10,2	8,6	9,6	9,3
15-19	22,1	15,2	18,1	17,2	13,5	14,8
20-29	28,2	22	24,6	17,9	23,2	21,5
30-39	16,3	16,5	16,4	13,9	20,2	18,1
40-49	9,7	8,6	9	8,7	11,4	10,5
50-59	4,6	3,8	4,2	5,3	5,4	5,4
60 e mais	4,9	4,5	4,7	8,2	4,9	6
Sexo	42,13%	57,87%	100	1,1	0,8	0,9
Escolaridade (anos)						
0 a 4	24,7	28,7	27	13,9	12	12,6
5 a 8	15,8	15,6	15,7	13,1	14,9	14,3
9 a 11	12	10,1	10,9	10,3	14,1	12,8

12 e mais	5,3	6,3	5,8	8,8	16,1	13,7
Não se aplica	6,5	13	10,3	15,9	9,2	11,4
Sem informação	35,7	26,3	30,3	38	33,7	35,1
Situação conjugal						
Solteiro (a)	38,9	25,2	31	35,8	34,6	35
Casado/ união consensual	27,1	36,1	32,3	15,9	27	23,4
Viúvo (a)	1,3	2,7	2,1	1,2	2,2	1,9
Separado (a)	1,6	3	2,4	2,6	5	4,2
Não se aplica	8,7	18,8	14,6	22,1	13,5	16,4
Sem informação	22,3	14,2	17,6	22,3	17,6	19,2
Orientação sexual						
Heterossexual	46,6	47,8	47,3	31,8	44,8	40,5
Homossexual (gay/lésbica)	3,1	0,8	1,8	2,2	1,3	1,6
Bissexual	0,3	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
Não se aplica	14,4	25	20,5	27,1	19,1	21,7
Sem informação	35,6	26,3	30,2	38,8	34,6	36
Identidade de gênero						
Travesti	0,8	0	0,3	0,4	0	0,1
Transexual Mulher	1,1	1,7	1,4	0,5	1,1	0,9
Transexual Homem	1,4	0,1	0,6	0,6	0,1	0,2
Não se aplica	51,1	63,2	58,1	56	57,4	57
Sem informação	45,7	35	39,5	42,5	41,4	41,8
Gestante						
Sim	0	11,2	6,5	0	5,3	3,6

Não	0	53,3	30,8	0	54,4	36,4
Não se aplica	100	27	57,7	100	22,8	48,3
Sem informação	0	8,6	5	0	17,5	11,7
Deficiência física						
Sim	1	0,7	0,8	1,2	0,9	1
Deficiência mental						
Sim	1	1,3	1,1	1,9	1,8	1,8
Deficiência visual						
Sim	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4
Deficiência auditiva						
Sim	0,1	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3
Outra deficiência						
Sim	0,1	0,6	0,4	0,9	0,9	0,9
Zona de residência						
Urbana	21,6	36,6	30,3	86	87,9	87,3
Rural	75,8	59	66	9,3	7,8	8,3
Periurbana	0,4	1,4	1	0,8	0,8	0,8
Sem informação	2,3	3	2,7	3,9	3,4	3,6
Características	Masculino (n = 932)	Feminino (n = 1280)	Total (n = 2212)	Masculino (n = 82160)	Feminino (n = 166662)	Total (n = 248822)
	%	%	%	%	%	%
Violência de repetição						
Sim	19,4	34,7	28,3	20	35,2	30,2
Local de ocorrência						

Residência	37,6	61,3	51,3	44,2	62,9	56,7
Habitação coletiva	5,2	3,8	4,4	0,9	0,5	0,6
Escola	1,2	1,3	1,2	2,2	1,3	1,6
Local de prática esportiva	0,9	0,2	0,5	0,5	0,2	0,3
Bar ou similar	3,5	1,3	2,2	3,5	1,7	2,3
Via pública	33,4	10,4	20,1	23	12,8	16,2
Comércio/ serviços	0,3	1,1	0,8	1,8	1,5	1,6
Indústrias/ construção	0	0,1	0	0,2	0,1	0,2
Outros	5,9	6,6	6,3	5,9	4,8	5,2
Sem informação	12,1	14,1	13,2	17,7	14,1	15,3
Zona de ocorrência						
Urbana	21,6	33,5	28,5	73,2	78,2	76,5
Rural	70,4	54,7	61,3	8,9	7,9	8,3
Periurbana	0,6	1,4	1,1	0,9	0,9	0,9
Sem informação	7,4	10,4	9,1	17	13	14,3
Motivação da violência						
Sexismo	0,5	4,8	3	1,1	7,1	5,1
Homofobia/Lesbofobia Bifobia/Transfobia	0,5	0,1	0,3	0,6	0,4	0,4
Racismo	0	0,1	0	0,1	0,1	0,1
Intolerância religiosa	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Xenofobia	0,1	0	0	0,1	0	0
Conflito geracional	7,2	5,8	6,4	6,1	7,2	6,8
Situação de rua	5	1,6	3	4,3	1,5	2,4

Deficiência	0,9	1	0,9	0,9	0,9	0,9
Outros	23,7	23,4	23,5	28,6	27,4	27,8
Não se aplica	21,1	22,8	22,1	15,4	15,2	15,3
Ignorado	35,8	33,6	34,5	39,3	36,8	37,6
Sem informação	4,8	6,8	6	3,6	3,4	3,5
Tipo de Violência^a						
Física	85,3	66,1	74,2	65,3	63,4	64
Psicológica/ moral	19	28,4	24,4	14,2	31,4	25,7
Negligência/ abandono	6,8	8,1	7,5	17,5	8,9	11,7
Sexual	1,4	20,5	12,5	4,2	14,8	11,3
Tráfico de seres humanos	0	0,1	0	0	0,1	0,1
Financeira	1,3	1,4	1,4	0,9	1,7	1,4
Tortura	1,5	3,8	2,8	1,7	2,9	2,5
Trabalho infantil	0,2	0,5	0,4	0,5	0,2	0,3
Intervenção legal	0,1	0,2	0,1	1,1	0,3	0,6
Outros	2	3,2	2,7	10,7	9,3	9,8
Meio de Agressão^a						
Objeto perfurocortante	32,7	11,9	20,7	12,7	7,3	9,1
Arma de fogo	5,4	1,1	2,9	8,6	2,4	4,4
Objeto contundente	12	6,7	9	5,3	3,8	4,3
Força corporal/ espancamento	38	52	46,1	35,8	49,3	44,9

Enforcamento/ sufocação	8,9	6,3	7,4	3,2	4	3,8
Queimaduras	0,8	0,9	0,9	1,4	0,9	1,1
Envenenamento	1,6	2,8	2,3	7,5	8,5	8,2
Ameaça	4,3	16,5	11,3	6,2	18,9	14,7
Outros	8,2	9,1	8,7	16,4	12,9	14,1
Lesão Autoprovocada						
Sim	14,8	9,8	11,9	16,5	15,6	15,9
Violência relacionada ao trabalho						
Sim	0,3	0,5	0,5	1,4	1,1	1,2
Características	Masculino (n = 932)	Feminino (n = 1280)	Total (n = 2212)	Masculino (n = 82160)	Feminino (n = 166662)	Total (n = 248822)
	%	%	%	%	%	%
Número de envolvidos						
Um	55,8	69,5	63,7	51,2	69,4	63,4
Dois ou mais	25,9	17	20,8	26,8	17	20,2
Sem informação	18,3	13,4	15,5	21,9	13,6	16,4
Sexo do provável autor da agressão						
Masculino	69,8	64,1	66,5	54,8	56,1	55,7
Feminino	9,4	18,8	14,8	14,6	25,2	21,7
Ambos os sexos	3,3	4,5	4	8,3	4,8	5,9

Sem informação	17,4	12,7	14,7	22,4	14	16,7
Relação com a vítima^a						
Pai	3,9	5,9	5,1	9,6	5,5	6,9
Mãe	5,3	6,3	5,8	14,2	7,1	9,5
Padrasto	0,4	2,1	1,4	1,5	2	1,9
Madrasta	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2
Cônjuge	4,6	26,2	17,1	3,6	18,8	13,7
Ex-Cônjuge	0,6	3,4	2,3	1,1	7,1	5,1
Namorado (a)	0,5	2,2	1,5	0,6	3,5	2,6
Ex-Namorado (a)	0,2	1,1	0,7	0,3	2,1	1,5
Filho	2,8	3	2,9	2,6	3,2	3
Irmão	4,2	3,2	3,6	2,8	2,7	2,7
Cuidador	0,3	0,5	0,5	0,6	0,4	0,5
Patrão/ chefe	0	0,1	0	0,2	0,2	0,2
Pessoa com relação institucional	0,8	0,9	0,8	0,8	0,6	0,7
Amigos/ conhecidos	25,9	14,9	19,5	14,3	10,8	12
Desconhecido	21,4	6,5	12,7	14,8	8,5	10,6
Policial/ agente da lei	0,9	0,2	0,5	1,7	0,3	0,8
Própria pessoa	9,1	7	7,9	14,6	13,7	14
Outros	5,7	8,4	7,3	6,4	6,9	6,7
Suspeita de uso de álcool						
Sim	53,9	40,6	46,2	20,6	24,1	22,9

Ciclo de vida do Principal provável autor da violência						
Criança	1,5	2,1	1,9	1,9	1,3	1,5
Adolescente	7,8	7	7,3	7,6	7,2	7,3
Jovem	12,1	9	10,3	8,5	8,7	8,7
Pessoa adulta	41,2	52,4	47,7	43,6	51,6	48,9
Pessoa idosa	1	1,6	1,3	1,8	1,7	1,7
Sem informação	36,4	28	31,5	36,5	29,6	31,9

MINISTÉRIO DA SAÚDE

DESPACHO

SESAI/GAB/SESAI/MS

Brasília, 06 de setembro de 2017.

Referência: 25000.423.140/2017-30**Origem:** Senador Federal**Documento:** Ofício nº 23/2017 – CPI dos Maus Tratos**Assunto:** CPI dos Maus Tratos de Crianças e Adolescentes.**Interessado:** MAGNO MALTA - Senador da República.

Ao GAB/SESAI

1. Em atendimento ao Ofício nº 23/2017 – CPI dos Maus Tratos prestamos os seguintes esclarecimentos:

a) Informamos que as instâncias de controle social da saúde indígena, ou seja, os Conselhos Locais de Saúde Indígena - CLSI e os Conselhos Distritais de Saúde Indígena - CONDISI acompanham as situações de maus tratos de crianças e adolescentes indígenas junto aos CRAS – Centros de Referências de Assistência Social, nos municípios onde essas demandas ocorrem.

b) No âmbito nacional o acompanhamento das políticas públicas específicas nessa área ficam a cargo do CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social, instância de controle social do Ministério do Desenvolvimento Social e do CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, instância de controle social do Ministério dos Direitos Humanos.

2. Encaminhe-se ao GAB/SESAI para as demais providências junto a CPI do Senado sobre os Maus Tratos.



Documento assinado eletronicamente por **Marcos Antonio da Silva Pádua, Gerente de Projeto, Substituto(a)**, em 06/09/2017, às 10:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?

[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0467906** e o código CRC **673D6DB8**.

